

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID
EN LEEFMILIEU

Bestuur der Verzorgingsinstellingen

Brussel, 11 mei 1989

NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOOR-
ZIENINGEN

Afdelingen "Programmatie" en
"Erkenning"

O/ref.: NRZV/D/26

ADVIES VAN DE NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN, AFDELINGEN
"PROGRAMMATIE" EN "ERKENNING" INZAKE PSYCHIATRIE.

BELEIDSVOORSTELLEN VOOR DE PSYCHIATRIE.

Structurele hervormingen in de psychiatrische ziekenhuizen.

1. Algemene verantwoording en beginselen

In het licht van de recente besparingsmaatregelen aangekondigd door Minister BUSQUIN en van de vernieuwende elementen die bij herhaling op het beleidsniveau worden aangekondigd (het zgn. Rapport GROOT) moeten de psychiatrische ziekenhuizen eraan houden een duidelijk standpunt in te nemen en moeten ze evenzeer voorstellen tot structurele hervormingen formuleren.

Voor een sector die ondanks een historische achterstand en vroegere geregelde stiefmoederlijke behandeling, de laatste jaren toch meerdere goede ontwikkelingen en dynamiek heeft gekend, moeten volgende algemene uitgangspunten gelden :

1. Goed ontwikkelde initiatieven moeten behouden blijven.
2. Aanpassingen moeten opgesteld worden om een beter beleid mogelijk te maken, vooral voor de elementen waarvoor de voorbije inspanningen nog geen oplossingen hadden bereikt.
3. Besparende effecten moeten worden nagestreefd om beide vorige punten mogelijk te maken, maar de besparende effecten moeten dan ook op de verwerkelijking van deze punten gericht zijn.

Overigens moet hierbij worden aangestipt dat er op 1.1.89, 19.514 bedden onder kenletters A, T en K erkend zijn daar waar de programmatiecriteria een bestand van 20.519 bedden toelaten waaruit moge blijken dat de psychiatrische sector de laatste jaren een reële inspanning tot sanering heeft geleverd.

2. Standpunten t.a.v. de beleidsopties en besparingsmaatregelen.

2.1. Nood aan beleidszekerheid

De huidige programmatie, welke tot nu toe nog niet volledig werd verwezenlijkt, is ontstaan uit een breed overleg tussen de overheid en de ziekenhuissector en resulteerde in een "blauwdruk voor de psychiatrie". Tot op heden vormde deze blauwdruk een solied beleidsinstrument voor zowel de overheid als de sector, en bepaalden de psychiatrische ziekenhuizen tot op vandaag hun eigen beleid op basis van deze blauwdruk. Met name de vele projecten die lopende zijn in de meeste ziekenhuizen kaderen in en zijn gebaseerd op de huidige programmatie van de psychiatrie.

De nieuwe beleidsopties en de recente besparingsvoorstellen blijken deze programmatie op een drastische wijze te doorkruisen. Daarvoor werd echter geen diepgaande argumentatie voorgelegd. Aldus dreigt er een herplanning voor de sector die eerder tot het blinde verlies zou kunnen leiden van het goede van een jarenlang beleid dan tot een verdere ontwikkeling of sanering. Omwille ook van een noodzakelijke beleidszekerheid moet er daarom worden voorgesteld om de programmatie te respecteren en tot volledige uitvoering te laten komen.

Slechts vertrekkend van de huidige programmaties kan er een evaluatie en eventuele bijsturing van de programmatie gebeuren, gelijklopend met een analyse van de noden en van het zorgaanbod binnen de psychiatrie. Een studie van behoeften, van de nodige verdere ontwikkelingen, van de evoluties binnen de zorgverlening, van de aanwezige patiëntenpopulaties en van de demografische toestanden, moet de basis zijn voor de evaluaties en formulering van de nodige correcties. Tevens moet worden gewezen op het feit dat consultaties en breed overleg uiterst wenselijk zijn en zelfs noodzakelijk wil men tot een beleid komen dat op realistische ervaringen is gebaseerd.

2.2. Imago van de psychiatrische sector

De psychiatrische ziekenhuizen zijn er zich terdege van bewust dat het imago van de psychiatrie zeer negatief gekleurd blijft.

Zij wijten dit aan de volgende oorzaken :

- Door de oprichting van de psychiatrische afdelingen in de algemene ziekenhuizen (P.A.A.Z.'en) welke kortstondig (zowel zware als lichte) acute patiënten opnemen en behandelen blijven in de klassieke psychiatrische ziekenhuizen deze patiënten opgenomen met ernstige psychiatrische aandoeningen en problematieken, waarbij zelfs het verplicht opnemen onder de vorm van collocatie nog geregeld voorkomt.
- Vanuit de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen worden steeds opnieuw psychiatrische patiënten met zwaardere problematieken doorgezonden naar de algemene psychiatrische inrichtingen.
Door de aanwezigheid van de diverse groepen in de algemene psychiatrische ziekenhuizen, de totaal ondermaatse personeelsomkadering voor therapeutische begeleiding van langer blijvende patiënten en voor de opvang van zogenaamde overtallige patiënten (patiënten die in feite niet meer thuishoren in de psychiatrie maar bij gebrek aan andere voorzieningen er nog steeds opgenomen dienen te blijven) is er een overmiddelijke vermenging van de groepen. Ondanks grondige inspanningen op therapeutisch vlak en op het vlak van materiële omkadering dreigen optimale behandelingsresultaten niet te kunnen worden bereikt.
Voor een gezondheidszorg is dit niet aanvaardbaar. Daarom moet er een beleid komen dat een antwoord biedt voor deze zwaarbelaste situaties en de moeilijke werking door te weinig personeel en mogelijkheden.

De beeldvorming binnen de psychiatrische ziekenhuizen zal zeker positief kunnen beïnvloed worden door de zogenaamde uitzuivering van de groepen, met dien verstande dat aan alle groepen gegarandeerd een voldoende therapeutisch aanbod moet worden aangeboden.

2.3. Het centrale begrip ligduur

In de nieuwe beleidsopties en eveneens in de recente besparings- en financieringsvoorstellen die ter discussie zijn wordt herhaaldelijk de nadruk gelegd op de ligduur of verblijfsduur als criterium om de kwaliteit van het zorgen aanbod en zelfs om de nood aan zorgen te meten. Er moet met nadruk op gewezen worden dat dit slechts louter rekenkundige constructies kunnen zijn die los staan van de medische werkelijkheid. Ze zijn op zich totaal ontoereikend en houden geen enkele kwaliteitstoetsing in. Het criterium ligduur kan slechts in beperkte mate een richtinggevende parameter zijn en dan nog op voorwaarde dat deze wordt gekoppeld aan andere criteria of kwalificaties van medische of verpleegkundige aard.

3. De deelgroepen binnen de intramurale psychiatrie als de noodzakelijke basis voor het beleid.

3.1. Differentiatie van de psychiatrie

Binnen de psychiatrie worden zeer uiteenlopende noden en pathologieën behandeld en verzorgd. Er is groot onderscheid tussen neurotische en psychotische patiënten, tussen mensen met relationele stoornissen of verslavingsproblematiek enz. Deze realiteit heeft geleid tot een feitelijke specialisatie van vele psychiatrische diensten.

Deze diversiteit kent geen volledige weerslag in verschillende soorten kliniekdiensten. Behalve voor het specialisme van de kinder- en jeugdpsychiatrie (index K) worden slechts twee grote onderscheiden gemaakt : de kliniekdiensten A en T. Binnen de T bestaat er wel een administratief onderscheiden subdienst : de Tg en TVP voor de psychogeriatric.

Door vrij soepele hantering van de normen is de intramurale psychiatrie er grotendeels in geslaagd om de psychiatrische differentiatie op te vangen binnen deze globale onderscheidingen. De psychiatrische ziekenhuizen vervullen, zoals omschreven in de programmawet, de intramurale geestelijke gezondheidszorg binnen het geheel van de gezondheidszorg van een regio. Deze regio kan verschillend zijn voor de verschillende specialisaties van het ziekenhuis. Dit alles is binnen het voorbije programmatie- en erkenningsbeleid deels naar behoren reeds opgevangen. Dit is meteen de motivatie om uit te zien naar deze deelgroepen van patiënten waarvoor er toch nog geen afdoende oplossing kan bereikt worden om op grond van de specifieke noden van deze groepen het voorbije beleid te corrigeren en verder te voltooien.

3.2. Specifieke groepen in de psychiatrie die bepaalde problemen oproepen

Binnen de psychiatrie kunnen we nog een aantal deelgroepen onderscheiden die nu reeds of in de toekomst tot ware probleemgroepen zullen uitgroeien. We beogen hierbij de volwassen mentaal gehandicapten, de psychogeriatric patiënten, de sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënten en de chronische patiënten.

→ Voor een groeiend aantal patiënten opgenomen in de diverse medische diensten van de algemene ziekenhuizen is, bij de diagnosestelling en de intensieve behandeling van hun somatische pathologie, de medewerking vereist van psychiatrische teams (psychiaters, psychologen, psychotherapeuten - zogenoeten "Liaison-Psychiatrie"-activiteiten).

Op middellange termijn kunnen een verhoging van de kwaliteit van de zorgen alsmede besparingen via een vermindering van de verblijfsduur en van de rehospitalisaties in het vooruitzicht worden gesteld indien de financieringsvoorwaarden, die voor het ogenblik zeer beperkt zijn (728 F één keer van toepassing tijdens het verblijf en niet cumuleerbaar met de regelmatig voorgeschreven technische handelingen), zouden worden gewijzigd teneinde de integratie mogelijk te maken van de medisch-psychologische aspecten van talrijke ziekten.

Er worden twee voorstellen gedaan :

- een voltijds equivalent psychiater/100 hospitalisatiebedden.
- of - volgens de noodwendigheden, toepassing van de RIZIV-codes voor psychiatrisch consult en psychotherapie gedurende ziekenhuisopname.

- De volwassen mentaal gehandicapten

Nog steeds verblijven een behoorlijk aantal volwassen mentaal gehandicapten binnen de muren van de psychiatrische ziekenhuizen terwijl een ander deel werd getransfereerd naar aangepaste homes welke opgericht werden binnen het Fonds 81. De vergelijkingen tussen beide voorzieningen is gewoonweg shockerend, uitgaande van het feit dat de volwassen mentaal gehandicapten welke nog verblijven in de psychiatrie in de zogenaamde niet-geprogrammeerde bedden verblijven met een personeelsomkadering van 24 of 27 personeelsleden op 90 bewoners (volgens de normen moeten er onder deze personeelsleden slechts drie gekwalificeerden zijn). Alleen door een aanpassing van de accommodatie met eigen financiële middelen en een spreiding van het beschikbare personeel over het ganse ziekenhuis, slaagden onze psychiatrische centra erin enige verbetering in de toestand te brengen en een orthopedagogische benadering te ontwikkelen. Nochtans blijven deze goed bedoelde initiatieven volledig ondermaats in vergelijking met de mogelijkheden in de desbetreffende homes.

Een verdere apartstelling van deze groep via aangepaste erkenning op het niveau van de bestaande homes is zeer urgent. We wensen voor deze deelgroep te blijven zorgen, op voorwaarde dat de middelen in evenredigheid worden aangepast. Aansluitend wensen we eveneens oog te hebben voor de volwassen mentaal gehandicapten met psychiatrische problemen, waarvoor binnen de acute sector specifieke opvangsmogelijkheden moeten voorzien worden.

- De psychogeriatrische patiënten

Een speciale aandacht wordt gevraagd, vanuit demografische overwegingen, voor de steeds groter wordende groep patiënten met psychogeriatrische problemen die zowel tijdelijk, partieel als volledig in een psychiatrisch centrum dienen gehospitaliseerd te worden en welke een aangepaste opvang en therapeutische omkadering vereisen. Het volledig verwijzen naar de bejaardensector is irrelevant, daar naast het verzorgend aspect het medisch aspect.

zorging een belangrijke en noodzakelijke rol blijven spelen zodat opname in een psychiatrisch milieu verder aangewezen is.

Tevens wordt ook voor de deskundige omvang van deze groep voldoende gekwalificeerd personeel gevraagd. Tenslotte dient erop gewezen dat de programmatie m.b.t. de psychogeriatrische bedden niet werd verwezenlijkt. Concrete voorstellen voor deze niet-onbelangrijke sector zullen conform met het principe, zoals vervat in § 5.2. van onderhavig advies later worden geformuleerd.

De sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënten

Een groep patiënten wordt benoemd met de term "sterk gestoord en agressief gedrag" of S.G.A. Dit gedrag is van dien aard dat deze patiënten continu een crisisopvang vereisen. De patiënten die naar de psychiatrie worden doorverwezen door het Ministerie van Justitie behoren vaak tot deze groep. Ze vergen een specifieke opvang zowel inzake accommodatie (afzonderlijke kamers en aangepaste veiligheidssystemen e.d.) als inzake personeel (individuele begeleiding die hier langdurig aangewezen is). We zijn bereid om samen met de betrokken instanties na te denken hoe we voor deze groep een aangepaste opvang kunnen voorzien, op voorwaarde dat de garantie op het vlak van de accommodatie en het personeel aanwezig is.

De chronische patiënten

In de nieuwe beleidslijnen en de besparingsvoorstellen wordt zeer marginaal omgegaan met de groep patiënten die langdurig tot blijvend dienen opgenomen te worden in de psychiatrische instellingen en die met de term "chronisch" bestempeld worden. Vanaf 1972 kregen ook deze patiënten het statuut van ziekenhuispatiënt en konden ze met weliswaar ontoereikende middelen ook therapeutisch benaderd worden.

De trend is duidelijk aanwezig om deze omvangrijke groep in de psychiatrie over te plaatsen naar rust- en verzorgingsbedden zodat ze het statuut van ziekenhuispatiënt verliezen, een persoonlijke bijdrage in de ligdagprijs moeten betalen en in plaats van therapie nog louter verzorging zullen ontvangen. Deze maatregel is een duidelijke terugkeer naar het vroeger asilaire systeem, waarbij alleen bewaring en verwijdering uit de maatschappij als doelstellingen werden vooropgesteld.

Dergelijke maatregel, welke gebaseerd is op louter financieel-economische besparingsoverwegingen, kunnen we niet aanvaarden omdat daarmee de menselijke waardigheid van deze chronische patiënten ten gronde wordt geschaad.

Een deel van deze chronische patiënten moet, gezien hun pathologie, psychiatrisch-medische verzorging blijven krijgen en daardoor is doorverwijzing naar R.V.T. zonder meer het schenden van het recht op aangepaste zorgen.

Voor een ander deel nl. de geheel gestabiliseerde chronische patiënten, die geen verdere specifieke ziekenhuisbehandeling vereisen, kan doorverwijzing naar een verzorgingstehuis eventueel mogelijk zijn maar dan naar specifieke verzorgingstehuizen met vereisten waaraan de R.V.T. zeker niet voldoet. (*)

Hierna wordt dit nader toegelicht. Op strikte voorwaarde dat er geen noodzakelijke zorgen aan deze laatste groep onthouden worden en zijn verzorgingsomkadering ook duidelijk verbeterd kan dan wel een hogere bijdrage van de patiënt verwacht worden.

Voor al deze deelgroepen die binnen de psychiatrie bijzondere problemen stellen willen wij ook vandaag de verantwoordelijkheid verder blijven dragen en daartoe vragen we aan de gemeenschap om de nodige middelen te blijven verschaffen en om bij ieder besluit dat binnen de gezondheidszorg genomen wordt de ethisch-therapeutische normen te laten primeren op de economisch-financiële.

./..

7 De huidige R.V.T.-invulling voldoet niet omdat de psychiatrische dimensie in de begeleiding en verzorging noodzakelijk zal blijven voor de gestabiliseerde chronische psychiatrische patiënt.

4. Voorstellen inzake structurele hervorming van de intramurale psychiatrische gezondheidszorg.

Algemene aspecten

- Het hiernavolgend voorstel beoogt fundamentele verbeteringen binnen bestaande beleidskaders van de sector psychiatrie. De bestaande indexen van A, T en K (zowel volledig als partiële hospitalisatie) worden niet afgeschaft, doch verder gedifferentieerd voor wat de T-dienst betreft en wordt verder geen imperatieve omschakeling voorzien van geprogrammeerde bedden naar R.V.T.bedden.
- De voorstellen richten zich voornamelijk op de psychiatrische ziekenhuizen.
Het is duidelijk dat deze intramurale diensten kaderen in het geheel van de geestelijke gezondheidszorg met zijn verdere extramurale diensten en situering in het totale gezondheidsbeleid.
- De hier verder gegeven aanwijzingen inzake verblijfsduren zijn een aanwijzing voor het type verzorging maar zijn niet direct te koppelen aan financiële mechanismen:
- Programmatorische verdere uitwerkingen vereisen voorafgaande evaluaties en moeten steeds gebeuren mits overleg.

De geprogrammeerde intramurale psychiatrische ziekenhuisdiensten, die opteren voor crisisopvang, observatie, diagnosestelling en gespecialiseerde behandelingsprogramma's.

A. A-diensten in algemene ziekenhuizen (P.A.A.Z.)

- personeelsnorm : volgens de huidige bepaling 16/30
- omschrijving : klinische dienst voor onderzoek, observatie en behandeling van psychosociale krisistoestan- den en van acute psychiatrische stoornissen.
Bij de observatie kan zo nodig gebruik gemaakt worden van de medische technologische infrastructuur van het algemeen ziekenhuis. De behandeling veronderstelt :
 - 1) de bewerkstelling van een aangepast therapeutisch afdelings- en leefklimaat,
 - 2) de oppuntenstelling van intensieve kort durende behandelingsprogramma's zodat de patiënt zo snel mogelijk terug in aanmerking zou komen voor een ambulante behandeling.
- verblijfsduur : het gemiddelde verblijf van een patiënt in een P.A.A.Z.-afdeling ligt rond de 3 à 4 weken. Dit kan schommelen tussen enkele dagen bij crisisopvang en een 2-tal maanden voor patiënten die een kort durend behandelingsprogramma volledig doorlopen. Bij ontslag wordt de patiënt verwezen naar het bestaand netwerk van de extramurale voorzieningen of wordt hij verwezen naar een psychiatrisch ziekenhuis (intramurale behandeling) voor programma's met langere verblijfsduur mogelijkheden, namelijk 3 tot 6 maanden of meer.

programmatische : het is opmerkelijk dat de feitelijke programmering van deze diensten, en ook de erkenningen, de programmatiecriteria sterk overschrijden (de programmatorische toewijzingen overstijgen voor de Vlaamse Gemeenschap de programmatiecriteria met 51,4 %).

B. A-diensten in psychiatrische ziekenhuizen

- personeelsnormen in volledige hospitalisatie (A) volgens huidige bepaling 16/30
12 verpleegkundigen A1 of A2
4 paramedici
- personeelsnorm in partiële hospitalisatie (a) dag/nacht volgens huidige bepaling
11/30 voor nacht
10/30 voordag
- omschrijving : dienst met accent op crisisopvang, observatie, diagnosestelling en actieve behandeling van patiënten met ondermeer neurotische, psychotische, psycho-organische, depressieve en verslavingsziekten. De actieve behandeling veronderstelt de socio-therapeutische ondersteuning van een bio-psycho-sociale behandeling en beoogt zowel de opvang van de acute de compensatie toestand als de doelstellingen op het vlak van de recidief preventie.
Deze diensten, als units voor psychiatrische intensive-care staan in voor de opvang van ernstige psychiatrische syndromen zoals acute psychose, delirium, agressie, gedragsstoornissen, suicidaal gedrag e.d., waarbij de behandeling noodzakelijker wijze moet gekenmerkt zijn door intensieve en hoog-kwalitatieve zorgen, door meer toezicht en eventueel verhoogde securisatie. Een unit van 30 A-bedden zou daarom beschikken over een hoger aantal verpleegkundigen m.n. 14 i.p.v. 12 en 4 paramedici.
- duur : het gemiddeld verblijf van een patiënt in een A-afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis ligt rond 2 à 3 maanden. Hierna verlaat de patiënt het ziekenhuis en wordt doorverwezen naar de extramurale diensten of is de behandeling zonedig verder te zetten eventueel in een langer programma waarvoor de T-diensten zijn geëigend.
- programmatische :
 1. De criteria zijn goed en de programmatische is geschikt.
 2. De nog vrije bedden zouden zo snel mogelijk moeten verdeeld worden in functie van de bestaande erkende en geprogrammeerde bedden.
 3. Voor geprogrammeerde maar niet verwezenlijkte A-bedden moet een programma voor uitvoering worden opgesteld.
 4. De partiële A-diensten zijn op sommige plaatsen niet als zodanig in functie. Zij moeten deels door volledige A worden vervangen.

C. K-dienst

K-dienst volledige hospitalisatie :

- personeelsnorm K-dienst : - volledige hospitalisatie :
 - volgens huidige bepaling 16/20
 - 10 verpleegkundigen/opvoeders
 - A1 of A2
 - 6 paramedici
- partiële hospitalisatie dag/
nacht :
 - 10/20 voor nacht
 - 8/20 voor dag
- omschrijving : de K-dienst is bestemd voor observatie en actieve behandeling van kinderen en adolescenten.
- verblijfsduur : niet te bepalen
- programmatie :
 1. de criteria en de programmatie zijn goed maar niet uitgevoerd.
De verwerkelijking van de programmatie moet gebeuren maar eventueel met een reservatie van een beddenaantal voor S.G.A.-patiënten.
 2. voor de reedsgeprogrammeerde maar nog niet toegewezen bedden is rekening te houden met de reeds ingediende vragen en reële noden.

D. Tg-dienst of dienst T voor psychogeriatric

- personeelsnorm : 15/30
 - 8 verpleegkundigen A1 of A2
 - 5 hulpverplegenden
 - 2 paramedici
- omschrijving : opvang en behandeling van bejaarden met dementiesyndromen en/of ernstige psychiatrische pathologie (met bv. agitatie, zware gedragsstoornissen, depressie e.d.) die omwille van hun specifieke problematiek niet kunnen opgevangen worden in bejaarden of rust- en verzorgingstehuizen.
- verblijfsduur : niet te bepalen
- programmatie : deze dienst is sterk ondergeprogrammeerd, aan slechts een deel van de oorspronkelijk bepaalde programmatiecriteria wordt voldaan. De programmatie moet herzien en uitgevoerd worden.

E. T-dienst

T-dienst volledige hospitalisatie :

Hier vooral dringt zich een verdere verdeling op van een te globaal ontworpen kliniekdienst.
Het behoud van de T-dienst voor langere behandeling is wel noodzakelijk maar met de nodige differentiatie volgens de ernst van de pathologie van de patiënt en de intensiteit van de behandeling.

T-dienst :

personeelsnorm : 15/30

10 verpleegkundigen A1 of A2

5 paramedici

omschrijving : Deze kenletter omschrijft in werkelijkheid meerdere vormen van langdurige behandeling m.n. kan een onderscheid worden gemaakt tussen de patiënten met ernstige persoonlijkheidsafwijkingen, met gedragsafwijkingen, met psychotische, affectieve of psycho-organische ziekten, die door de aard en/of de evolutie van hun ziekteproces een belangrijke mentaal en/of sociaal functieverlies dreigen te vertonen of vertonen.

De behandeling beoogt zowel een verder doorgedreven bio-psycho-sociale aanpak van het ziekteproces als in een aantal gevallen een revaliderende benadering van het functieverlies en de sociotherapeutische voorbereiding op een adequaat leefmilieu. Voor deze groep patiënten kan de gemiddelde verblijfsduur gesitueerd worden op + 2 jaar.

Anderzijds komen in een T-dienst ook die patiënten terecht met nood aan een langere behandeling gericht op resocialisatie waarbij de optie wordt bewaard om bij deze patiënten met een trager verlopend herstelproces of ondanks een zekere graad van defect op langere termijn een vorm van resocialisatie buiten het ziekenhuis te realiseren. Hun verblijfsduur kan zich in de regel situeren tussen de 3 en de 5 jaar volgend op de behandeling in intensieve diensten.

Bepaalde T-diensten kunnen zich ook toeleggen op de langdurige verzorging en begeleiding van patiënten met ernstige persoonlijkheidsafwijkingen, met gedragsafwijkingen, met psychotische, affectieve of psycho-organische ziekten die door de aard en/of de evolutie van hun aandoening een blijvende mentale en/of sociale functiestoornis hebben verworven en waarbij de symptomen van het ziekteproces van die aard zijn dat een medisch-verpleegkundige behandeling noodzakelijk is na en ondanks voorafgaande intensieve behandeling.

Het is bovendien belangrijk te beseffen dat minder goede zorgen of gebrekkige opvang zullen aanleiding geven tot recidief hetwelk heropname in een intensievere dienst zal vereisen. Hun verblijfsduur is moeilijk te bepalen. Mocht uit de opgetekende gemiddelde verblijfsduur van bepaalde T-diensten blijken dat zij zich specifiek toeleggen op de 2 laatst geciteerde categorieën van patiënten dan kan worden overwogen de personeelsnorm terug te brengen op 14/30 - 8 verpleegkundigen A1/A2, 3 hulpverpleegkundigen, 3 paramedici.

T-dienst partiële hospitalisatie dag/nacht :

- personeelsnorm : 10/30 dag of nacht
- programmatie voor beide diensten :
 1. de verdeling van de geprogrammeerde T-bedden voor de mogelijke diensten zoals hierboven beschreven moet gebeuren in functie van de reële noden ; m.n. bv. op basis van de jaarlijkse gegevens omtrent de patiënten (de verblijfsduur) in elk ziekenhuis.
 2. de globale programmatie is goed maar de verdeling tussen volledige en partiële hospitalisatie benadrukt te sterk de partiële. Het globale beddenaantal, buiten de reeds toegekende bedden voor partiële hospitalisatie, zou verder moeten verwezenlijkt worden voor volledige hospitalisatie.
 3. De programmatie moet geheel verwezenlijkt blijven.

4.3. Dienst voor S.G.A.-patiënten (te onderscheiden van de zogeheten diensten voor "sociaal verweer")

personeelsnorm 10/10. De suggestie kan worden gemaakt in navolging van de situatie in NEDERLAND de norm op 20/10 te stellen.

omschrijving : opvang en verzorging van patiënten met uitzonderlijk en bijna continu sterk gestoord en agressief gedrag. Door de zware belasting mogen de eenheden voor zulke patiënten maximaal 10 patiënten tellen. Een geëigende, intensieve en continue begeleiding moet worden verzekerd waardoor de functie crisisinterventie, observatie en intensieve behandeling, ook over een langere periode, zou kunnen worden gerealiseerd.

Het imago van "strafafdeling" moet volledig vermeden worden (daarom mogen deze diensten niet louter gekoppeld worden aan een verwijzing vanuit justitiediensten), en is er ook nood aan een betere regionale (provinciale) spreiding van deze diensten voor S.G.A.-patiënten.

verblijfsduur : niet te bepalen

programmatie :

1. De opvang van deze patiënten vormt deels een bijkomende opgave voor de psychiatrische ziekenhuizen en waarvoor geen programmatie is voorzien. Het is een bijkomende uitgave in de sector waarvan de budgettering niet ten koste van de overige psychiatrische zorgverlening mag gebeuren.
2. deze bijzondere dienst moet ingevoerd worden los van de bestaande programmatie. Er kan wel rekening mee worden gehouden bij de afwerking van de programmatie van de K-diensten.
3. zulke dienst kan worden uitgebouwd in een psychiatrisch ziekenhuis met een vrij belangrijke A-dienst waar men zich ook heeft verbonden tot het opnemen van gekollegeerde patiënten, of met een belangrijke K-dienst.
4. de nood aan plaatsen voor S.G.A.-patiënten mag niet overschat worden en is te ramen op 500 voor het ganse Rijk.

4.4. De niet-geprogrammeerde maar bestaande psychiatrische ziekenhuisbedden.

Indien de overheid het beleid wil versnellen moet er een aanvullende regeling komen. De zeer grote afbouw van psychiatrische ziekenhuisbedden (ongeveer 4.000) die reeds verwezenlijkt is heeft een limiet bereikt doordat er een zorgenbehoevende populatie in de psychiatrische ziekenhuizen is gebleven waarvoor er geen andere voorzieningen bestaan. Wanneer men een versneld beleid wil moeten er aanvullende maatregelen getroffen worden en moet voor deze niet-geprogrammeerde bedden een gewijzigd statuut bepaald worden.

De populatie van deze bedden bestaat hoofdzakelijk uit mentaal gehandicapten en chronische patiënten met nood aan blijvende verzorging maar waarvan een deel geen verdere specifieke ziekenhuisbehandeling vereist gezien een volledig gestabiliseerde toestand. Doordat mentaal gehandicapten die geen psychiatrische problematiek kennen niet meer in het psychiatrische ziekenhuis worden opgenomen, heeft deze groep een uitdovend karakter. Er wordt opgemerkt dat deze patiënten in feite in het Fonds '81 thuishoren.

Bij acute psychiatrische crisissituaties moeten deze patiënten tijdelijk kunnen opgenomen worden voor behandeling in een psychiatrische ziekenhuisdienst. Daarnaast is de volgende verzorgingsomkadering aangewezen onder de vorm van een specifieke dienst m.n. P.V.T.

A. Mentaal gehandicapten

- personeelsnorm 14/30, voor opvoedkundig, verplegend en paramedisch personeel
- persoonlijke bijdrage van de patiënt rekening houdend met de bestaansmiddelen en gegarandeerd zakgeld (volgens Fonds 81)

B. Gestabiliseerde chronische patiënten

- personeelsnorm 12/30
 - 6 verpleegkundigen
 - 4 hulpverpleegkundigen
 - 2 paramedici
 - persoonlijke bijdrage van de patiënt rekening houdend met de bestaansmiddelen en gegarandeerd zakgeld.
 - eventueel in een afdeling of gebouw op het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis.
- Het statuut voor deze onder A en B genoemde populaties wordt :
- Het Psychiatrisch Verzorgingstehuis (P.V.T.).
- Voor deze patiënten die geen verdere medische behandeling vereisen, en toch niet in aanmerking komen voor beschut en begeleid wonen, moet een aangepast statuut ontworpen worden.

Gezien de specificiteit van deze groep zijn de R.V.T.-bedde, volstrekt niet aangewezen. Het medisch toezicht moet psychiatrisch zijn omwille van de blijvende pathologische toestand van psychiatrische aard. De accommodaties moeten specifiek en aangepast zijn voor psychiatrische patiënten en zijn daar door anders te concipiëren dan voor een gewoon rust- en verzorgingstehuis. Voor de P.V.T. moet er een bijkomende programmatie zijn naast de R.V.T.

4.5. De omschakeling op vrijwillige basis van geprogrammeerde psychiatrische ziekenhuisbedden naar P.V.T.

- Zulke omschakeling kan geen algemene beleidsoptie zijn. Dit zou het programmatiebeleid dwarsbomen en voorbijgaan aan vele noden en vereisten voor de omschreven doelgroepen.
- Als gevolg van een particulier initiatief en individuele aanvraag kan zulke omschakeling wel mogelijk zijn voor een afzonderlijk ziekenhuis of dienst.
- De geprogrammeerde bedden die aldus zouden omgeschakeld worden naar het statuut P.V.T. verdwijnen uit de programmatie.
- Ten einde de omschakeling van de zogeheten residu bedden te versnellen zou men de oprichting van 1 P.V.T.bed voor 1 afgeschaft residu bed kunnen toestaan.
Voor de afbouw van geprogrammeerde psychiatrische bedden kunnen stimuli voorzien worden waarbij, naar analogie met de algemene ziekenhuissector 1 geprogrammeerd psychiatrisch bed kan omgeschakeld worden naar 1 P.V.T. bed met daarenboven een fonds voor sluiting en een recyclage voor de gerealiseerde besparingen.

4.6. Beschut en begeleid wonen

- Ter ondersteuning van de resocialisatie, om lang verblijf en récidief te voorkomen dient personeel voorzien te worden voor beschut en begeleid wonen.
 - * voor beschut wonen (gemeenschapshuis)
personeelsnorm : 1/8 patiënten
 - * voor begeleid wonen (zelfstandig wonenden)
personeelsnorm : 1/12 patiënten
- Stimulering van het beschut wonen kan door bv. een versoepeling van de huidige toelatingsvoorwaarden. In deze context vermelden we ook dat vooral vanuit de diensten T een doorstroming naar beschut wonen mogelijk moet kunnen zijn.
Hierbij wordt ook verwezen naar de gezinsverpleging (GEEL)

4.7. Het doorgangstehuis

- Een bijzonder nieuwe vorm van post-hospitalisatieopvang is het doorgangstehuis, die voorbereid op meer zelfstandig wonen of eventueel op beschut-begeleid wonen.
- personeelsnorm : 1/6
- verblijfsduur : tot 1 jaar

- opmerking inzake punt 4.6 en 4.7
- De organisatie en uitbouw van beschut en begeleid wonen evenals van de doorgangstehuizen behoren tot de taken van het psychiatrisch ziekenhuis. Meerdere initiatieven blijken reeds uitgebouwd door extramurale diensten. In alle gevallen blijft intensieve samenwerking tussen deze extramurale sektor en het psychiatrisch ziekenhuis een essentiële voorwaarde.

4.8. Bezettingsgraad

In het kader van de resocialisatie en de reïntegratie zou het wenselijk zijn patiënten meer gelegenheid te geven om het week-end bij familie te kunnen doorbrengen. Daarom de vraag naar een + 80 % bezetting per bed (zoals in algemene ziekenhuizen) waardoor de patiënt 1 dag per week zou kunnen afwezig zijn (nu in T-dienst slechts 24 dagen per jaar voorzien). M.b.t. de partiële hospitalisatie wordt geopteerd voor een bezetting van 60 % daghospitalisatie, 70 % nachthospitalisatie. Het gaat steeds om voorstellen waaraan 100 % personeelsbezetting gekoppeld is.

4.9. Medische omkadering

a) Specialist inwendige geneeskunde.

In de psychiatrische zorgverlening is een internist voorzien en noodzakelijk maar hiervoor is geen vergoeding of toezichtshonoraria voorzien.

Het ware wenselijk een specialist inwendige geneeskunde full-time te voorzien a rato van

1/60 Tg-bedden

1/120 A-bedden

1/240 T-bedden

Een vergoeding, te voorzien in de ligdagprijs, kan gesteld worden op 50 fr./dag voor Tg

25 fr./dag voor A

12,5 fr./dag voor T

plus 700 fr. per opname

b) In het kader van actieve behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis voldoen geenszins de bestaande voorzieningen met betrekking tot de individuele specialistische begeleiding van de gehospitaliseerde patiënten door de psychiater. Naast de bestaande nomenclatuur, bv. deze voor electro-convulsieve therapie en naast de toezichtshonoraria, moet de mogelijkheid worden voorzien dat specifieke psycho-therapeutische verstrekkingen kunnen worden uitgevoerd en aangerekend door psychiaters die niet voorzien zijn binnen de bestaande erkenningscriteria.

5. Slot

- 5.1. Deze voorgestelde omvormingen van de psychiatrie kunnen, als de omvormingen consequent worden uitgevoerd tot volgende besparingen en verdere planning leiden :
1. omschakelingen naar PVT met een verhoogd persoonlijk aandeel voor deze patiënten, rekening houdende met de individuele financiële draagkracht, kan helpen bijdragen tot de financiering van de hogere personeelsomkadering.
 2. de aangepaste personeelsnormen zullen, minstens globaal binnen de sector, alle huidige aanvullende tewerkstellingsstatuten (B.T.K., I.B.F.) van verplegend en verzorgend personeel kunnen opslorpen.
 3. door behoud van de goede (en door dit plan gestimuleerde) werking van de T-diensten zullen talrijke en vluggere overgangen naar beschut wonen mogelijk zijn.
 4. Voor de mentaal gehandicapten die de facto nog steeds in de psychiatrie verblijven en waarvoor nu geen voorzieningen bestaan zou op halflange termijn moeten gestreefd worden naar een soort protocol-akkoord met de Gemeenschappen om een volledige overheveling mogelijk te maken naar Fonds 81.
 5. de bouwkalender voor de noodzakelijke ziekenhuisvernieuwing moet worden ingekort. De onvermijdelijke vernieuwing mag door haar traag verloop geen rem zijn op de verwezenlijking van de programmatie.

5.2. Programmatorische aspecten.

De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdelingen "Erkenning" en "Programmatie" heeft zich beraden over de programmatorische aspecten van het dossier "Psychiatrie".

De Raad stelt vast dat de visie zoals reeds beschreven en behandeld in de plenaire vergadering t.a.v. de te voeren beleids-politiek inzake de psychiatrische voorzieningen, algeheel wordt onderschreven.

De Raad heeft kennis genomen van de statistische gegevens inzake de diverse voorzieningen in de psychiatrie en stelt vast dat er momenteel geen plethore bestaat, althans gemeten aan de thans nog geldende programmatiecriteria. Weliswaar strookt de interne verdeling over de diverse kenletters niet met de eigenlijke criteria per dienst.

De Raad is van oordeel dat er zich aldus een interne herstructurering van de diverse psychiatrische voorzieningen opdringt en dat, in afwachting van een herziening van de programmatiecriteria voor de onderscheiden diensten, een begeleidend onderzoek moet worden verricht naar de meest adekwate kwantitatieve formulering van de nu reeds uitgetekende beleidslijnen.

De Raad pleit voor een verdere doorlichting van het huidig patiëntenbestand in de psychiatrische voorzieningen en verhoopt dat op termijn hieruit de nodige bijsturing van de programmatiecriteria zal worden gedistilleerd.