



**PUBLICATIE VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 8156**

**Geïntegreerde behandeling van patiënten in het algemeen ziekenhuis**

8 augustus 2007

**SAMENVATTING EN SLEUTELWOORDEN**

Op het vlak van de gezondheidszorg wordt de geïntegreerde bio-psycho-sociale aanpak steeds meer een referentiemodel. Hiermee kan er immers op reële behoeften van de patiënten ingespeeld worden. Deze aanpak maakt ook vaak een betere diagnose, opvang, opvolging en zorgkwaliteit mogelijk. Hij is bijzonder geschikt voor de opvang van chronische ziektes, waarvan het aantal de laatste jaren steeds maar toeneemt.

Hoewel er inzake de implementering van deze aanpak in de klinische praktijkvoering van elke dag en in de zorgorganisatie reeds initiatieven werden genomen en men deze taak ook heeft aangevat, zijn er op dit ogenblik onvoldoende dergelijke initiatieven – die bovendien ontoereikend zijn – en bestaan er daaromtrent vele problemen.

In navolging van vroegere aanbevelingen wordt er voorgesteld om die geïntegreerde aanpak sterker aan te moedigen, en dat om economische, sociale, medische en menselijke redenen. De structurele en multidisciplinaire organisatie van de opvang van de psychosociale behoeften van de patiënt in een algemeen ziekenhuis moet goed overdacht en geformaliseerd worden. Tevens dient de manier waarop deze opvattingen over gezondheidszorg in de basisopleiding en de voortgezette opleiding van de verschillende gezondheidswerkers zijn opgenomen, geoptimaliseerd te worden. Onderzoek op dit gebied moet aangemoedigd worden, alsook de verspreiding van de kennis terzake bij gezondheidswerkers en bij het grote publiek. De communicatie tussen de beroepsbeoefenaars van de verschillende betrokken disciplines en de verschillende zorgniveaus dient door middel van allerlei stimulansen te worden bevorderd.

**Sleutelwoorden: geestelijke gezondheidszorg, psychosociale factoren, vormen van comorbiditeit, ziekenhuis, chronische ziektes, biopsychosociaal model.**

## INHOUDSTAFEL

<b>1. INLEIDING</b> .....	<b>3</b>
<b>2. UITWERKING EN ARGUMENTATIE</b> .....	<b>4</b>
<b>2.1. GEÏNTEGREERDE BEHANDELING VAN PATIËNTEN IN HET ALGEMEEN ZIEKENHUIS</b> .....	<b>4</b>
2.1.1. <i>HET BIOPSYCHOSOCIAAL MODEL</i> .....	4
2.1.2. <i>DE PSYCHOSOCIALE NODEN VAN PATIËNTEN IN HET ALGEMEEN ZIEKENHUIS</i> .....	5
A. <i>Acute ziektes versus chronische ziektes</i> .....	5
B. <i>Over welk soort problemen gaat het?</i> .....	6
C. <i>Betere therapietrouw</i> .....	6
<b>2.2. DE ORGANISATIE VAN DE OPVANG VAN PSYCHOSOCIALE BEHOEFTE IN EEN ALGEMEEN ZIEKENHUIS</b> .....	<b>7</b>
2.2.1. <i>BESTAANDE TYPES VAN ORGANISATIE</i> .....	7
2.2.2. <i>NOODZAAK VAN EEN ADEQUATE FINANCIERING VAN DE PSYCHOSOCIALE INTERVENTIES</i> .....	8
2.2.3. <i>ANDERE ADVIEZEN EN AANBEVELINGEN</i> .....	8
2.2.4. <i>AANGEPASTHEID VAN DE ZORG VOOR CHRONISCHE ZIEKEN</i> .....	9
2.2.5. <i>OPLEIDING</i> .....	9
2.2.6. <i>VOORSTELLEN VAN ORGANISATIE</i> .....	9
2.2.7. <i>ANDERE VOORSTELLEN</i> .....	10
<b>3. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN</b> .....	<b>11</b>
<b>4. REFERENTIES</b> .....	<b>12</b>
<b>5. BIBLIOGRAFIE</b> .....	<b>13</b>
<b>6. BIJLAGEN</b> .....	<b>16</b>
6.1. RECAPITULERENDE TABEL: DE REGLEMENTERINGEN I.V.M. DE AANWEZIGHEID VAN “PSYCHOSOCIAAL” PERSONEEL IN DE DIENSTEN OF ZORGPROGRAMMA’S (G. ALLEMEESCH).....	16
6.2. ADVIES VAN DE NRZV BETREFFENDE DE LIAISONPSYCHIATRIE IN HET ALGEMEEN ZIEKENHUIS ...	25
<b>6.3. ADVIES VAN DE NRZV BETREFFENDE DE PSYCHOLOGISCHE FUNCTIE IN HET ALGEMEEN EN PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS</b> .....	<b>35</b>
<b>6.4. HET ACTIEPLAN VAN HELSINKI 2005 OVER GEESTELIJKE GEZONDHEID “FACING THE CHALLENGES, BUILDING SOLUTIONS”</b> .....	<b>43</b>
CHALLENGE.....	44
<b>7. SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP</b> .....	<b>53</b>

## 1. INLEIDING

Er wordt steeds meer onderzoek verricht naar de verbanden tussen lichamelijke en geestelijke gezondheid, waardoor die ook steeds meer bekend worden. Enerzijds blijkt dat bepaalde lichamelijke stoornissen het gevolg kunnen zijn van psychische problemen. Bepaalde lichamelijke symptomen zoals gewichtsverlies, hartkloppingen, terugkerende rugpijn, allergische reacties, maagzweren enz. kunnen immers angst of depressie maskeren. In dergelijke gevallen volstaat het niet enkel de lichamelijke symptomen waarover de patiënt klaagt, te behandelen, opdat hij of zij op lange termijn gezond zou blijven.

Ook het omgekeerde kan: bepaalde ziektes, vooral die van chronische aard<sup>1</sup>, kunnen met psychische stoornissen gepaard gaan. Als die psychische stoornissen niet gediagnosticeerd en dus onbehandeld blijven, kan dat leiden tot minder goede therapeutische resultaten, verminderde therapietrouw, langere verblijfsduur in het ziekenhuis enz.

De geestelijke gezondheid blijkt evenzeer op de lichamelijke gezondheid in te werken als omgekeerd. Geestelijke en lichamelijke gezondheid vormen één geheel; men kan die met andere woorden niet los van elkaar gaan zien, denken we maar aan cardiovasculaire ziektes, kanker, diabetes en aids, waar – zoals inmiddels wel bekend – psychosociale factoren erg belangrijk zijn.

Die evidentie is echter niet altijd onderkend geweest. De “moderne geneeskunde” heeft zich geruime tijd toegespitst op de biomedische aspecten van de gezondheid. Thans is het echter duidelijk dat de persoonlijke ervaring van de patiënt, wat hij doorgemaakt heeft, de ervaring van de therapeut, hoe de verzorging georganiseerd wordt, hoe de ziekte en de behandeling door de maatschappij gezien wordt enz. een invloed hebben op de behandeling van een pathologie. De geïntegreerde biologische en psychosociale opvatting van wat gezondheid is, lijkt adequater en dichter bij de werkelijkheid aan te leunen. Toepassing van deze principes in de dagdagelijkse klinische praktijk zou dus ook tot een betere efficiëntie van de zorg moeten leiden.

De integratie van dit biopsychosociale model in de praktijk in het algemeen ziekenhuis verloopt traag. Het bleek dus nuttig om via dit rapport de nadruk te leggen op het belang van psychosociale stoornissen die samen voorkomen met de in een algemeen ziekenhuis behandelde somatische pathologieën, en op de impact die ze kunnen hebben op de behandeling: al dan niet langer verblijf in het ziekenhuis, doeltreffendheid van de medische behandeling...

Voor de opvang van patiënten met dergelijke comorbiditeit worden een aantal aanbevelingen geformuleerd.

---

<sup>1</sup> Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie is een chronische ziekte een gezondheidsprobleem waarvoor gedurende verschillende jaren of zelfs decennia behandeling nodig is.

## 2. UITWERKING EN ARGUMENTATIE

### 2.1. Geïntegreerde behandeling van patiënten in het algemeen ziekenhuis

#### 2.1.1. *Het biopsychosociaal model*

George Engel introduceerde het biopsychosociaal model als theorie (Engel, 1977) en werkte het ook klinisch uit in een beschrijving van een patiënt die hartritmestoornissen ontwikkelde doordat hij zich in de steek gelaten voelde door zijn behandelende arts (Engel 1980). Hij formuleerde hierbij een alternatief voor een sterk reductionistische en technologisch steeds sneller evoluerende geneeskunde. Bijna dertig jaar later is het biopsychosociaal model nog steeds erg actueel (Borrell-Carrio et al, 2004), maar even actueel zijn de moeilijkheden die nog steeds bestaan om het in de praktijk te implementeren (Astin et al, 2006).

Het biopsychosociaal model is tegelijk theoretisch en praktisch-klinisch. Als theorie helpt dit model om te begrijpen hoe lijden, ziektes en aandoeningen beïnvloed worden door verschillende niveaus van organisatie, van het maatschappelijke niveau tot het moleculaire niveau. Praktisch-klinisch helpt het om te begrijpen dat de subjectieve ervaring van de patiënt essentieel bijdraagt tot een accurate diagnose, prognose en humane zorg.

De gevolgen voor de dagelijkse klinische praktijk zijn niet te verwaarlozen. De relatie tussen mentale en lichamelijke aspecten van de gezondheid is complex- subjectieve ervaringen zijn afhankelijk van maar niet te herleiden tot fysiologische wetmatigheden. Alhoewel circulaire verklaringsmodellen voor ziektes theoretisch correct zijn, moet de keuze van behandeling een balans zijn tussen de onderliggende circulaire verklaringsmodellen en de meer lineaire verbanden. Een meer actieve participatie van de patiënt in de relatie met de hulpverlener sluit aan bij Westerse culturele tendensen, maar wordt mogelijk niet altijd even universeel aanvaard.

Borrell-Carrio et al. suggereren de volgende pijlers waarop een biopsychosociale zorg moet gebaseerd zijn:

1. De noodzaak voor de arts om vanuit een voortdurende zelfobservatie en bijsturing zichzelf als een instrument af te stemmen op de noden van de individuele patiënt
2. Actief opbouwen van vertrouwen
3. Het hanteren van een emotionele stijl die gekarakteriseerd wordt door empathische nieuwsgierigheid.
4. Steeds alert zijn voor de vertekende inschatting die men als hulpverlener kan maken.
5. De emotionele aspecten die helpen bij het stellen van de diagnose en het vormen van een therapeutische relatie moeten aangeleerd worden aan hulpverleners.
6. Intuïtieve aspecten in de omgang van patiënten moeten gevaloriseerd worden.
7. Het meedelen van op evidentie gebaseerde klinische informatie moet de dialoog met de patiënt bevorderen, en mag niet alleen maar een 'mechanische' toepassing van behandelprotocollen zijn.

Dat dit in onze hedendaagse geneeskunde, zeker in algemene ziekenhuizen, niet eenvoudig is, spreekt voor zich. Dat wordt ook bevestigd door een recente enquête in de VS onder huisartsen en specialisten, waarin gepeild werd naar het belang dat artsen (huisartsen en specialisten) aan psychosociale factoren hechten (Astin et al. 2006). Het eerste wat opviel was dat in totaal slechts 27% van de ondervraagden de enquête invulden (zelfs met een financiële aanmoediging), wat een sterke vertekening kan veroorzaken (en waarbij de resultaten waarschijnlijk als overdreven positief beschouwd moeten worden). Een meerderheid van de ondervraagden erkent het belang van psychosociale factoren, maar een derde gelooft dat meer aandacht besteden aan deze factoren de behandeling niet of slechts minimaal ten goede zou komen. Een minderheid vond de opleiding op dit gebied voldoende, maar slechts een minderheid was geïnteresseerd in meer bijscholing.

Mannen hechten minder belang aan psychosociale factoren dan vrouwen. Andere factoren die samenhangen met het minder belang hechten aan psychosociale factoren, waren beperkt vertrouwen in de eigen mogelijkheden, het idee dat psychosociale factoren moeilijk te beïnvloeden zijn, een gebrek aan op evidentie gebaseerde kennis over psychosociale factoren en onvoldoende betaling om tijdens de omgang met patiënten aan psychosociale factoren aandacht te besteden. De auteurs suggereren dat er in dit domein meer opleiding nodig is. Ze stippen verder aan dat tijdsgebrek en onvoldoende tijd voor patiënten een biopsychosociale benadering van de patiënt in de weg staan.

### *2.1.2. De psychosociale noden van patiënten in het algemeen ziekenhuis*

Het opsommen van alle klachten, symptomen, syndromen en ziektes waarvoor patiënten naar een algemeen ziekenhuis komen en waarbij psychosociale factoren een rol kunnen spelen, gaat het bestek van dit advies te buiten. Toch is het voor het onderbouwen van dit advies nodig een idee te geven van de kennis en evidentie die er in de voorbije decennia opgebouwd is. De grootste uitdaging is om deze kennis te incorporeren in de dagelijkse patiëntenzorg in de algemene ziekenhuizen, in nauw overleg met de eerste lijn voor en na de behandeling in het algemeen ziekenhuis.

#### A. Acute ziektes versus chronische ziektes

**Acute** ziekte toestanden maken uiteraard nog steeds een groot deel uit van de redenen waarom patiënten naar een algemeen ziekenhuis komen. De aanwezigheid van spoedgevallendiensten in algemene ziekenhuizen is hier uiteraard niet vreemd aan. Lichamelijk geformuleerde klachten kunnen volledig of deels samenhangen met stresserende situaties en/of psychiatrische aandoeningen. Denken we maar aan paniekaanvallen die zich vooral als somatische symptomen manifesteren (retrosternale pijn, ademnood, tachycardie, zweten...) of aan een patiënt met een hartinfarct dat mede uitgelokt wordt door verhoogde stress. Uiteraard kunnen er nadat de diagnose van een medische aandoening gesteld is, ook heel wat verwerkingsproblemen optreden. Er bestaat heel wat evidentie over de voorbeschikkende, uitlokkende en onderhoudende invloeden van psychosociale factoren bij acute lichamelijke aandoeningen.

Voor dit advies is het echter ook belangrijk te vermelden dat het aandeel van **chronische** aandoeningen de voorbije decennia zeker is toegenomen, en ook het belang van psychosociale factoren is hier niet te onderschatten. Patiënten met diabetes, chronische longaandoeningen, chronisch hartlijden (zie o.a. Fontaine), maar zeker ook oncologische patiënten (zie o.a. Galand, Razavi en Verzelen) worden gedurende jaren gevolgd. Het leven met een chronische aandoening gaat erg vaak gepaard met psychosociale problemen die meer en meer aandacht vragen. Hierbij dient aangestipt te worden dat de zorg voor die chronische patiënten meer en meer ambulante wordt, wat uiteraard de samenwerking met de eerste lijn op het gebied van psychosociale hulpverlening des te noodzakelijker maakt. Daarnaast moet ook het belang onderstreept worden van psychosociale factoren bij ouderen en kinderen in het algemeen.

## B. Over welk soort problemen gaat het?

Zoals gezegd valt een exhaustieve opsomming van alle aandoeningen en hun relevante psychosociale factoren buiten het bestek van dit advies, maar een publicatie van de Academy of Psychosomatic Medicine (Bronheim et al, 1998) uit de VS geeft toch een idee waarvoor bijvoorbeeld een liaisonpsychiater in het algemeen ziekenhuis kan geconsulteerd worden. We komen er later nog op terug dat die problemen best door een multidisciplinair team behandeld worden (psychiater, psycholoog, sociaal werkende, verpleegkundige). Deze tabel geeft in ieder geval reeds een idee hoe variabel de adviesvragen kunnen zijn.

**Tabel 1: Problemen die regelmatig aanleiding kunnen geven tot het invoeren van een liaisonpsychiatrisch advies in een algemeen ziekenhuis (Bronheim et al. 1998)<sup>2</sup>.**

- |   |  |
|---|--|
| 1. Acute stress reactions                               | 23. Hypnosis   |
| 2. Aggression or impulsivity                            | 24. Malingering  |
| 3. Agitation  | 25. Pain   |
| 4. AIDS or HIV infection                                | 26. Pediatric psychiatric illness                                  |
| 5. Alcohol and drug abuse (including withdrawal states) | 27. Personality disorders  |
| 6. Anxiety or panic                                     | 28. Posttraumatic stress disorder                                  |
| 7. Assessment of psychiatric history                    | 29. Pregnancy-related care   |
| 8. Burn sequelae  | 30. Psychiatric care in the intensive care unit                    |
| 9. Change of mental status                              | 31. Psychiatric manifestations of medical and neurological illness |
| 10. Child abuse   | 32. Psychological factors affecting medical illness                |
| 11. Coping with illness                                 | 33. Psychological and neuropsychological testing                   |
| 12. Death, dying, and bereavement                       | 34. Psycho-oncology  |
| 13. Delirium  | 35. Psychopharmacology of the medically ill                        |
| 14. Dementia  | 36. Psychosis  |
| 15. Depression  | 37. Restraints   |
| 16. Determination of capacity and other forensic issues | 38. Sexual abuse   |
| 17. Eating disorders                                    | 39. Sleep disorders  |
| 18. Electroconvulsive therapy                           | 40. Somatoform disorders   |
| 19. Ethical issues                                      | 41. Suicide  |
| 20. Factitious disorders                                | 42. Terminal illness   |
| 21. Family problems                                     | 43. Transplantation issues   |
| 22. Geriatric abuse                                     |  |

## C. Betere therapietrouw

Het begrip “therapietrouw” verdient bijzondere aandacht bij zowel acute als chronische aandoeningen (Fontaine et Salah, 1991). Een individuele beoordeling van psychosociale factoren bij problemen met therapietrouw, of meer algemeen inzake het opvolgen van een behandeling, en een advies over hoe die therapietrouw verbeterd kan worden, kan een betere prognose van de patiënt en minder heropnames of raadplegingen tot gevolg hebben, met andere woorden kostenbesparend zijn.

---

<sup>2</sup> Het is duidelijk dat de term “advies van de liaisonpsychiater” in ruime zin met inbegrip van bijvoorbeeld psychosociale interventies begrepen moet worden.

## **2.2. De organisatie van de opvang van psychosociale behoeften in een algemeen ziekenhuis**

Zoals reeds hoger gezegd, bestaat er een consensus dat er bij de evaluatie en de opvang van gezondheidsproblemen van patiënten in een ziekenhuis, naast de klassieke aanpak van het biomedische type ook rekening gehouden moet worden met de psychologische kenmerken van de persoon in kwestie en van zijn sociale leefomgeving.

Er zijn thans wetenschappelijke bewijzen te over inzake de blijvende interactie van de biologische, psychologische en sociale dimensie op het functioneren, en dus ook op het disfunctioneren bij pathologieën (zie bibliografie).

In die omstandigheden moet een **structurele en multidisciplinaire organisatie** van de psychosociale zorg in alle algemene ziekenhuizen aangemoedigd worden. Er moet op toegezien worden dat rekening gehouden wordt met psychosociale factoren (identificatie, informatieverstrekking aan de patiënt, zonodig met een behandeling beginnen, oriëntatie naar nazorg bij ontslag...), en dat hiervan een neerslag terug te vinden is in de medische en verpleegkundige dossiers. Zodoende beschikt men naast de biomedische gegevens ook over een minimum aan psychosociale gegevens (bijvoorbeeld inzake gedrag m.b.t. de gezondheid en risicogedrag), uiteraard steeds met inachtneming van de patiëntenrechten en de bescherming van de privacy. Dat alles draagt er in ruime mate toe bij dat op een efficiëntere wijze met de behoeften van de patiënten rekening gehouden wordt, met minder ziekenhuiskosten door een kortere verblijfsduur. Voor het inschatten van de globale gezondheidstoestand en de algemene therapeutische oriëntering beschikt de behandelende arts (huisarts of specialist) bij ontslag van de patiënt hierdoor tevens over een minimum aan noodzakelijke informatie. De met een somatische pathologie vaak geassocieerde vormen van comorbiditeit (angst, depressie, beginnende psychische aftakeling enz.), die niet gediagnosticeerd en dus niet behandeld worden, compliceren de algemene behandeling van de patiënt. Bij heel wat somatische behandelingen zal een goede psychosociale begeleiding er ten slotte voor zorgen dat deze comorbiditeit afwezig of geringer is.

In algemene ziekenhuizen bestaat sinds geruime tijd een organisatie voor de opvang van de sociale behoeften (sociale dienst), die wordt gerechtvaardigd door het feit dat de sociale hulp onmiddellijk zichtbaar aan een goede opvolging van de medische zorg gekoppeld is (voortzetting van het ziekenhuisverblijf van de patiënt in een revalidatiecentrum, hulp bij terugkeer naar huis om de gebrekkige zelfredzaamheid op te vangen enz.). Dat is echter voor de psychologische functie veel minder het geval. In de praktijk bestaat er weliswaar al in bepaalde ziekenhuizen liaisonpsychiatrie, maar toch wordt deze in het kader van een geïntegreerde aanpak van de psychologische en psychosociale elementen in het geheel van de zorg nog niet optimaal ingezet. Het spreekt echter vanzelf dat de psychologische functie wel bestaat in de psychiatrische diensten van algemene ziekenhuizen en in de psychiatrische ziekenhuizen, en dat voor volwassenen, kinderen, pubers of psychogeriatrische patiënten.

In de somatische diensten vindt men thans een grote diversiteit organisaties om – vaak zeer bescheiden, soms zeer serieus – de psychologische problematiek op te vangen.

### *2.2.1. Bestaande types van organisatie*

De verschillende types van organisatie zijn (bij wijze van voorbeeld en zeker niet exhaustief):

- de sedert kort verplichte psychologische functie in bij voorbeeld de eenheden voor palliatieve zorg;

- bijzondere overeenkomsten met bijvoorbeeld het RIZIV in de cardiologie, de oncologie<sup>3</sup> of de pediatrie, in de centra voor behandeling van chronische pijn<sup>4</sup>, voor locomotorische stoornissen, AIDS... en dit in het kader van revalidatieprogramma's;
- in sommige ziekenhuizen en bepaalde bijzondere diensten is er dankzij persoonlijke initiatieven van de leidinggevende instanties van die instellingen, en dat op eigen kosten, hier en daar personeel aanwezig om de psychologische problemen van de patiënten ten laste te nemen. Enkele voorbeelden: in de liaisonpsychiatrie, in bepaalde algemene wachtdiensten, in diensten voor gynaecologie of neonatologie enz. Op dezelfde manier vindt men door persoonlijke initiatieven in enkele ziekenhuizen ook een dienst voor klinische psychologie;
- ten slotte zijn er in bepaalde algemene ziekenhuizen via overeenkomsten tussen instellingen of diensten onderling, personeelsleden uit het ambulante circuit of uit netwerken van psychiatrische ziekenhuizen.

Een **samenvattende tabel** met de reglementering inzake de aanwezigheid in de algemene ziekenhuizen van psychosociale hulpverleners is te vinden in de bijlage (Bijlage 7.1.).

Er dient opgemerkt te worden dat in bepaalde gevallen waar men ernstig aan de psychologische opvang van patiënten begint te denken, die activiteit berust op persoonlijke initiatieven, dus op bepaalde personen en die initiatieven verdwijnen vaak als de persoon in kwestie naar andere sectoren overgaat of de dienst verlaat.

### *2.2.2. Noodzaak van een adequate financiering van de psychosociale interventies*

Er dient aan herinnerd te worden dat er voor de zgn. liaisonpsychiatrie, dus de interventie van een arts-psychiater voor advies en start van een psychiatrische opvang in een niet-psychiatrische ziekenhuisdienst, al sedert enkele jaren een RIZIV-nomenclatuur bestaat. Die nomenclatuur is voorbehouden aan de artsen-psychiaters. Ook alle psychosociale interventies door andere professionelen binnen de geestelijke gezondheidszorg (psychologen, gespecialiseerde sociale werkers enz.) én het overleg tussen al deze betrokken hulpverleners zouden adequaat gefinancierd moeten worden. Dit kan leiden tot een betere samenwerking tussen de verschillende interveniërende personen.

### *2.2.3. Andere adviezen en aanbevelingen*

Er dient ook nog gewezen te worden op twee vrij recente rapporten van de (Belgische) Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV), afdeling "Programmatie en erkenning". Het ene (2002) gaat over de organisatie van de liaisonpsychiatrie en het andere (2003) heeft als thema de psychologische functie in de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen (zie bijlagen 7.2. en 7.3.). In deze rapporten werden reeds interessante mogelijke vormen van structurele organisatie voorgesteld om naast de biomedische dimensie ook met de geïntegreerde psychologische en psychosociale aspecten van in een ziekenhuis opgenomen patiënten rekening te kunnen houden. Er bestaat hierover heel wat internationale literatuur. Denken we maar aan de aanbevelingen van het "Royal College of Physicians" en het "Royal College of Psychiatrists" onder de titel "The psychological care of medical patients. A practical guide" (2e editie in 2003) of aan de Belgische rapporten zoals die van De Bie et al. (2002) en Allemeesch (2003). Onlangs heeft de WGO – Geestelijke gezondheidszorg Europa – een actieplan uitgevaardigd, ondertekend door alle gezondheidsministers van 52 landen van Europa, met als doel het bevorderen van een efficiëntere geestelijke gezondheidszorg voor de hele bevolking, ook wanneer het een somatische behandeling betreft. In vele paragrafen van het actieplan van Helsinki 2005 (Bijlage

<sup>3</sup> Voor oncologie voor volwassenen is die functie wel verplicht maar wordt die niet gefinancierd.

<sup>4</sup> Enkel gefinancierd voor de zgn. "referentiecentra".



7.4.) wordt o.a. aangedrongen op een laagdrempeligere toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor de hele bevolking, vooral voor mensen met medische pathologieën waarin het psychologische en psychosociale (met de geestelijke gezondheid gerelateerde factoren, culturele factoren, wijze waarop een ziekte ervaren wordt) een belangrijke rol van comorbiditeit spelen.

#### *2.2.4. Aangepastheid van de zorg voor chronische zieken*

Er moet tot slot op gewezen worden dat het aantal pathologieën met een chronische evolutie de laatste jaren steeds toeneemt. Bovendien de absolute noodzaak om de acute momenten van de pathologie te identificeren en adequaat te behandelen, moet de patiënt vanuit efficiëntie-overwegingen gedurende het ganse proces van chronische pathologie opgevangen worden, met bijkomende modaliteiten ivm therapietrouw, psycho-educatie van de patiënt, zonodig interventies op niveau van de omgeving, verschillende vormen van hulpverlening van psychologische en sociale aard voor problemen van comorbiditeit ingevolge het chronische verloop van de pathologieën: angst, depressie, regressie enz. Dit alles komt tijdens de opleiding van de arts te weinig aan bod, niettegenstaande het feit dat dit de groeiende nood bij de bevolking met gezondheidsproblemen weerspiegelt.

#### *2.2.5. Opleiding*

De HGR dringt er sterk op aan om aanbevelingen te richten tot de Hogescholen en de Universiteiten en er hen op te wijzen hoe belangrijk het onderricht en de vorming van de toekomstige beroepsbeoefenaars in het algemeen en dezen werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg in het bijzonder (verpleegkundigen, psychologen, sociaal werkers, artsen...) is. Deze toekomstige gezondheidswerkers moeten overtuigd worden dat psychosociale factoren een belangrijke rol spelen bij de evaluatie van de globale gezondheidstoestand en bij therapeutische procedures voor de meeste gezondheidsproblemen. Er bestaan nu al hier en daar initiatieven zoals het invoeren van een master in psycho-oncologie, geïntegreerde opleidingen in psychotherapie voor studenten in de faculteiten psychologie en geneeskunde enz.

#### *2.2.6. Voorstellen van organisatie*

Voor de praktische en structurele organisatie van de psychologische interventie in algemene ziekenhuizen zijn er, mede gelet op de in België gedane aanbevelingen, verschillende regelingen mogelijk, elk met zijn voor- en nadelen.

Die verschillende voorstellen kunnen als volgt samengevat worden.

- In elk algemeen ziekenhuis zou er een eenheid of dienst voor klinische psychologie moeten bestaan onder de verantwoordelijkheid van een psycholoog met de daarvoor vereiste kwalificaties, waarbij een directe communicatie met de medische, verpleegkundige en algemene directie van het ziekenhuis gegarandeerd is. De verschillende psychologen in een algemeen ziekenhuis moeten zo veel als mogelijk in de multidisciplinaire, medische en verpleegkundige teams in de gespecialiseerde diensten van het ziekenhuis geïntegreerd worden en er een specialisatie verwerven (cardiologie, niertransplantatie, chirurgie, gynaecologie, pediatrie, psychiatrie, enz.). Hierbij worden ze het best gecoördineerd en gesuperviseerd in de eenheid of dienst voor klinische psychologie.  
Deze psychologen dienen op niet-psychiatrische afdelingen eveneens multidisciplinair samen te werken met de liaisonpsychiaters wanneer een gezamenlijke inzet vereist is voor psychodiagnostische inbreng, voor adviezen, het starten van de behandeling, het eventueel doorverwijzen naar ambulante voorzieningen binnen de reguliere geestelijke

gezondheidszorg voor die patiënten die dit soort nazorg vereisen. Dit is voor het ogenblik zeker nog niet veralgemeend. Waar dit reeds bestaat, onderscheidt men twee soorten organisatie: een gecentraliseerde, en een gedecentraliseerde waarbij de psychosociale werkers in de verschillende diensten geïntegreerd zijn. Beide modellen hebben in functie van de plaatselijke omstandigheden hun voor- en nadelen.

- Op alle niveaus waar patiënten terechtkomen, van spoedgevallendienst tot opname, moet routinematig een minimum aan screening gebeuren naar psychologische en psychosociale problemen bij somatische pathologieën, en dit zowel door medici als door verpleegkundigen. Zo mogelijk moeten er maatregelen genomen worden om bij de teamvergaderingen van de somatische behandelingsteams ook hulpverleners uit de psychosociale zorg aanwezig te laten zijn.
- In het kader van de huidige beleidsinitiatieven met het oog op rationalisering en meer efficiëntie van de plaatselijke of gewestelijke activiteiten van de ziekenhuizen (zorgbekkens, netwerken en zorgcircuits) moet er nagedacht worden over de coördinatie van dergelijke activiteiten van geestelijke gezondheidszorg, welke tussen de verschillende ziekenhuizen op plaatselijk vlak verdeeld kunnen worden.
- Tot slot kunnen die ziekenhuizen zich ook baseren op een bepaald aantal ziekenhuisoverschrijdende initiatieven die de afgelopen jaren werden genomen en die het ziekenhuispersoneel kunnen helpen bij het vinden van een geschikte opvang voor patiënten die een interventie van geestelijke gezondheidszorg behoeven. Zo is er in het Brussels Hoofdstedelijk gewest het zgn. “Eole” en op landelijk niveau de “Stichting Julie Renson”.

#### *2.2.7. Andere voorstellen*

Er wordt ook algemeen aanbevolen dat men – voor het hele land – een overzicht zou maken van het aantal personeelsleden gespecialiseerd in geestelijke gezondheidszorg die thans in de algemene ziekenhuizen werkzaam zijn. Dit bestaat tot nu toe niet.

Zoals hoger vermeld moet er ook nagegaan kunnen worden of een vroegtijdige minimale detectie van relevante psychosociale informatie door het eerstelijns personeel van de algemene ziekenhuizen haalbaar is.

### 3. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Het belang van psychosociale factoren bij de meeste somatische aandoeningen is dankzij een opmerkelijk aantal wetenschappelijk gefundeerde gegevens duidelijk aangetoond. Onder die omstandigheden dient er met die factoren rekening gehouden te worden, zowel op het vlak van de identificatie daarvan als op dat van de opvangmodaliteiten en de evaluatie van de doeltreffendheid van de interventies. Bij het formuleren van doelstellingen op dit terrein zal men rekening moeten houden met de identificatie van deze psychosociale factoren, de aanpak ervan en de kostprijs en de doeltreffendheid van deze behandelingen. Dat geldt in het bijzonder voor ziektes met chronische evolutie en ziektes bij ouderen.

Aldus bevordert de geïntegreerde aanpak van de biologische, psychologische en sociale aspecten van pathologieën niet alleen een positieve evolutie van de pathologieën, maar bespoedigt het ook de stabiliserings- en genezingsprocessen van de patiënten, verkort het de verblijfsduur in het ziekenhuis en leidt het tot een betere levenskwaliteit en een grotere tevredenheid bij de patiënt over de verleende zorg

Deze overwegingen liggen in de lijn van het door België in Helsinki in 2005 ondertekende actieplan "Geestelijke Gezondheidszorg voor Europa" waarbij:

- 1) het opnemen van die verschillende aspecten in de basisopleiding en in de voortgezette opleiding van de verschillende gezondheidswerkers geoptimaliseerd moet worden,
- 2) de zorg zo georganiseerd moet worden dat de toegang tot een geïntegreerde aanpak vergemakkelijkt wordt,
- 3) onderzoek en verspreiding van de kennis in dit domein bij professionelen en bij het grote publiek aangemoedigd moeten worden,
- 4) de communicatie tussen gezondheidswerkers van de verschillende disciplines door middel van allerlei stimulansen bevorderd moet worden.

#### 4. REFERENTIES

Allemeesch G. De Dienst Klinische Psychologie als een ziekenhuisfunctie in het Algemeen Ziekenhuis. Tijdschrift Klinische Psychologie 2003; 3:146-153

Astin JA, Soeken K, Sierpina VS, Clarridge BR. Barriers to the Integration of Psychosocial Factors in Medicine: Results of a National Survey of Physicians. J Am Board Fam Med 2006; 19: 557-565

Borrell-Carrio F, Suchman AL, Epstein RM. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. Ann Fam Med 2004; 2: 576-582

Bronheim HE, Fulop G, Kunkel EJ, Muskin PR, Schindler BA, Yates WR, Shaw R, Steiner H, Stern TA, Stoudemire A. The Academy of Psychosomatic Medicine. Practice Guidelines for Psychiatric Consultation in the General Medical Setting. Psychosomatics 1998; 39: S8-30

De Bie J, Remans B. Gezondheidszorg: actuele standpunten. Geïntegreerde liaisonpsychiatrie: een model. Tijdschrift voor geneeskunde 2002; 58, nr. 22: 1486

Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. American Journal of Psychiatry 1980; 137: 535-544

Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 4286: 129-136

Fontaine O, Salah D. La compliance: un problème de santé. Rev Med Liege 1991; XLVI 6-91: 343-349

Fontaine O, Etienne AM, Brouette B. « Pattern » comportemental de type A, stress et maladie coronarienne; Brève Revue de la Littérature. Rev Med Liege 1987; XLII 24: 962-975

Galand M, Fontaine O, Salah D. Radiothérapie du cancer du sein et préparation du patient. Rev Med Liege 1990; XLV 11-90: 539-544

European Commission. Green paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union; October 2005

Kathol R, Saravay SM, Lobo A, Ormel J. Epidemiologic trends and costs of fragmentation. Med Clin North Am 2006 Jul;90(4):549-572

Libert Y, Merckaert I, Etienne A-M, Farvacques C, Lienard A, Messin S, Meunier J, Milani M, Moucheux A, Reynaert C, Salis J, Slachmuylder J-L, Razavi D. Les besoins psychosociaux et le soutien apporté aux patients atteints d'un cancer: une étude nationale belge. Oncologie 2006; 8: 465-476

Stiefel FC, Huyse FJ. Reflections and perspectives. Integrated Care for the Complex Medically Ill, An Issue of Medical Clinics of North America. Med Clin North Am 2006;90(4):759-760

RCP & RCPSYCH - The Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists of Great Britain. The psychological care of medical patients. A practical guide. Report of a joint working party of the Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists of Great Britain, Second Edition; 2003

WMHC - World Federation for Mental Health. The Relationship Between Physical and Mental Health: Co-occurring Disorders. World Federation for Mental Health. World Mental Health Day; October 2004

Verzelen A. Wiens zorg zal het wezen? Psycho-oncologie in Vlaanderen. Tijdschrift Klinische Psychologie 2005; 3:139-143

## 5. BIBLIOGRAFIE

Aapro M, Cull A. Depression in Breast Cancer Patients: The Need for Treatment. Ann Oncol. 1999;10(6): 627-36

Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Nakano T, Okuyama T, Mikami I, Shima YI, Yamawaki S, Uchitomi Y. Suicidal Thoughts in Cancer Patients: Clinical Experience. in Psychooncology. Psychiatry Clin Neurosci. 1999; 53(5): 569-73

Alonso Y. The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. Patient Educ Couns. 2004; 53(2):239- 44

American Psychiatric Association; 2003. Coexisting Severe Mental Disorders and Physical Illness. Statement by the American Psychiatric Association

Angst F., Stassen H.H., Clayton, P.J., Angst, J. Mortality of patients with Mood Disorders: Follow-up over 34-38 years. J Affective Disorders 2002; 68(2-3):167-181

Baez D. Primary Care Physicians Should Be Aware of Link Between Physical and Mental Health. Medscape Medical News; 2003

Baker F, Marcellus D, Zabora J, Polland A, Jodrey D. Psychological Distress Among Adult Patients Being Evaluated for Bone Marrow Transplantation. Psychosomatics 1997; 38(1): 10-9

Berard R. Depression and Anxiety in Oncology: The Psychiatrist's Perspective. J Clin Psychiatry 2001; 62 (suppl 8)

Blumenthal J, Newman M et. al. Depression As A Risk Factor for Mortality After Coronary Artery Bypass Surgery. Lancet 2003; Vol. 362: 604-609

Brown S. Excess Mortality of Schizophrenia: A Meta-Analysis. British Journal Psychiatry 1997; 171:502-8

Cohen HW, Alderman MH. The Association Between Depression and Cardiovascular Disease in Patients with Hypertension. Prim Psychiatry 2001; 8(7): 39-54

Combs-Orme T, Heflinger CA, Simpkins CG. Comorbidity of Mental Health Problems and Chronic Health Conditions in Children. J Emotion Behav Dis 2002; 10:116-125

Davidson M. Risk of Cardiovascular Disease and Sudden Death in Schizophrenia. Journal of Clinical Psychiatry 2002; 63, suppl. 9

"Depression and AIDS/HIV" on the U.S. National Institute of Mental Health website: <http://www.nimh.nih.gov>

"Depression and Cancer" on the U.S. National Institute of Mental Health website

"Depression and diabetes" on the U.S. National Institute of Mental Health website

“Depression and Heart Disease” on U.S. National Institute of Mental Health website

DiMatteo, M. Robin. Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychol* 2004; Vol 23(2): 207-218

Gill D, Hatcher S. Antidepressants for depression in medical illness. *The Cochrane Library*; 2002

Goldberg JA, Scott RN, Davidson PM, Murray GD, Stallard S, George WD, Maguire GP. Psychiatric Morbidity in the First Year after Breast Surgery. *Eur J Surg Oncol*. 1992; 18(4): 327-31

Goodwin JS, Zhang DD, Ostir G. Effect of Depression on Diagnosis, Treatment, and Survival of Older Women with Breast Cancer. *Am Ge Soc* 2004; 52(1): 106-111

Health and Human Behaviour: The Interplay of Biological, Behavioural, and Societal Influences. U.S. National Academy of Sciences, Institute of Medicine; 2001

“High Mental Stress Linked with Increased Risk of Cardiovascular Death” in *Circulation: Journal of the Am Heart Ass*; 2002

WHO – World Health Organization; 2001. Integrating Mental Health Care into General Health Services. *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope - Chapter 4*

Jenkins CD. *Building Better Health: A Handbook of Behavioural Change*. A Pan American Health Organization Scientific and Technical Publication 2003; No. 590

Lambert T, Velakoulis D, Pantelis C. Medical Comorbidity in Schizophrenia. *Med J Austr* 2003; 178(9) Suppl 5 mai: S67-S70

MacHale S. Managing Depression in Physical Illness. *Advances in Psychiatric Treatment* 2002; 8: 297-304

Olley BO, Gxamza F, Seedat S, Reuter H, Stein, DJ. Psychiatric Morbidity in Recently Diagnosed HIV Patients in South Africa: A Preliminary Report. *AIDS Bulletin of the Medical Research Council of South Africa* 2003; Vol. 12, No. 1

RCP - Royal College of Psychiatrists; 2002. *Psychiatric Patients Miss Out on Physical Health Screenings*.

Kruse J, Schmitz N, Thefeld W. On the Association Between Diabetes and Mental Disorders in a Community Sample. *Diabetes Care* 2003; 26:1841-1846

Newcomer JW, Haupt DW, Fucetola R, Melson AK, Schweiger JA, Cooper BP, Selke G. Abnormalities in Glucose Regulation During Antipsychotic Treatment of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 2002; Vol 59

Regenold WT, Thapar RK, Marano D, Gavirneni S, Kondapavuluru PV. Increased Prevalence of Type 2 Diabetes Mellitus Among Psychiatric Inpatients with Bipolar I Affective and Schizoaffective Disorders Independent of Psychotropic Drug Use. *Erratum in: J. Affect Disorders* 2003; 73(3):301-2, *J. Affect Disorders* 2002;70:19-26

Ritterband LM, Spielberger CD. Depression in a Cancer Patient Population. *J Clin Psychol Med Settings* 2001; 8(2): 85-93

Rutledge T, Con MA. Psychological Factors and Cardiovascular Disease in Women: Risk and Clinical Implications. *Prim Psychiatry* 2001; 8(7): 55-58

Valentine AD, Meyers CA. Cognitive and Mood Disturbance as Causes and Symptoms of Fatigue in Cancer Patients. *Cancer* 2001; 92 (6 Suppl):1694-1698

Wassertheil-Smoller S, Shumaker S, Ockene J, Talavera GA, Greenland P, Cochrane B, Robbins J, Aragaki A, Dunbar-Jacob J. Depressive and Cardiovascular Sequelae in Postmenopausal Women. *Archives of Internal Medicine* 2004; 164-289

Watkins, Carol E. Northern County Psychiatric Associates, Psychiatric Services for Children, Adolescents, Adults, and Families. Baltimore, Maryland. · Weiden, Peter. "Weight Gain and Diabetes Risk with Psychiatric Medications" in *New York City Voices*, Vol. VIII, No. 4, October-December 2003. Pp. 14-15

Zorn M, Rowland J, Varricchio C. Symptom Management in Cancer: Pain, Depression, and Fatigue. National Library of Medicine Bibliography; 2002

## **6. BIJLAGEN**

### **6.1. Recapitulerende tabel: de reglementeringen i.v.m. de aanwezigheid van “psychosociaal” personeel in de diensten of zorgprogramma’s (G. Allemeesch)**



Dienst of zorgprogramma	Psychologen	Psychiaters	psycho-sociaal (andere of niet bepaald)
Zorgprogramma voor kinderen <a href="#">KB 2006-08-16</a>			Art. 31. De <b>psycho-sociale begeleiding</b> wordt verzekerd door hulppersoneel, houder van <b>tenminste een diploma van hoger onderwijs van het korte type (A1) of een bachelordiploma</b> , ten belope van een halve voltijdse equivalent voor zover het aantal bedden (kenletter E) in de verpleegeenheid minder bedraagt dan 30, of één voltijdse equivalent per volledige schijf van 30 bedden (kenletter E).
Kinderoncologie <a href="#">MB 1998-07-27</a>			§ 6. Vanaf 1 augustus 1998 wordt, voor de ziekenhuizen die over kinderoncologie bedden beschikken en die beantwoorden aan de criteria zoals beschreven in bijlage 1 van het huidig besluit, het onderdeel B2 van het budget voor financiële middelen verhoogd, rekening houdend met hetgeen reeds in het budget van financiële middelen is inbegrepen, met het oog de financiering van de omkaderingscriteria bepaald in dezelfde bijlage, te verzekeren en dit ten bedrage van 1 700 000 frank per verplegend en <b>psychologisch</b> FTE en van 1 500 000 frank per pedagogisch en logistiek FTE Bijlage: 2° <b>Psychosociaal ploeg</b> : - 1 FTE voor de eenheden van 6 tot 13 bedden inbegrepen; - 11/2 FTE voor de eenheden van 14 of 15 bedden; - 2 FTE's voor de eenheden tussen 16 en 19 bedden; - 3 FTE's voor de eenheden met meer dan 19 bedden; 3° <b>Pedagogische ploeg</b> : - 1 FTE voor de eenheden van 6 tot 13 bedden; - 2 FTE's voor de eenheden met meer dan 13 bedden;
Zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie <a href="#">KB 2003-03-21</a>	Art. 5. Voor psychosociale begeleiding moet het zorgprogramma voor oncologische basiszorg in het ziekenhuis <b>een beroep kunnen doen</b> op een pluridisciplinair psychosociaal supportteam bestaande uit een <b>klinisch psycholoog, een maatschappelijk werker of een gegradueerde verpleegkundige in de sociale gezondheidszorg en op een psychiater</b> . Zij moeten de patiënt gedurende de ganse behandeling kunnen volgen. Voor voornoemde deskundigheden kan eventueel een beroep worden gedaan op de leden van het pluridisciplinair team dat ook de palliatieve functie in het ziekenhuis waarneemt.  Art. 18. Voor psychosociale begeleiding moet het zorgprogramma voor oncologie in het ziekenhuis <b>een beroep kunnen doen</b> op een psychosociaal supportteam bestaande uit een <b>klinisch psycholoog, een maatschappelijk werker of een gegradueerde verpleegkundige in de sociale gezondheidszorg en een geneesheer-specialist in de psychiatrie</b> . Zij moeten de patiënt gedurende de ganse behandeling kunnen volgen. Voor voornoemde deskundigheden kan eventueel een beroep worden gedaan op de leden van het pluridisciplinair team dat ook de palliatieve functie in het ziekenhuis waarneemt.		

<p>Functie van palliatieve zorg <a href="#">KB 2002-02-19</a></p>	<p>§ 4. Deze mobiele equipe, is samengesteld uit minstens een halftijds equivalent geneesheer-specialist, een halftijds equivalent geïnduceerde verpleegkundige en <b>een halftijds equivalent psycholoog</b>. (+0.001 FTE/bed boven de 500 bedden)</p>		
<p>Dienst neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling van kinderen <a href="#">KB 1964-10-23</a></p>	<p>Om de medisch-psychologisch equipe te vervolledigen moeten een <b>licentiaat in de psychologie</b> .../... voorzien worden per 20 zieken.</p>	<p>De medische equipe zal geleid worden door <b>een geneesheer-specialist in de neuro-psychiatrie gekwalificeerd in de kinder-psychiatrie</b>. In elk geval moeten minstens twee geneesheren gehecht zijn aan de inrichting waarvan de tweede specialist is in neuro-psychiatrie, in kindergeneeskunde of in inwendige geneeskunde, volgens de leeftijd en de opgenomen patiënten.</p>	<p>Om de medisch-psychologisch equipe te vervolledigen moeten .../... en een <b>maatschappelijk assistent of een geïnduceerde sociale verpleger</b> voorzien worden per 20 zieken.</p> <p><b>Het personeel dat bestendig voor de verpleging en het toezicht moet instaan omvat, per 20 zieken:</b></p> <p><i>a) in geval van dag- en nachtverpleging:</i> 2 equipes van 6 personen, waarvan 1 verpleger; van de 5 overige equipeleden dienen er ten minste 3 in het bezit te zijn van een diploma van verpleger, ergotherapeut, <b>opvoeder of psychologisch assistent</b> of van een brevet van verpleegassistent; de 2 andere moeten in het bezit zijn van een brevet van gezins- en sanitaire hulp of een opleiding hebben genoten die is aangepast aan de noodwendigheden van de dienst. Voor de ganse dienst moeten, gedurende de nacht ten minste 2 personen, onder wie een verpleger, de wachtdienst verzekeren.</p> <p><i>b) in geval van uitsluitend dagverpleging:</i> 2 personen in het bezit van een diploma van verpleger, ergotherapeut, <b>psychologisch assistent of opvoeder</b> of van een brevet van verpleegassistent. Voor de ganse dienst moet er ten minste 1 verpleger zijn.</p> <p><i>c) in geval van nachtverpleging:</i> 2 equipes van 3 personen waarvan 1 verpleger; van de overige equipeleden dient er ten minste 1 in het bezit te zijn van een diploma van verpleger, <b>psychologisch assistent</b>, opvoeder of ergotherapeut of van een brevet van verpleegassistent; de andere moet in het bezit zijn van een brevet van gezins- en sanitaire hulp of een opleiding hebben genoten die is aangepast aan de noodwendigheden van de dienst. Voor de ganse dienst moeten, gedurende de nacht ten minste 2 personen onder wie 1 verpleger de wachtdienst verzekeren, overdag 1 persoon.</p>

			<p><b>Om al de modaliteiten van de tenlastneming te verzekeren zal dat personeel, per 20 zieken, bovendien aangevuld worden met:</b></p> <p>a) 2 personen in geval van dag- en nachtverpleging;  b) 4 personen in geval van dagverpleging;  c) 2 personen in geval van nachtverpleging.</p> <p>Deze personeelsleden zullen in het bezit zijn van een licentiaatsdiploma of een diploma van hoger niet-universitair onderwijs met een paramedisch, sociaal, pedagogisch of artistiek karakter, zoals psychologie, criminologie, lichamelijke opvoeding, kinesi- of ergotherapie of een diploma van opvoeder, onderwijzer of regent.</p> <p><b>Het personeel dat bestendig voor de verpleging en het toezicht moet instaan, wordt, in geval van dag- en nachtverpleging, verhoogd met 5 voltijdse eenheden per 20 bedden bezet aan 70%.</b></p> <p>Die personeelsleden dienen in het bezit te zijn van een diploma van hoger niet universitair onderwijs met een verpleegkundig, paramedisch, sociaal, psychologisch, pedagogisch of artistiek karakter, zoals het diploma van gegradueerde verpleegkundige, kinesi- of ergotherapie, maatschappelijk assistent, assistent in de psychologie, lichamelijke opvoeding, of een diploma van opvoeder, onderwijzer of regent.</p>
Dienst neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling van volwassen patiënten <a href="#">KB 1964-10-23</a>	Om de medische-psycho-sociale equipe te vervolledigen moeten een licentiaat in de psychologie en .../... voorzien worden per 60 zieken.	De geneeskundige equipe wordt geleid door een geneesheer-specialist in de neuro-psychiatrie wiens benoeming door de Minister van Volksgezondheid moet worden bekrachtigd. Er moet minstens één neuro-psychiater zijn per 30 zieken. In elk geval dienen minstens twee geneesheren gehecht aan de dienst, waarvan één specialist in neuro-psychiatrie is en de tweede specialist in de neuro-psychiatrie of in inwendige geneeskunde.	Om de medische-psycho-sociale equipe te vervolledigen moeten .../... en een gegradueerde sociale verpleger of een maatschappelijke assistent voorzien worden per 60 zieken.
			<p><b>Het team dat bestendig voor de verpleging en het toezicht moet instaan omvat, per 30 zieken:</b></p> <p>a) voor de dag- en nachtdiensten: 11 personen, waarvan 6 verplegers, bij voorkeur psychiatrische verplegers; van de 5 overige personeelsleden dienen er ten minste 2 in het bezit te zijn van een diploma van verpleger, arbeidstherapeut, opvoeder of psychologisch assistent of van een brevet van verpleger of verpleegassistent; de overige 3 moeten in het bezit zijn van een brevet van gezins- en sanitaire hulp of een opleiding hebben genoten die is aangepast aan de noodwendigheden van de dienst; gedurende de nacht moeten ten minste twee personen, onder wie een verpleger, de wachtdienst verzekeren;  .../...</p>

			<p><b>Om al de modaliteiten van de ten lasteneming te verzekeren, zal het team, per 30 zieken, bovendien aangevuld worden met:</b></p> <p>a) 4 personen voor de dag- en nachtdiensten;  b) 6 personen voor de dagdiensten;  c) 3 personen voor de nachtdiensten.</p> <p>Deze personeelsleden zullen in het bezit zijn van een <b>licentiaatsdiploma of van een diploma van hoger niet universitair onderwijs</b> met een paramedisch, <b>sociaal, pedagogisch</b> of artistiek karakter, zoals <b>psychologie, criminologie</b>, lichamelijke opvoeding, kinesi- of ergotherapie of een diploma van <b>opvoeder, onderwijzer of regent</b>.</p>
<p>Zorgprogramma voor de geriatrische patiënt  <a href="#">KB 2007-03-07</a>  (datum in werkingtreding nog niet voor alles vastgelegd)</p> <p><a href="#">KB 1964-10-23</a></p>	<p>Art. 12. Het zorgprogramma beschikt over een pluridisciplinair geriatrisch team. Dit team is minstens samengesteld uit personen met de volgende kwalificaties: .../...  8° <b>licentiaat/master in de psychologie</b>.</p> <p>Art. 18. Het pluridisciplinair geriatrisch team van de interne liaison is samengesteld uit personen met kwalificaties vermeld in artikel 12, punt 2, 5, 6, 7 en 8, met dien verstande dat dit team minstens uit 4 voltijdse equivalenten bestaat en dat het aantal afhangt van het jaarlijks in het ziekenhuis opgenomen aantal theoretische patiënten.</p>		<p>Art. 12. Het zorgprogramma beschikt over een pluridisciplinair geriatrisch team. Dit team is minstens samengesteld uit personen met de volgende kwalificaties: .../...  3° <b>sociaal assistent</b> of gegradueerde/bachelor in de verpleegkunde, optie <b>sociale verpleegkunde</b>;  5° gegradueerde/bachelor in de <b>ergotherapie</b>;  6° gegradueerde/bachelor in de <b>logopedie</b> of licentiaat/master in de logopedie;</p> <p>Art. 18. Het pluridisciplinair geriatrisch team van de interne liaison is samengesteld uit personen met kwalificaties vermeld in artikel 12, punt 2, 5, 6, 7 en 8, met dien verstande dat dit team minstens uit 4 voltijdse equivalenten bestaat en dat het aantal afhangt van het jaarlijks in het ziekenhuis opgenomen aantal theoretische patiënten.</p> <p>In KB 1964-10-23:  - In subrubriek « III. Organisatorische normen » van de rubriek «Bijzondere normen voor de dienst Geriatrie ». De dienst beschikt minstens over... per 24 erkende bedden .../... 5° 1,33 voltijdse equivalenten personeelsleden met als kwalificatie gegradueerde/bachelor in de <b>ergotherapie</b>, gegradueerde/bachelor in de <b>logopedie</b>, licentiaat/master in de logopedie of <b>licentiaat/master in de psychologie</b>  - Tevens moet de dienst <b>kunnen beroep doen op</b> de medewerking van diëtisten, <b>maatschappelijke werkers en gegradueerde sociale verpleegkundigen</b> waarvan het aantal functie is van het aantal bedden van de dienst.</p>

Sp-dienst voor patiënten met psychogeriatrische aandoeningen <a href="#">KB 1964-10-23</a>	Per 90 bedden en, in evenredigheid, wanneer de dienst minder bedden telt, moet de dienst beschikken over een <b>voltijds equivalent psycholoog</b> en .../...	De geneesheren-specialisten in de inwendige geneeskunde en in de geriatrie, in de <b>neuropsychiatrie</b> , in de <b>psychiatrie</b> of in de neurologie, worden geacht te beschikken over de specifieke bekwaamheid bedoeld in punt III, 1. Wanneer de met de medische organisatie van de dienst belaste arts niet over de vereiste somatische of psychiatrische bekwaamheid beschikt, moet hij, indien nodig, te allen tijde een <b>beroep kunnen doen</b> op artsen die wel die bekwaamheid hebben.	Per 90 bedden en, in evenredigheid, wanneer de dienst minder bedden telt, moet de dienst beschikken over .../... en over een voltijds equivalent <b>maatschappelijk assistent of verpleegkundige houder van de bijzondere beroepstitel van gegradueerde verpleger of gegradueerde verpleegster in de sociale gezondheidszorg</b>
Sp-dienst voor palliatieve verzorging <a href="#">KB 1997-07-15</a>	De dienst <b>moet beroep kunnen doen</b> op een kinesitherapeut, <b>maatschappelijk werker</b> , levensbeschouwelijk begeleider en op consultants waaronder een <b>psycholoog</b> en een <b>geneesheer-specialist in de psychiatrie of de neuro-psychiatrie</b> .		
Sp-dienst voor neurologische aandoeningen, locomotorische aandoeningen, chronische aandoeningen <a href="#">KB 1964-11-07</a>	Er moet <b>een beroep kunnen worden gedaan op een psycholoog</b> .		
Zorgprogramma « reproductieve geneeskunde » A <a href="#">KB 1999-02-15</a>			met de medewerking van daartoe <b>gekwalificeerde hulpverleners instaan voor de nodige psychologische, sociale, juridische en morele begeleiding van de patiënten</b> teneinde hen in staat te stellen de verkregen informatie te verwerken en de daaruit voortvloeiende problemen op te vangen
Zorgprogramma's « cardiale » pathologie T en C <a href="#">KB 2004-07-15</a>		De medische equipe moet een beroep kunnen doen op de ondersteuning door verpleegkundigen, <b>sociaal verpleegkundigen</b> en <b>psychiaters</b> met bijzondere interesse en bekwaamheid in de begeleiding van de	
Cardiologische revalidatie <a href="#">KB 1991-01-10</a>	De verstrekkingen 771201, 771212 - 771223 zijn slechts vergoedbaar wanneer ze verricht worden in een dienst voor cardiale revalidatie waaraan minimaal verbonden		De verstrekkingen 771201, 771212 - 771223 zijn slechts vergoedbaar wanneer ze verricht worden in een dienst voor cardiale revalidatie waaraan minimaal verbonden zijn: een geneesheer tegelijk erkend als geneesheer specialist in de cardiologische revalidatie en als geneesheer specialist, ofwel in de cardiologie, ofwel in de interne geneeskunde, ofwel in de pediatrie, ofwel in de fysische geneeskunde,

	<p>zijn: een geneesheer .../..., en tevens een kinesitherapeut en een psycholoog en een sociaal assistent. .../... Deze personen moeten ten belope van minstens een halftijdse betrekking effectief aan de dienst verbonden zijn.</p>		<p>en tevens een kinesitherapeut en een psycholoog en een sociaal assistent. In geval de geneesheer een specialist is in de fysische geneeskunde, moet daarenboven aan de dienst een geneesheer specialist in de cardiologie, in de inwendige geneeskunde of in de pediatrie verbonden zijn. Deze personen moeten ten belope van minstens een halftijdse betrekking effectief aan de dienst verbonden zijn.</p>
<p>Fysische geneeskunde en revalidatie <a href="#">KB 2004-06-22</a></p>	<p>- De vergoeding van de verstrekkingen 558434-558445, 558456 - 558460, 558810 - 558821, 558832 - 558843 en 558972 - is slechts toegestaan voor de revalidatiebehandelingen uitgevoerd onder coördinatie van een geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie in een dienst fysische geneeskunde geïntegreerd in een erkend ziekenhuis, waar naast de geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie tenminste de disciplines kinesitherapie en ergotherapie voltijds aanwezig zijn. De dienst kan daarenboven binnen de instelling beroep doen op de functies logopedie en klinische psychologie. - Ambulante pluridisciplinaire revalidatie voor wervelzuilandoeningen .../... Deze dienst moet beschikken over een equipe waarvan minstens de disciplines ergotherapie, kinesitherapie en psychologie deel uitmaken. .../...</p>		

Behandelingseenheden voor brandwonden <a href="#">KB 2007-03-19</a>	De medische dienst beschikt over een eigen specifiek verpleegkundig team dat, hoofdverpleegkundige inbegrepen, bestaat uit drie voltijds equivalenten verpleegkunde per bed, waarvan minimum de helft houder is van de bijzondere beroepstitel van gegradueerde verpleger of gegradueerde verpleegster in intensieve zorg en spoedgevallenzorg. Dit team wordt aangevuld met drie voltijds equivalenten kinesitherapeut, <b>psycholoog</b> en/of ergotherapeut, waaronder minstens één voltijds equivalent kinesitherapeut en <b>één voltijds equivalent psycholoog</b> . Binnen dit team wordt een coördinator aangeduid.		
Pilootprojecten patiënten in persisterende neurovegetatieve status of in minimum responsieve status <a href="#">KB 2002-04-25</a>	De ziekenhuizen die aan dit project deelnemen moeten beantwoorden aan volgende voorwaarden: .../... 2. aantonen dat een multidisciplinair team dat zowel kwalitatief als kwantitatief voldoet, onmiddellijk beschikbaar kan zijn voor de doelgroep (kinesitherapeut, ergotherapeut, logopedist, diëtist, <b>psycholoog</b> , maatschappelijk assistent, sociaal verpleegkundige);		De ziekenhuizen die aan dit project deelnemen moeten beantwoorden aan volgende voorwaarden: .../... 2. aantonen dat een multidisciplinair team dat zowel kwalitatief als kwantitatief voldoet, onmiddellijk beschikbaar kan zijn voor de doelgroep (kinesitherapeut, ergotherapeut, logopedist, diëtist, <b>psycholoog</b> , <b>maatschappelijk assistent</b> , <b>sociaal verpleegkundige</b> );
Multidisciplinaire referentiecentra voor chronische pijn <a href="#">RIZIV</a>	Daarnaast moet het team ook een aantal teamleden omvatten die geen geneesheer zijn, met	Het medisch team moet minstens bestaan uit: - een geneesheer-specialist in	Daarnaast moet het team ook een aantal teamleden omvatten die geen geneesheer zijn, met een gezamenlijke werktijd van 4,75 voltijdsen, waaronder:

	<p>een gezamenlijke werktijd van 4,75 voltijdsen, waaronder:</p> <p>- licentiaten in de psychologie: minimum 1 voltijds equivalent (VTE), maximum 2 VTE ../...</p>	<p>de anesthesiologie</p> <p>- een geneesheer-specialist in de revalidatiegeneeskunde</p> <p>- een geneesheer-specialist in de neurochirurgie of in de neurologie</p> <p>- een geneesheer-specialist in de psychiatrie.</p>	<p>../..</p> <p>- sociaal assistenten: minimum 0,25 VTE, maximum 1,5 VTE</p>
<p>Intercultureel bemiddelaar</p> <p><a href="#">KB 2005-07-11</a></p>			<p>De functie van intercultureel bemiddelaar kan worden vervuld door een persoon die aan de volgende voorwaarden beantwoordt:</p> <p>a) of houder zijn van een universitair diploma of van een diploma van het hoger onderwijs van het lange type in een van de volgende vakgebieden: geneeskunde, een paramedische discipline, psychologie, antropologie, filologie, sociologie, tolk- en vertaalwetenschappen.</p> <p>Bovendien moet hij een theoretische opleiding gevolgd hebben in het domein van de interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg of een begeleide beroepservaring van minimaal 2 jaar kunnen bewijzen in hetzelfde domein, ..../...</p>
<p>Tabaksontwenning bij zwangere vrouwen en hun partner</p> <p><a href="#">KB 2005-09-17</a></p>	<p>Worden in de zin van dit besluit als tabacologen erkend, de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen, bedoeld in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en de licentiaten in de psychologie die de eindproeven hebben afgelegd van een opleiding die is ingericht door specifieke centra die zijn erkend door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, volgens de voorwaarden die hij vaststelt</p>		



**6.2. Advies van de NRZV betreffende de liaisonpsychiatrie in het algemeen ziekenhuis**

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,  
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU.

BRUSSEL, 16/05/2002

---

Bestuur van de Gezondheidszorgen

---

Bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid.

---

NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN.

---

Afdeling "Programmatie en Erkenning".

---

O/Ref. : NRZV/D/PSY/206-1 (\*)

**AANVULLEND ADVIES M.B.T. DE  
LIAISONPSYCHIATRIE IN HET ALGEMEEN  
ZIEKENHUIS**

DE VOORZITTER,

*getekend*

Prof. Dr. J. PEERS

(\*) Dit advies werd bekrachtigd op de speciaal Bureauvergadering dd. 16 mei 2002

## 1. Situering van dit advies

Dit advies werd op 6 maart 2002 voorbereid in de ad hoc werkgroep liaisonpsychiatrie ondervoorzitterschap van Prof.Dr. I. Pelc en werd op 19.april 2002 goedgekeurd door de plenaire vergadering van de permanente werkgroep van de NRZV. Dit advies behandelt één deel van de opdracht die vervat zit in de brief dd. 15-01-02 van de ministers Aelvoet en Vandenbroucke en waarbij de dringende vraag gesteld wordt naar “de operationalisering van de psychologische functie in het ziekenhuis en in het bijzonder van de liaisonpsychiatrie in het algemeen ziekenhuis”.

Rekening houdend met het korte tijdsbestek waarbinnen de adviezen dienen gegeven te worden werd door de permanente werkgroep psychiatrie gekozen om beide vragen afzonderlijk te behandelen. In een later nog te formuleren advies zal ingegaan worden op de vraag naar de inhoud en de positionering van de psychologische functie in het ziekenhuis. Nu wordt bij prioriteit een aanvullend advies gegeven ter operationalisering van het eerder door de permanente werkgroep psychiatrie uitgebracht advies over de liaisonpsychiatrie. ( in bijlage 1)

Dit “basisadvies” van de permanente werkgroep psychiatrie over de liaisonpsychiatrie werd reeds op 11/6/1998 besproken in de vergadering van de NRZV, afdeling programmatie en erkenningen en werd in essentie positief geadviseerd. Bijkomende vragen die tijdens deze vergadering werden geformuleerd hadden betrekking op:

- een meer uitgewerkt voorstel van operationalisering
- een aangepaste wijze van financiering (o.a. van proefopstellingen)

## 2. Uitgangspunten

Dit voorstel concretiseert de basisprincipes vervat in het in bijlage 1 opgenomen advies dd. 11/06/1998 zoals:

- het opzet tot integratie van de liaisonpsychiatrie in de somatische zorgprogramma's in het algemeen ziekenhuis (zowel voor geplande als voor dringende hospitalisatie).
- het noodzakelijke functioneel samenwerkingsverband tussen algemeen ziekenhuis enerzijds de GGZ actoren (PAAZ-PZ-CGG) anderzijds.
- het interdisciplinair karakter van de opdracht en de samenstelling van de equipe die hiervoor vereist is.
- de noodzaak om de liaisonopdracht te richten op zowel de patiënt en zijn context, als de advisering aan de bij de zorg betrokken hulpverleners en professionelen.
- de noodzaak om de opdracht van de liaisonpsychiatrie eveneens te ontwikkelen naar specifieke multidisciplinaire poliklinische consultaties gericht op somatische problemen met psychiatrische componenten.
- de noodzaak om de liaisonopdracht te richten op zowel het opstellen van een plan voor vervolgzorg en het daartoe motiveren van de patiënt evenals de ondersteuning van de behandelende huisarts.

Inzake doelgroep en opdracht van de liaisonpsychiatrie wordt uitgegaan van de beschrijving zoals geformuleerd in de punten 3.1, 3.2 en 3.3 van het advies dd. 11/6/1998. De liaisonpsychiatrie is geen op zich staand zorgaanbod maar is steeds een schakel van het zorgprogramma van zowel de doelgroep volwassenen, ouderen, als van de doelgroep jeugd. Het hierna geformuleerde voorstel tot concretisering viseert in eerste instantie de doelgroep volwassenen (met een mogelijke overstap naar de doelgroep ouderen). Ingaand op de vraag van de ministers Aelvoet en Vandenbroucke naar een advies over de inhoud van het beleidszorgprogramma voor de doelgroep jeugd, zal in dat advies een specifieke invulling gegeven worden aan de liaisonopdrachten die voor deze doelgroep moeten voorzien worden (o.a. naar de E-diensten en de centra voor pre- en/ of perinatale zorg).

### 3. Voorstel van operationalisering en financiering van de liaisonpsychiatrie in het algemeen ziekenhuis

Voorgesteld wordt om de opdrachten inzake liaisonpsychiatrie te operationaliseren via proefopstellingen. Op basis van deze proefopstellingen kunnen de passende conclusies getrokken worden voor veralgemening. Voorgesteld wordt om een 12 tal proefopstellingen te voorzien die gedurende een vooraf vastgestelde termijn van twee jaar (maximaal verlengbaar met één jaar) volgende uitgangspunten voor concretisering en financiering op hun bruikbaarheid en haalbaarheid dienen uit te testen:

- Een succesfactor voor de realisatie van de opdracht liaisonpsychiatrie in het algemeen ziekenhuis is de mate waarin deze opdracht tegelijk een volwaardige inbedding krijgt in de dagdagelijkse werking van het algemeen ziekenhuis en tegelijk de mate waarin de brug kan gelegd worden tussen de zorg binnen dit algemeen ziekenhuis en de bredere hulpverlening van de geestelijke gezondheidszorg buiten het algemeen ziekenhuis... Daarom wordt voorgesteld om in de operationele uitwerking van de liaisonpsychiatrie rekening te houden met de noodzaak om beide componenten van de werking van de liaisonopdracht tot hun recht te laten komen.
- De realisatie van de opdracht liaisonpsychiatrie moet verplichtend uitgaan van een functioneel samenwerkingsverband dat door het betrokken algemeen ziekenhuis wordt gemaakt en dat dient te bestaan uit tenminste één of meerdere algemene ziekenhuizen waarvan minstens één algemeen ziekenhuis met een psychiatrische ziekenhuisdienst (A bedden), tenminste één psychiatrisch ziekenhuis en tenminste één centrum voor geestelijke gezondheidszorg.
- De algemene ziekenhuizen die aldus het hoger vermeld functioneel samenwerkingsverband tot stand brengen dienen met de federale ministers bevoegd voor de Volksgezondheid en het vaststellen van budget van financiële middelen een specifieke overeenkomst te sluiten m.b.t. de proefopstelling en de realisatie van de liaisonopdrachten.
- De ondertekenaars van de hierboven vermelde overeenkomst dienen in consensus afspraken te maken over de regie, de samenstelling van de personeelsequipe, de middelentoewijzing en de praktische organisatie van de te realiseren liaisonopdracht.
- De patiënten waarvoor de liaisonopdracht wordt opgenomen blijven onder de medische verantwoordelijkheid van hun behandelend geneesheer van de somatische hospitalisatie dienst. De aanvraag voor de tussenkomst van de liaisonequipe moet bovendien uitgaan van deze behandelend geneesheer.
- De liaisonopdrachten zullen opgenomen worden door een multidisciplinaire equipe die om haar opdrachten met succes te kunnen realiseren op een volwaardige wijze moet geïntegreerd worden binnen de dagdagelijkse patiëntenzorg van de betreffende algemene ziekenhuizen. Concreet betekent dit dat de leiding en de organisatie van de werking van deze multidisciplinaire equipe wordt uitgeoefend door het algemeen ziekenhuis, dat de leiding van de medische aspecten van de liaisonopdracht wordt uitgeoefend door een geneesheer psychiater verbonden aan het algemeen ziekenhuis en dat een substantieel deel van deze multidisciplinaire personeelsequipe tewerkgesteld wordt door het desbetreffende algemeen ziekenhuis.
- De multidisciplinaire equipe die vanuit dit functioneel samenwerkingsverband (PZ-PAAZ-CGG) de liaisonpsychiatrie in de algemene ziekenhuizen dient op te nemen

omvat enerzijds geneesheren psychiaters en anderzijds andere personeelsleden met een opleiding als klinisch psycholoog, sociaal werker, psychiatrisch verpleegkundige...

- Voorgesteld wordt om de kosten voor niet-medische personeelsleden van de multidisciplinaire equipe evenals de werkingskosten van de globale equipe te financieren via de verpleegdagprijs (deel B 4) van de algemene ziekenhuizen die de overeenkomst hebben afgesloten met de bevoegde federale ministers.
- De totale niet-medische personeelsequipe voor de liaisonpsychiatrie die tijdens de proefopstelling additioneel dient gefinancierd te worden, kan berekend worden op basis van een pro rata van 1,5 personeelsequivalent per 200 acute ziekenhuisbedden of plaatsen ( met uitsluiting van de bedden A, T, K, en E). Voor de financiering van dit personeelskader zal rekening gehouden worden met de reële loonlasten van de personeelsleden die aan de multidisciplinaire equipe worden toegewezen evenals de datum van hun effectieve toetreding tot de werking van deze liaisonequipe.
- Voor samenstelling van de personeelsequipe voor de liaisonpsychiatrie zal een beroep worden gedaan op de voor deze opdracht meest geschikte personeelsleden uit de diverse voorzieningen betrokken bij de functionele samenwerking. Het is noodzakelijk dat dit personeel benevens zijn klinische ervaring ook een tewerkstelling heeft in hetzij een algemeen ziekenhuis, hetzij een psychiatrisch ziekenhuis, hetzij een centrum voor geestelijke gezondheidszorg. De doelstelling is dat tijdens de proefopstelling enerzijds de helft van de personeelsequipe aangesteld en gedetacheerd zal worden vanuit de algemene ziekenhuizen die aan de functionele samenwerking participeren en dat anderzijds de andere helft van dit personeelskader aangesteld en gedetacheerd zal worden, elk voor de helft, vanuit de psychiatrische ziekenhuizen en de centra voor geestelijke gezondheidszorg die participeren aan het bedoelde functioneel samenwerkingsverband. De personeelsleden, die vanuit de psychiatrische ziekenhuizen en de CGG naar de multidisciplinaire liaison equipe worden gedetacheerd, dienen in deze GGZ voorzieningen deeltijds te blijven werken.
- Voor de invulling van de medische component van de directe patiëntenzorg van de liaisonopdracht wordt beroep gedaan op geneesheren psychiaters verbonden aan PAAZ, psychiatrische ziekenhuizen en centra voor geestelijke gezondheidszorg. Voor de vergoeding van de directe patiëntenzorgactiviteiten van de geneesheren psychiaters die participeren aan de realisatie van de globale liaisonopdracht wordt voorgesteld een specifieke RIZIV nomenclatuur code te voorzien ( cfr. De voorstellen tot herwaardering van het liaisonhonorarium zoals reeds uitgewerkt en goedgekeurd op het RIZIV door de technisch-geneeskundige raad van de medico-mut).
- Deze nomenclatuurcode zou evenwel enkel mogen gebruikt worden voor medische liaisonprestaties die verricht worden in het kader van door de overheid erkende en daartoe met de minister geconventioneerde functionele samenwerkingen voor liaisonpsychiatrie.

Bij deze proefopstellingen dienen volgende aspecten van de liaisonopdracht concreet uitgetoetst, gerapporteerd en geëvalueerd te worden:

- de integratie van de liaisonopdracht binnen de globale cultuur van het algemene ziekenhuis ( informatie over dit aanbod in de bv. patiënteninformatie, ...)
- de samenwerking met de somatische disciplines en de mate waarin er gezamenlijke behandelingsstrategieën worden opgesteld met de liaisonequipe

- de mate waarin er systematische schriftelijke rapportering wordt opgenomen van de liaison activiteiten in het patiëntendossier
- de systematische psychiatrische screening bij patiënten die een suïcidepoging hebben ondernomen
- het beroep dat gedaan wordt in het algemeen ziekenhuis op consultants uit psychiatrische ziekenhuizen en centra geestelijke gezondheidszorg evenals de mate waarin voor de vervolgzorg naar deze GGZ voorzieningen verwezen wordt
- de organisatie van teaching, coaching en advies m.b.t. liaisonpsychiatrie aan personeelsleden van de somatische afdelingen
- de samenwerking tussen de liaisonequipe en de dienst voor patiëntenbegeleiding, sociale dienst, ...

#### **4. Liaisonopdrachten naar de geestelijke gezondheidszorg vanuit de somatische zorg**

In de marge van dit advies wordt de aandacht gevestigd op het feit dat er niet alleen nood is aan een liaisonopdracht inzake psychiatrische zorg ten aanzien van somatische ziekenhuisdiensten, maar dat er evenzeer nood is aan een liaisonopdracht inzake somatische zorg ten aanzien van patiënten opgenomen in de psychiatrische ziekenhuisdiensten...

Op dit ogenblik stellen er zich in de psychiatrische ziekenhuisdiensten problemen inzake toegankelijkheid en financiering van somatische zorg in het algemeen - inclusief de medisch-technische aspecten ervan- naast de gespecialiseerde somatische zorg.

#### **Bijlage:**

- *Ontwerp van advies m.b.t. liaisonpsychiatrie*
- *Verslag van de plenaire vergadering van de afdeling 'programmatie en erkenning' van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) dd. 11 juni 1998*

### **NRVZ- permanente wekgroep "Psychiatrie" ONTWERP VAN ADVIES mbt. LIAISONPSYCHIATRIE**

#### **Behoeftemeting**

De nationale en internationale literatuur en de beschikbare cijfergegevens tonen aan dat de problemen van geestelijke gezondheid, gerelateerd aan de medische pathologieën (co-morbiditeit – patiënten die gehospitaliseerd zijn in een gespecialiseerd nietpsychiatrisch milieu), 20 à 30 procent bedragen. Het gaat hier bijvoorbeeld om stemmingsstoornissen van talrijke chronische medische aandoeningen (endocriene, reumatische, vasculaire aandoeningen) gedrags- en mentale stoornissen (degeneratieve neurologische ziektes, ouder worden, aandoeningen aan de hersenen) post-traumatische stress (trauma's ten gevolge van ongeval, geweld...) of stress gerelateerd aan interventies (amputaties, chemotherapiebehandelingen, ...) die psychosociale etiologie hebben, maar die regelmatig een hospitalisatie vereisen voor somatische complicaties zoals alcoholisme, verslavingen, of gerelateerd aan psychosomatische pathologieën van patiënten die opgenomen

worden in het algemeen ziekenhuis. Dit geldt zowel voor de zieke volwassene als voor het kind, de adolescent of de bejaarde. Deze problemen van 'medico-psychiatrische comorbiditeit' verhogen de moeilijkheidsgraad van het werk van de medische equipe en brengen bijkomende kosten mee door o.a. de langere verblijfsduur en door veelvuldige heropnames. Deze problemen van comorbiditeit kunnen ondervangen worden door een equipe van liaisonpsychiatrie, complementair aan de interventie van de medisch-chirurgische equipe. Dit past in een bio-psych-sociale benadering van de geneeskunde (cfr. Belgian Association for the Development and the Study of Liaison Psychiatry and Psychological Medicine, I. Pelc, 1988).

Een evaluatie die onlangs in België gedaan werd met behulp van de gegevens van de MKG (Minimale Klinische Gegevens) toont aan dat deze problemen op zijn minst 12% uitmaken, op basis van psychiatrische diagnoses (niet door psychiatrische specialisten, maar door de medisch-chirurgische diensten zelf) en dus duidelijke en zware psychiatrische stoornissen aantonen. Het is dus onontbeerlijk in het 'nieuw algemeen ziekenhuisconcept' de functie van liaisonpsychiatrie te overwegen en er de opdrachten van te definiëren.

### **Basisprincipes voor het voorstel voor liaisonpsychiatrie**

Bij de huidige stand van zaken wordt de interventie van een psychiatrisch advies een eerste keer gefinancierd wanneer een patiënt opgenomen wordt (RIZIV-code: 59946 ofwel 629 BEF). De ervaring leert dat deze financiering onvoldoende is, voor het bekostigen van zulke intensieve behandeling (vooral bij herhaalde behandelingen tijdens de eerste hospitalisatiedagen), in overeenstemming met de taken en medische balans van de verzorgende equipe. Zo moet een patiënt(e) die een zelfmoordpoging ondernomen heeft en nu in de dienst intensieve zorgen verblijft, bij het bewust worden onderzocht, ondersteund en opgevolgd worden. Dit proces van ondersteuning dient zich te richten op de patiënt en zijn omgeving en zal resulteren in herhaaldelijke interventies tijdens de eerste dagen, indien men wil vermijden dat de patiënt het ziekenhuis verlaat in een labiele psychologische toestand (met het risico dat de patiënt op korte termijn hervalt). Deze benadering van de liaisonequipe moet tevens toelaten om de patiënt nadien te verwijzen naar die hulpverlening in de GGZ die voor hem het meest aangewezen is.

Zelfs de algemene ziekenhuizen die beschikken over een psychiatrische dienst kunnen deze functie van liaisonpsychiatrie niet opnemen voor het gehele ziekenhuis. Indien de psychiatrische dienst van het algemeen ziekenhuis de ontwikkeling van liaisonpsychiatrie kan stimuleren, vergemakkelijken en ondersteunen, dan moet vastgesteld worden dat het personeel en de werkmiddelen waarover de PAAZ beschikt, prioritair aangewend moeten worden voor de zorg en behandeling van de patiënten die in de psychiatrische dienst van het algemeen ziekenhuis gehospitaliseerd zijn.

Des te meer kunnen de ziekenhuizen zonder psychiatrische ziekenhuisdienst de opdracht van liaisonpsychiatrie helemaal niet verwezenlijken. Daarentegen is de ontwikkeling van de liaisonpsychiatrie in elk ziekenhuis onontbeerlijk. Daarom werd voorgesteld dat elk ziekenhuis een beroep zou kunnen doen op de tussenkomst van een equipe voor liaisonpsychiatrie, samengesteld naargelang het geval en de plaatselijke behoeften uit een aantal FTE's (full time equivalenten), die verdeeld worden over het medisch psychiatrisch personeel, psychologen, psychiatrisch verpleegkundigen, sociaal werkers, ... De prestaties van deze equipe zouden in het kader van een overeenkomst toegeleverd worden aan het algemeen ziekenhuis. Deze functie van 'liaisonpsychiatrie' zou opgericht moeten worden in het kader van een 'associatie', bestaande uit een psychiatrisch ziekenhuis, een psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis of een algemeen ziekenhuis met een liaisonfunctie, en een geestelijk gezondheidszorgcentrum. Deze associatie zou zijn diensten aanbieden aan het algemeen ziekenhuis en er, naargelang het geval en de behoeften, het meest aangewezen personeel voor detacheren. Dit zou toelaten om te beantwoorden aan de diversiteit van de behoeften in elk specifiek geval. Deze equipe zou moeten kunnen tussenkomen als liaisonpsychiatrie voor gehospitaliseerde patiënten en voor urgente patiënten van het algemeen ziekenhuis, dit in samenspraak met de urgentiecrisiscentra voor psychiatrische gevallen. De equipe voor liaisonpsychiatrie kan ook ingeroepen worden voor patiënten die op consultatie komen in het ziekenhuis (bv. in het kader van multidisciplinaire raadpleging). De equipe voor liaisonpsychiatrie heeft niet alleen een ondersteunende opdracht ten aanzien van patiënten, maar ook ten aanzien van de

hulpverleners en, indien door hem gewenst, ook ten aanzien van de behandelende huisarts die de patiënt begeleidt voor, tijdens of na de hospitalisatie.

### **Concretisering van het voorstel voor de liaisonpsychiatrie**

Binnen de permanente werkgroep 'psychiatrie' van de NRZV werd een ad hoc werkgroep opgericht met als opdracht de psychiatrische activiteiten in het ziekenhuis conform het advies van de NRZV dd. 12/7/97 te integreren in het nieuwe concept voor de GGZ. In die optiek wordt hierna een meer concrete beschrijving gegeven van de liaisonopdracht die t.a.v. de somatische ziekenhuisdiensten opgenomen moet worden.

#### De doelgroep

Binnen de somatische algemene ziekenhuisdiensten kunnen volgende subdoelgroepen onderscheiden worden.

1. Patiënten met somatische klachten die een onderdeel zijn van een psychiatrische aandoening (bv. paniekstoornissen) en die zich aanmelden bij de somatische hulpverlening.
2. Patiënten met somatische diagnose waarbij een belangrijk aspect psychosomatiek, o.a. colitis ulcerosa, chronisch vermoeidheidssyndroom, astma, ...
3. Patiënten met een psychiatrische aandoening (bv. alcoholisme) en die omwille van de somatische complicaties van deze aandoening (bv. cirrose) een beroep doen op of verwezen zijn naar gespecialiseerde somatische zorg in het algemeen ziekenhuis.
4. Patiënten met een somatische diagnose en/of ingreep met daaruit voortvloeiend belangrijke psychosociale en/of GGZ-problemen, bv. brandwonden, oncologie, traumatologie.
5. Psychiatrische patiënten die voor een somatische diagnosestelling, behandeling of ingreep die niet gerelateerd is aan de psychiatrische problematiek (bv. infarct, oncologie, ...) verwezen worden naar of opgenomen worden in een algemene ziekenhuisdienst. In principe hebben deze psychiatrische patiënten reeds een hulpverlening voor hun GGZ-probleem en moet ervoor gezorgd worden dat de continuïteit van deze zorg niet verloren gaat tijdens de opname in het algemeen ziekenhuis.
6. Crisisinterventies, ernstige gedragsstoornissen, geassocieerd met medische problematiek in algemene ziekenhuisdiensten en in de spoedgevallendiensten en spoedgevallenfuncties.

We vermelden voor alle duidelijkheid dat het geenszins in de bedoeling ligt van de liaisonpsychiatrie een parallel aanbod te voorzien voor opdrachten die opgenomen moeten worden door psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen of door psychiatrische ziekenhuizen. De uitbouw van de liaisonopdracht via een equipe, via liaisonfunctie die ten dienste wordt gesteld van het geheel van de somatische hospitalisatiediensten, moet vermijden dat er in die diensten oneigenlijke eenheden van psychiatrische zorgverlening worden geïnstalleerd.

Rekening houdend met het feit dat de realisatie van de liaisonfunctie expliciet gekoppeld wordt aan een associatief concept van functionele samenwerking tussen psychiatrische ziekenhuizen, centra voor geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuizen met liaisonfunctie of met de psychiatrische afdeling van algemene ziekenhuizen;

Rekening houdend met het feit dat in deze functionele samenwerking voor de PAAZ (als primus inter pares) een belangrijke gangmakersrol is weggelegd;

Rekening houdend met het feit dat via de multidisciplinaire liaisonequipe het mogelijk zal zijn om de patiënt en zijn familie in contact te brengen met diverse hulpverleningsinstanties uit de GGZ;

mag verwacht worden dat patiënten op somatische afdelingen van het algemeen ziekenhuis sneller en adequater verwezen zullen worden naar de GGZ-hulpverlening die voor hen het meest aangewezen is.

Op die wijze wordt gestalte gegeven aan een van de opties van het advies van de NRZV inzake de toekomstige inhoud en organisatie van de GGZ (12/6/97), waarin ervoor gepleit wordt om aanspeelpunten in de zorg in relatie te brengen met zgn. kristallisatiepunten in de GGZ. Dit alles moet ertoe leiden dat de efficiëntie en de kwaliteit van de GGZ voor deze groep patiënten gevoelig verbeterd worden.

## De opdracht

De liaisonopdracht is een opdracht t.a.v.:

### a) De zorgverleners

Een belangrijke opdracht van de liaison moet gericht worden op de zorgverleners, artsen, verpleegkundigen, paramedici, ... binnen de somatische ziekenhuisdiensten. Het betreft hier een teachingfunctie, een sensibilisering, ook in een bed-side-benadering van de GGZ-aspecten van de patiënten. Deze opdracht kan individueel of groepsgericht zijn en moet ook tot doel hebben deze zorgverleners beter in staat te stellen om GGZproblemen te onderkennen en er binnen hun taakopdracht gevolg aan te geven (dus niet in de plaats treden). De opdracht is dus complementair en ondersteunend en moet deze zorgverleners beter in staat stellen om zelf in te spelen op de detectie en eerste hulpverlening t.a.v. de GGZ- en psychosociale problemen van hun patiënten. Bovendien zal men waakzaam moeten zijn voor effecten van onterechte psychiatrisering. De ondersteuning van de professionele hulpverleners kan ook, voor zover deze dit wenst, gericht zijn op de huisarts van de opgenomen patiënten (o.a. m.b.t. verwijzing, opvang in thuissituatie, opvolging en vermijden van herval en/of heropname, ...).

### b) De patiënten

De hier bedoelde liaisonopdracht viseert directe observatie, hulpverlening en/of doorverwijzing aan opgenomen patiënten in de vorm van:

- ' eenmalig of kortstondig consult', bv. voor observatie, indicatiestelling, diagnosestelling, interventie en/of doorverwijzing.
- een tenlasteneming en begeleiding van de liaisonproblematiek.
- interventies op spoedgevallendiensten en spoedgevallen-functies gericht op dringende hulpverlening, eerste oorlopige diagnose en doorverwijzing van patiënten.

Deze opdrachten kunnen unidisciplinair en/of multidisciplinair zijn en zullen in vele gevallen ook gericht moeten worden op de 'omgevingspersonen' van de patiënten.

Rekening houdend met de sterk uiteenlopende en specifieke situaties van waaruit men een beroep zal doen op de liaisonequipe is het wenselijk dat de equipeleden over een bijzondere kennis en kunde beschikken voor de liaisonpsychiatrie en zich hierin bijscholen. Een geëigend bijscholingsaanbod moet voorzien worden.

## Door wie en hoe wordt de liaisonopdracht opgenomen

De liaisonopdracht is een module van de GGZ die onderscheiden en complementair is aan het actuele somatische aanbod en aan het PAAZ-aanbod. Deze opdracht moet opgenomen worden binnen het kader van een 'conventie' die onderschreven wordt door enerzijds één of meerdere algemene ziekenhuizen en anderzijds een functionele samenwerking die wordt toegeleverd door ten minste 1 CGGZ, 1 psychiatrisch ziekenhuis en een algemeen ziekenhuis met PAAZ of een algemeen ziekenhuis met een liaisonfunctie. Deze module 'liaisonopdracht' wordt door de GGZ-voorzieningen toegeleverd in het kader van een functionele samenwerking met als juridische structuur een 'associatie'. Bij het uitbouwen van deze associatie is het wenselijk dat initiatiefnemers in het overlegplatform te kennen geven dat zij een initiatief in die zin wensen te nemen en zich open te stellen voor andere geïnteresseerde voorzieningen. De financiering resulteert in extra mankracht voor de participerende GGZ-voorzieningen. De 'bemanning' van deze module is multidisciplinair en omvat een contingent van uren voltijds equivalenten die vanuit diverse disciplines ingevuld moeten worden. Gezien de diversiteit van de hulpvragen en gezien de specificiteit van de deskundigheden die gewenst zijn, moet de associatie op een in de tijd en tijdsbesteding wisselende en uitgebreide groep van mensen een beroep kunnen doen. Vooraf zal in de 'conventie' aangegeven moeten worden tot welke opdrachten (aard en intensiteit van de activiteiten) de associatie zich engageert (t.a.v. de zorgverleners en de patiënten) en hoe op een adequate en geïntegreerde wijze uitwerking gegeven zal worden aan de liaisonopdracht. In die zin is het aan te bevelen dat de liaisonequipe een permanente aanwezigheid waarborgt in de ziekenhuizen waarvoor ze de opdracht vervuld.



## Financiering

De financiering wordt in het kader van een globale opdrachtfianciering gesitueerd (cf. ZIV-conventies) en wordt uitbetaald aan de associatie (PZ-PAAZ en CGGZ), die de opdracht in het kader van deze conventie voor één of meerdere algemene ziekenhuizen opneemt. De ziekenhuizen die een beroep doen op de liaisonequipe kunnen geen aanspraak meer maken op het huidige ZIV-honorarium voor liaisonconsult. De financiering van de liaisonopdracht dient gerelateerd en gedifferentieerd te worden aan de omvang van de opgenomen opdracht, door een ponderatie van de diensten of ziekenhuisprogramma's waarvoor de opdracht opgenomen wordt. De liaisonfunctie mag geenszins aanleiding geven tot het verlengen van de hospitalisatieperiode. Integendeel, een snelle en betere detectie van de liaisonproblematiek moet aanleiding geven tot een adequatere aanpak en doorverwijzing en moet dus leiden tot verkorting van de ligduur. De financiële middelen om deze liaisonopdracht te financieren, moeten dan ook gegenereerd worden uit de recuperatie van middelen die vrijkomen uit de daling van de ligdagen en de bedcapaciteit van de algemene ziekenhuizen. Er kan geen directe en geïndividualiseerde binding gemaakt worden met de ligdagenevolutie van de deelnemende algemene ziekenhuizen. Per 1 voltijds equivalent wordt uitgegaan van een gemiddelde loonkost van 2,3 miljoen. Naar multidisciplinaire samenstelling van de equipe wordt per voltijds equivalent uitgegaan van volgende verdeling: 1/3 equivalent geneesheer en 2/3 equivalent psycholoog, verpleegkundige, paramedici, ... Als men uitgaat van 1 voltijds equivalent psychiatrische equipe voor ± 100 acute somatische ziekenhuisbedden betekent dit een totale maximale uitgave van 1,3 miljard of ± 1% van de totale uitgaven van het budget verpleegdagprijs voor de algemene ziekenhuizen.

## Opstart

Deze liaisonopdracht schrijft zich in in het uitbouwen van geïntegreerde zorgcircuits in de GGZ. Rekening houdend met het inhoudelijk, organisatorisch en financieel innovatief karakter van deze liaisonopdracht zou het wenselijk zijn dit voorstel via een aantal 'proefexperimenten' op te zetten vooraleer tot veralgemening overgegaan kan worden.

---

## **PV/79**

### **VERGADERING DD. 11/06/1998**

AANWEZIG: Voorzitter van de Raad: Prof. Dr. J. PEERS

Afdeling "Programmatie en Erkenning":

Voorzitter: BOONEN C.

Ondervoorzitters: BAEYENS J-P., COLLARD M., BECKERS L.

Leden: BLOCKX P., COCHE E., BOUFFIOUX C., HEUSGHEM C., DENEÉ C., COLPAERT L., MAHLER K., DEVOS D., VAN CAMP J., KNAPEN J., MERTES I., HASARD D., MESSENS Y., BURY J.

Waarnemer: LACRES

Administratie: PELFRENE E., GERITS P., HOLSBECK J., VERDONCK T., VERONTSCHULDIGD:

Afdeling "Programmatie en Erkenning":

Ondervoorzitters: YERNAULT J.C.

Leden: VAN REMOORTERE P., VAN DEN OEVER R., DE TOEUF J., DUGAUQUIER A., ENGELBRECHT E., MASSON M., DE BIE M., HEUSCHEN W., SMEETS Y., RONDAL P., RUTSAERT R., VAN HOVE M.

Administratie: DECOSTER C.

Extract uit het verslag van de plenaire vergadering van de afdeling "programmatie en erkenning" van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) dd. 11 juni 1998

### 3. Ontwerp-advies Liaison-psychiatrie

Het ontwerp-advies m.b.t. de liaison-psychiatrie wordt door Prof. Dr. Pelc toegelicht a.d.h.v. de ontwerp-tekst. Benadrukt wordt:

- De frequentie van comorbiditeit tussen somatische en psychische aandoeningen. Een prevalentie van 20 à 30% wordt vooropgesteld.
- De integratie van de liaisonpsychiatrie in het nieuw ziekenhuisconcept
- De voorlopig onvoldoende financiering via de nomenclatuur, die de dikwijls noodzakelijke intense therapie tijdens de eerste dagen bemoeilijkt.
- De constatacie dat psychiatrische co-morbiditeit een langere ligduur veroorzaakt.
- Dat dit advies de liaison-psychiatrie structureert als een psychiatrische functie die onder de vorm van netwerken kan functioneren. In de Franse versie staat daaromtrent op pagina 2, §5 een fout. In de tweede zin wordt "service psychiatrique" vervangen door "fonction psychiatrique".
- De gewenste introductie via pilootprojecten
- De geschatte kost van 1.3 miljard BF

Een lid vraagt of dit concept op vrijwillige of verplichte basis is en wat de meerwaarden en/of beperkingen zijn van dit concept voor de A-diensten. Geantwoord wordt dat dit op vrijwillige basis zal gebeuren. Daarnaast biedt dit concept als voordeel dat vermeden kan worden dat een patiënt met een psychiatrische problematiek op een interne afdeling terecht komt. Gezien het tekort aan A-bedden kan via de liaison-psychiatrie dit probleem opgevangen worden. Het vraagstellende lid heeft ook twijfels omtrent de financieringswijze. Fondsen dienen vrij te komen uit de vermindering van ligdagen in de algemene ziekenhuizen. Deze afbouw is echter niet zo vanzelfsprekend. Tenslotte vindt betrokkene dat dit eerder een aspect is voor de afdeling "Financiering" van de NRZV.

Er wordt opgemerkt dat de permanente werkgroep "Psychiatrie" de opdracht heeft om zich uit te spreken zowel over de programmatie als de financiering van zijn bevoegdheidsdomein. Een lid heeft reeds ervaring met liaisonpsychiatrie en wenst dit concept te steunen. Verklaard wordt dat veel patiënten baat ondervonden en dat een daling van ligduur vastgesteld is. Een bijkomend pluspunt bestaat erin dat de liaisonfunctie eveneens ter beschikking staat van de zorgverleners. Voornoemde is dan ook voorstander van de invoering ervan. Een gelijkaardige structuur zoals die van de oncologische functie (advies oncologie in het kader van het nieuw ziekenhuisconcept) wordt aanbevolen.

De voorzitter van de NRZV sluit zich hierbij aan. Niettemin dient dit advies ten gronde onderzocht te worden naar inpasbaarheid in het nieuw ziekenhuisconcept. Dit concept dient geanalyseerd te worden vanuit de optiek van de programma's. Volgens de voorsteller van het ontwerp-advies staat dit reeds vermeld in onderdeel 3.3, laatste paragraaf van het advies. Afgevraagd wordt of het gepresenteerde model wel het gewenste is. In het advies wordt geopteerd voor een extern model. Een alternatief is om de liaison-psychiatrie binnen elk ziekenhuis te ontwikkelen. Dit idee om meer bevoegdheid aan het ziekenhuis zelf te geven, wordt door andere leden bijgetreden.

Inzake de financieringswijze wordt aangehaald dat het niet wenselijk is om de middelen te halen uit de eventueel (onwaarschijnlijke) afbouw van ligdagen. Een extra budget voor de liaison-psychiatrie dient gevraagd te worden. Op voorstel van de voorzitter van de afdeling "Erkenning en Programmatie" wordt besloten:

1. dat het principe van de liaison-psychiatrie gunstig geëvalueerd wordt.
2. de middelen hiervoor niet zomaar uit de afbouw van ligdagen kan komen maar dat extra middelen ter beschikking gesteld dienen te worden.
3. dat, gezien de opmerkingen over de structuur, het concept geëvalueerd en vertaald zal worden naar het nieuw ziekenhuisconcept. De werkgroep "algemeen ziekenhuis" van de afdeling "Erkenning en Programmatie" zal hiervoor terug samengeroepen worden.

\*\*\*\*\*

**6.3. Advies van de NRZV betreffende de psychologische functie in het algemeen en psychiatrisch ziekenhuis**

**FOD VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE  
VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU**

**BRUSSEL, 13/11/2003**

---  
**Directoraat-generaal Organisatie  
gezondheidszorgvoorzieningen**

---  
**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-  
HUISVOORZIENINGEN.**

---  
**Afdeling "Programmatie en Erkenning"**

---  
O/Ref. : NRZV/D/PSY/228-2 <sup>(\*)</sup>

**ADVIES BETREFFENDE DE PSYCHOLOGISCHE FUNCTIE  
IN HET ALGEMEEN EN PSYCHIATRISCH  
ZIEKENHUIS**

**DE VOORZITTER,**

**Prof. Dr. J. JANSSENS**

<sup>(\*)</sup> Dit advies werd bekrachtigd op de speciale Bureauvergadering van 13 november 2003

## I INLEIDING

### 1.1. Opdracht

In het kader van het jaar van de geestelijke gezondheid, hebben de Minister M. Aelvoet en de Minister F. Vandenbroucke aan de Voorzitter van de NRZV (Prof. J. Peers) een gemotiveerd advies gevraagd over de uitoefening van de klinische psychologie in het algemeen en het psychiatrisch ziekenhuis. Tijdens een ontmoeting met de permanente groep psychiatrie van de NRZV op 21/06/2002, heeft de heer B. Cools, attaché op het kabinet van mevr. de Minister M. Aelvoet, verduidelijkt dat de vraag zowel het algemeen als het psychiatrisch ziekenhuis betreft.

### 1.2. Samenstelling van de werkgroep

Er werd een ad hoc werkgroep samengesteld met volgende leden:

J.P. Roussaux (Voorzitter)

A. Appart

P. Delvaux

C. D'Espallier

P. Igodt

J. Boydens

Ph. Marroyen

J. Van Holsbeke

I. Pelc

M. Vandervelden

J. Wilmotte

Voor de administratie: J. Holsbeek

### 1.3. Vergaderingen

De groep vergaderde zes maal in werkgroepverband, op 02/07/02, 17/09/02, 15/10/02, 13/11/02 (met uitgenodigde deskundigen), 11/12/02, 14/03/03 (met R. Derycke en zuster C. Bostijn) en op 11/06/03. Er werd met de volledige permanente groep psychiatrie van de NRZV op 21/02/03, 16/05/03 en 21/06/03 uitgebreid over het advies gediscussieerd.

### 1.4. Referentiepersonen

De volgende referentiepersonen werden op 13/11/02 door de ad hoc werkgroep ontvangen:

Naam	Voornaam	Instelling
Mevr. Van den Bosch	Micheline	Clin. Univ. St Luc Coördinatrice van de psychologen
Mevr. Delvaux	Nicole	Hôp. Univ. Erasme Diensthoofd psychologie
De heer Flahaut	Dominique	Voorzitter van de «Association des psychologues d'institutions hospitalières» (APIH)
De heer Lotin	Thierry	Vice-voorzitter APIH
De heer Priels	Jean-Marc	Vice-voorzitter van de Belgische Federatie voor psychologen (FBP-BFP)
De heer Wuyts	Yves	Psycholoog VVI
Verontschuldigd : Prof. Corveleyn	Joseph	Decaan van de faculteit 'psychologie en pedagogie' van de KU Leuven

### 1.5. Bibliografische referenties

De volgende documenten werden ingezien en gebruikt:

1. La place des psychologues et de l'accompagnement psychologique dans les hôpitaux. Résultats de l'enquête réalisée en 2001 par le Ministère de la Santé Publique relative aux actes non-médicaux à l'hôpital (général).
2. Advies betreffende het sociaal werk in de sector van de geestelijke gezondheidszorg (NRZV dd. 12.07.2001)
3. Monographie de description de fonction du psychologue hospitalier. Hutschemaeckers, 2ème éd. 2001 – Association des psychologues d'institutions hospitalières.
4. De klinisch psycholoog in het algemeen ziekenhuis. L. Jabaaij, I. Goudriaan, G. Hutschemaeken. Trimbos-instituut, Utrecht, 2000;
5. De Klinisch psycholoog in het algemeen, academisch en categoriaal ziekenhuis. Sectie PAZ, Nederlands Instituut van Psychologen, Amsterdam, 1997. Wij verwijzen naar de zeer volledige bibliografieën die als bijlage bij de laatste twee documenten zijn gevoegd.
6. Nationale Raad voor volksgezondheid (NI), Advies klinisch psycholoog in ziekenhuizen en verpleeghuizen, 14 januari 1988
7. Voorstel tot financiering van klinisch Psychologen in Algemene Ziekenhuizen. Commissie ziekenhuis psychologen. Belgische Federatie van Psychologen. 2002

## II SITUERING VAN HET PROBLEEM EN DOELSTELLINGEN

Algemeen gezien moet de hulp aan patiënten die in een psychiatrisch of algemeen ziekenhuis zijn opgenomen, kaderen in een bio-psycho-sociaal perspectief dat het referentiekader moet vormen voor elke hulpverlener in het ziekenhuis. In die zin moet worden vastgesteld dat de verschillende beroepsgroepen reeds samenwerken om deze doelstelling te verwezenlijken. Om specifieke aspecten van de psychologische hulp te verwezenlijken, moet men deze toevertrouwen aan de beroepsgroep van psychologen en assistenten in de psychologie van het ziekenhuis.

In het ziekenhuis (PZ en AZ) verstrekt deze groep psychologen en assistenten in de psychologie diverse vormen van hulp aan gehospitaliseerde patiënten (directe zorg), bovendien komt zij ook tussenbeide op verschillende niveaus van de ziekenhuiswerking om andere beroepsgroepen te ondersteunen en te helpen. De integratie van de psychologen en assistenten in de psychologie in het kader van het interdisciplinair werk in het algemeen en psychiatrisch ziekenhuis kende de laatste jaren een heel belangrijke ontwikkeling. Tegelijkertijd is hun professionele identiteit sterker geworden en is men zich meer en meer bewust geworden van hun rol. Zoals bleek uit de enquête die in 2001 door het Ministerie van Volksgezondheid werd gehouden, blijken de taken en de organisatie van de psychologen zeer verschillend binnen de verschillende instellingen. De psycholoog werkt nooit geïsoleerd. Hij maakt steeds deel uit van een multidisciplinair functioneel team dat door een verantwoordelijke wordt gecoördineerd (team-, eenheid of diensthoofd). Wat zijn dagelijks functioneren betreft, oefent de psycholoog of de assistent psychologie zijn activiteit uit binnen zijn referentieteam en wat de organisatie van zijn werk (uurrooster, oriëntatie en inhoud van het werk) betreft, valt hij onder de bevoegdheid van het teamhoofd. Zo organiseert bij voorbeeld de psycholoog die verbonden is aan de hartrevalidatie zijn werk in samenwerking met de arts die verantwoordelijk is voor de hartrevalidatie. In het licht van de geleidelijke ontwikkeling van de zorgprogramma's psychiatrie, die op doelgroepen gericht zijn en het kader van de instellingen overstijgen, zal de psycholoog/assistent in de psychologie, door zijn specifieke opleiding, aandacht hebben voor de psychologische dimensie in de verschillende fasen van het zorgprogramma.

De psycholoog/assistent in de psychologie zal zijn taak slechts tot een goed einde kunnen brengen als hij geïntegreerd is in een interdisciplinair zorgteam en als hij ook kan rekenen op een vorm van specifieke organisatie die de discipline, de evaluatie, en kwaliteitscontrole, de permanente vorming en de ontwikkeling van de specifieke competenties ondersteunt.

Momenteel wordt de psychologische dimensie binnen de zorginstellingen op het vlak van geestelijke gezondheid vooral ondersteund via de opdracht en de werking van de psychiatrische diensten in het ziekenhuis. In de toekomst zal hun taak deel uitmaken van een globaal zorgprogramma dat gericht is op de doelgroepen. Opname op zich zal geen op zichzelf staand gebeuren zijn, maar iets dat aansluit op wat voorafgaat en past bij wat volgt op deze zorgfase in het programma. In het kader van een zorgprogramma zal de opname natuurlijk een belangrijke gebeurtenis blijven voor personen met psychische problemen. Tegelijkertijd moet men de horizon van het psychologisch werk verruimen alsook het kader m.b.t. de opdrachten van het ziekenhuis heroriënteren en richten op de gebruiker en het zorgtraject, en dit alles in een bio-psycho-sociaal perspectief.

### III ACTIVITEITEN VAN DE PSYCHOLOGEN EN PSYCHOLOGISCHE FUNCTIE

#### A. Korte beschrijving van de verschillende opdrachten van de psychologen in het ziekenhuis

1. De therapeutische opdracht (meer specifiek de psychotherapeutische opdracht in zijn verschillende toepassingen), maar ook de opdracht tot ondersteuning en opvang, enz. wordt uitgeoefend bij de patiënt in de verschillende psychiatrische ziekenhuisdiensten (in PZ en in AZ) en in de verschillende “somatische” diensten van het AZ. Het aantal psychologen en assistenten in de psychologie die betrokken zijn bij deze activiteit heeft de neiging om toe te nemen gezien de toenemende vraag (zowel van de artsen als van de patiënten).
2. Ook de psycho-educatieve en preventieopdracht is belangrijk en neemt toe t.a.v. gehospitaliseerde patiënten en van hun familie. Vooral de gezondheidspsychologie (vermijden van risicogedrag) kende de laatste jaren een aanzienlijke ontwikkeling.
3. De evaluatieopdracht, testing, hulp bij diagnose: terbeschikkingstelling van evaluatieschalen, neuropsychologische en projectietests, opstellen van adviezen en verslagen.
4. Ondersteuning en intervisie in de verzorgingsteams: deze opdracht wordt uitgeoefend tijdens de vergaderingen van het therapeutische team, (met de psycholoog die geïntegreerd is in het multidisciplinair team) of nog tijdens een specifieke vergadering over psychologische of ethische vraagstukken waarmee het team wordt geconfronteerd. Meer specifiek zijn de psychologen belast met de opvang en supervisie van de psychologie- stagiairs.

N.B. De hieronder vermelde opdrachten waarbij de psychologen in het ziekenhuis betrokken zijn, worden hier niet in aanmerking genomen want ze maken niet het voorwerp uit van dit advies:

- werkcellen
- voorkomen van seksuele intimidatie en pesterijen
- onderzoek (vooral in de universitaire ziekenhuizen)
- psychologische ondersteuningsprogramma's voor het personeel

#### B. Inhoud en organisatie van de psychologische functie

We zullen de psychologische functie vanuit specifieke invalshoeken beschrijven: enerzijds, de activiteiten die rechtstreeks op de patiënt zijn gericht in de verschillende diensten of programma's van de instelling, anderzijds de opdrachten m.b.t. het bestaan van de beroepsgroep zelf (kwaliteit – organisatie – enz.).

## 1. Activiteiten m.b.t. de directe zorg aan de patiënt en de ondersteuning van het team

Net zoals de andere beroepsgroepen die in het ziekenhuis actief zijn, oefenen de psychologen en de assistenten in de psychologie hun opdracht uit binnen multidisciplinaire functionele teams. Wat betreft de organisatorische aspecten van het klinisch werk, hangen de psychologen af van de door de directie van het ziekenhuis aangewezen verantwoordelijke van de klinische eenheid waarin ze hun zorgactiviteiten uitoefenen.

## 2. Activiteiten m.b.t. de beroepsgroep

Wat de beroepsgroep betreft, is het zaak te voorzien in coördinatie van alle psychologen en assistenten in de psychologie werkzaam in de instelling. Die coördinatie heeft verschillende doelstellingen:

- de bijdrage en vooruitgang van de psychologische wetenschap te integreren in de in het ziekenhuis geboden zorg;
- initiatieven nemen teneinde zoveel mogelijk de versnippering tegen te gaan van de psychologen en assistenten in de psychologie, die hun tijd verdelen over verschillende diensten of programma's; op die manier de kwaliteit van de geleverde dienstverlening verhogen en garanderen;
- de gespecialiseerde literatuur volgen op administratief en wetenschappelijk vlak (boeken en tijdschriften), de testingsmethodes evalueren en actualiseren, het rationeel gebruik van informaticamiddelen (psychodiagnose, dossier, enz.) aanmoedigen;
- formele en gestructureerde ontmoetingen organiseren tussen de psychologen en de assistenten in de psychologie van éénzelfde instelling of éénzelfde netwerk teneinde de toepassing van nieuwe methodes alsook de bespreking van cases of problemen te bevorderen;
- de kwaliteit en het resultaat van de psychologische hulp in het ziekenhuis alsook de bijdrage van specifieke activiteiten van elke individuele psycholoog globaal evalueren.

## IV. ERKENNING VAN DE 'PSYCHOLOGISCHE FUNCTIE' ALS ZIEKENHUISFUNCTIE

Wij stellen voor de basisactiviteit voor patiënten en de verwezenlijking van een gestructureerde coördinatie van psychologen en assistenten in de psychologie te garanderen via de oprichting van een 'psychologische functie' die wordt erkend als specifieke functie van het ziekenhuis. Het bestaan van deze psychologische functie zou verplicht worden gemaakt door deze eis op te nemen in de algemene erkenningsnormen van elk ziekenhuis.

Zo zou de invoering en de goede werking van een "psychologische functie van hoog niveau" een wettelijke basis krijgen, net zoals dit reeds het geval is voor andere reeds erkende ziekenhuisfuncties (apothek, maatschappelijke functie, enz.) Deze "psychologische functie" zal moeten instaan voor de realisatie van de twee voornoemde taken, namelijk de 'klinische' taak en de 'professionele' taak. Iedere psycholoog en assistent in de psychologie die verantwoordelijk is voor patiëntenzorg in de instelling zal in deze psychologische functie moeten worden ingepast.

Om de specifieke bijdrage van deze psychologische functie te garanderen, zou de functie in het ziekenhuis rechtstreeks onder de verantwoordelijkheid van de algemene directie moeten worden geplaatst, die zal zorg dragen voor de realisatie en de goede werking ervan.

## V. DE COÖRDINATOR VAN DE PSYCHOLOGISCHE FUNCTIE

De verantwoordelijkheid voor de 'professionele' aspecten van de verwezenlijking van de psychologische functie moet worden toevertrouwd aan een psycholoog met een klinische

opleiding of met klinische ervaring, die wordt aangesteld als coördinator van de psychologische functie.

Hij ziet toe op de organisatie van klinische vergaderingen tussen de psychologen van de instelling, de regelmatige controle van de stagiairs-psychologen, de intervisie en de continue professionele opleiding van de psychologen. Bovendien zorgt hij in de mate van het mogelijke voor continuïteit van de psychologische zorg die wordt verstrekt door psychologen in het kader van hun inschakeling in een multidisciplinair team. De coördinator ziet in het bijzonder toe op de evaluatie van de kwaliteit van de psychologische zorg, de toepassing en invoering van nieuwe technieken of nieuwe concepten in de psychologie die een vooruitgang zouden betekenen voor de instelling. De coördinator brengt de psychologen ook op de hoogte van de verwachtingen van de hulpverleners uit andere disciplines (artsen, verpleegkundigen, enz.). De coördinator neemt de nodige initiatieven om de bijdrage van de psychologen tot de zorgactiviteiten in de diensten, programma's en circuits te optimaliseren. De ondersteuning van het geïntegreerd werken in multidisciplinaire teams zal hierbij van het grootste belang zijn. De coördinator moet beschikken over logistieke middelen die zijn aangepast aan zijn opdracht: bureau, informaticabehoeften en eventueel secretariaatshulp.

## VI. VERSTERKING EN FINANCIERING VAN HET ALGEMENE KADER INZAKE 'PSYCHOLOGISCH' PERSONEEL IN DE PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUISDIENSTEN EN IN HET ALGEMEEN ZIEKENHUIS

### A. Huidige financieringswijzen van psychologen

Momenteel zijn er verschillende financieringsbronnen voorhanden:

1. vanuit het budget van financiële middelen (25.04.02):

- a) Dienst Psychiatrie A/a, T/t, K/k (in een algemeen ziekenhuis of een psychiatrisch ziekenhuis)
- b) palliatieve en psychogeriatrische SP-diensten
- c) ziekenhuiscentra voor reproductieve geneeskunde
- d) revalidatie van hartpatiënten
- e) kinderoncologie

2. in het kader van revalidatieovereenkomsten met het RIZIV.

Bijvoorbeeld: K.N.O., locomotrische en neurologische revalidatie, chronische vermoeidheid, diabetologie, chronische pijn

3. ten laste van de medische honoraria of het kaderpersoneel van het ziekenhuis (loontrekkend of zelfstandig, met of zonder financiële bijdrage van de patiënt voor de verstrekkingen)

4. Specifieke financiering (patiëntenvereniging, FGC, FWO, enz.) voor speciale pathologieën (levertransplantatie, oncologie, drugsverslaving) of onderzoeksprogramma's

### B. Versterking en financiering

Met de huidige financiering, die gedeeltelijk afhangt van de initiatieven van elke instelling, is het moeilijk bepaalde bijzondere noden te dekken en voldoende efficiëntie en coherentie van de psychologische basisfunctie te garanderen. In het huidige kader van de zorgorganisatie en in het licht van de ontwikkeling van de zorgcircuits en zorgnetwerken is het nu reeds nodig het psychologisch werk op een gecentraliseerde wijze te ondersteunen via een psychologische functie. De creatie van een "psychologische functie" heeft tot doel het bundelen van de nodige kennis en vaardigheden, het verzekeren van de wederzijdse ondersteuning en het stimuleren van de ontwikkeling en de verdieping van de eigen vaardigheden. Het versterken van de omkadering en de ontwikkeling van een psychologische functie moet er toe strekken dat er een voldoende belangrijke en relevante bijdrage van de dimensie psychologisch werk wordt gegarandeerd in het



nieuwe zorgorganisatiemodel. Dat model zal moeten worden verwezenlijkt in de zorgprogramma's die zijn gericht op de doelgroepen en die het kader van psychiatrische instellingen en psychiatrische diensten in algemene ziekenhuizen overstijgen. De uitbreiding van de personeelsomkadering is meer dan nodig gezien enerzijds de evolutie op vlak van zorg, de geuite verwachtingen en anderzijds het feit dat de normen inzake de psychologische omkadering nooit zijn aangepast in de psychiatrische ziekenhuisdiensten. Wij stellen voor dat de financiering van de psychologische functie die door de algemene erkenningsnormen van de ziekenhuizen wordt opgelegd, onmiddellijk en volledig zou worden toegekend aan alle algemene en psychiatrische ziekenhuizen. Die dotatie moet worden beschouwd als een absoluut minimum dat aan elk ziekenhuis wordt toegekend en belet geenszins de toekenning van aanvullend psychologisch personeel op grond van specifieke klinische activiteiten zoals eerder vermeld (kinderhematologie, palliatieve zorg, enz.). In geval van specifieke opdrachten die eigen zijn aan verschillende diensten of aan populatiekenmerken, dient een aanvullende bijzondere financiering te worden ontwikkeld om die bijzondere activiteiten van de psychologische functie die bovenop de voornoemde gewone activiteiten komen, te dekken. In die zin is het zinvol te herinneren aan het advies van de permanente groep psychiatrie van de NRZV inzake de sociale functie in het ziekenhuis of aan wat de algemene erkenningsnormen van de ziekenhuizen vandaag reeds voorschrijven m.b.t. het verpleegkundige middenkader of de permanente opleiding. Om de de psychologische functie in het ziekenhuis aanzienlijk te versterken moet op een structurele wijze aan alle ziekenhuisdiensten psychologen ter beschikking gesteld worden. De hiertoe vereiste toelage per aantal ziekenhuisbedden kan worden geraamd op 1 VTE psycholoog per 150 bedden en plaatsen. Dat extra psychologisch personeel is niet bedoeld om reeds gefinancierd personeel zoals opgesomd in punt VI. A. te vervangen. De bekostiging van de coördinator is inbegrepen in de algemene financiering van de psychologische functie. De tijd die de coördinator wijdt aan zijn specifieke coördinatietak zal afhangen van de grootte van het ziekenhuis.

## VII. CONCLUSIES

De permanente groep psychiatrie adviseert de inbreng van psychologen en assistenten in de psychologie in algemene en psychiatrische ziekenhuizen aanzienlijk te versterken en te organiseren via de oprichting van een "psychologische functie" die aan alle ziekenhuizen wordt opgelegd in het kader van de algemene erkenningsnormen van de ziekenhuizen. Om te beantwoorden aan de huidige noden van de gespecialiseerde geneeskunde, de psychiatrie en aan de vraag van de patiënten voor een betere kwaliteit van het ziekenhuisverblijf, lijkt het noodzakelijk om in het budget van financiële middelen van elk ziekenhuis in een structurele financiering te voorzien om de psychologische functie in elk ziekenhuis te versterken. De omkadering voor deze psychologische basisfunctie werd geraamd op 1 VTE/150 bedden en plaatsen, wat een absoluut minimum betekent, maar in versterking komt bovenop wat in het budget reeds voorzien is voor de specifieke klinische opdrachten.

Met het oog op de organisatie van de psychologische functie in het ziekenhuis, zou elke psycholoog en elke assistent in de psychologie een tweedelige activiteit hebben, enerzijds als medewerker van een door een psycholoog gecoördineerde psychologische functie en anderzijds als lid van een multidisciplinair functioneel therapeutisch team. De algemene directie is verantwoordelijk voor de realisatie en de goede werking van de psychologische functie. De verschillende functies van de coördinator van de psychologische functie werden beschreven. Hierbij dient te worden beklemtoond dat:

De raad het slechts aanvaardbaar acht om dit advies met betrekking tot de aanpassing van de algemene erkenningsnormen van de ziekenhuizen (zowel algemene als psychiatrische ziekenhuizen) aan de ziekenhuizen op te leggen als een volwaardige financiering van de voorgestelde psychologische functie gewaarborgd wordt.

Dat het tot de verantwoordelijkheid behoort van de algemeen directeur van het ziekenhuis om in te staan voor de goede werking en de realisatie van de doelstellingen van de voorgestelde psychologische functie. Het advies doet dan ook geen uitspraak over de wijze waarop deze

psychologische functie in het organogram van elk ziekenhuis moet ingepast worden. Ook hier is de opdracht en verantwoordelijkheid van elke algemeen directeur om de voor zijn ziekenhuis meest passende positionering in het organogram te voorzien. De door de psychologische functie beoogde opdrachten gericht zijn op de directe patiëntenzorg, in die zin zijn de in het advies beschreven opdrachten van de psychologische functie ten aanzien van personeelsleden van de multidisciplinaire equipes steeds te zien als een bijdrage aan de realisatie van de zorg voor de opgenomen patiënten en niet als een bijdrage aan het personeelsbeleid.

#### 6.4. Het actieplan van Helsinki 2005 over geestelijke gezondheid “ *Facing the challenges, building solutions*”



### WHO European Ministerial Conference on Mental Health

Facing the Challenges, Building Solutions

Helsinki, Finland, 12–15 January 2005



EUROPE

EUR/04/5047810/7

14 January 2005

52671

ORIGINAL: ENGLISH

## Mental Health Action Plan for Europe Facing the Challenges, Building Solutions

This Action Plan is endorsed in the Mental Health Declaration for Europe by ministers of health of the Member States in the WHO European Region. They support its implementation in accordance with each country's needs and resources.

The challenges over the next five to ten years are to develop, implement and evaluate policies and legislation that will deliver mental health activities capable of improving the well-being of the whole population, preventing mental health problems and enhancing the inclusion and functioning of people experiencing mental health problems. The priorities for the next decade are to:

- i. foster awareness of the importance of mental well-being;
- ii. collectively tackle stigma, discrimination and inequality, and empower and support people with mental health problems and their families to be actively engaged in this process;
- iii. design and implement comprehensive, integrated and efficient mental health systems that cover promotion, prevention, treatment and rehabilitation, care and recovery;
- iv. address the need for a competent workforce, effective in all these areas;
- v. recognize the experience and knowledge of service users and carers<sup>5</sup> as an important basis for planning and developing services.

This Action Plan proposes ways and means of developing, implementing and reinforcing comprehensive mental health policies in the countries of the WHO European Region, requiring action in the 12 areas as set out below. Countries will reflect these policies in their own mental health strategies and plans, to determine what will be delivered over the next five and ten years.

<sup>5</sup> The term “carer” is used here to describe a family member, friend or other informal care-giver.

## 1. Promote mental well-being for all

### Challenge

Mental health and well-being are fundamental to quality of life, enabling people to experience life as meaningful and to be creative and active citizens. Mental health is an essential component of social cohesion, productivity and peace and stability in the living environment, contributing to social capital and economic development in societies. Public mental health and lifestyles conducive to mental well-being are crucial to achieving this aim. Mental health promotion increases the quality of life and mental well-being of the whole population, including people with mental health problems and their carers. The development and implementation of effective plans to promote mental health will enhance mental well-being for all.

### Actions to consider

- i. Develop comprehensive strategies for mental health promotion within the context of mental health, public health and other public policies that address the promotion of mental health across the lifespan.
- ii. Adopt promotion of mental health as a long-term investment and develop education and information programmes with a long time frame.
- iii. Develop and offer effective programmes for parenting support and education, starting during pregnancy.
- iv. Develop and offer evidence-based programmes that foster skills, provide information and focus on resilience, emotional intelligence and psychosocial functioning in children and young people.
- v. Improve access to healthy diets and physical activity for older people.
- vi. Promote community-based multilevel interventions involving public awareness campaigns, primary care staff and community facilitators such as teachers, clergy and the media.
- vii. Integrate mental health promotion components into existing generic health promotion and public health policies and programmes, such as those supported by WHO health promoting networks.
- viii. Encourage the consumption of healthy products and reduce the intake of harmful products.
- ix. Create healthy workplaces by introducing measures such as exercise, changes to work patterns, sensible hours and healthy management styles.
- x. Offer effective mental health promotion activities to groups at risk such as people with enduring mental or physical health problems and carers.
- xi. Identify clear mechanisms for empowering the population to take responsibility for health promotion and disease prevention targets, for example by heightening public awareness of the importance of life choices.

## 2. Demonstrate the centrality of mental health

### Challenge

Mental health is central to building a healthy, inclusive and productive society. Sound and integrated public policies, such as those on labour, urban planning and socioeconomic issues, also have a positive impact on mental health and reduce the risk of mental health problems. The mental health implications of all public policy, and particularly its potential impact on groups at risk, therefore need to be considered. Mental health policy requires intersectoral linkages and should incorporate multisectoral and multidisciplinary approaches.

### Actions to consider

- i. Make mental health an inseparable part of public health.
- ii. Incorporate a mental health perspective and relevant actions into new and existing national policies and legislation.
- iii. Include mental health in programmes dealing with occupational health and safety.
- iv. Assess the potential impact of any new policy on the mental well-being of the population before its introduction and evaluate its results afterwards.

v. Give special consideration to the relative impact of policies on people already suffering from mental health problems and those at risk.

### **3. Tackle stigma and discrimination**

#### **Challenge**

Mental health policy development and implementation must not be jeopardized by the widespread stigma attached to mental health problems that leads to discrimination. In many instances, people with mental health problems suffer from a lack of equal opportunities because of such discrimination. Human rights and respect for people with mental health problems must be protected. Empowerment is a crucial step towards meeting these objectives, as it enhances integration and social inclusion. The lack of empowerment of service users' and carers' organizations and poor advocacy hinder the design and implementation of policies and activities that are sensitive to their needs and wishes. The exclusion experienced by mental health service users, whether in asylums and institutions or in the community, needs to be tackled in a variety of ways.

#### **Actions to consider**

- i. Instigate activities to counter stigma and discrimination, emphasizing the ubiquity of mental health problems, their general good prognosis and treatability, and the fact that they are rarely associated with violence.
- ii. Introduce or scrutinize disability rights legislation to ensure that it covers mental health equally and equitably.
- iii. Develop and implement national, sectoral and enterprise policies to eliminate stigma and discrimination in employment practices associated with mental health problems.
- iv. Stimulate community involvement in local mental health programmes by supporting initiatives of nongovernmental organizations.
- v. Develop a coherent programme of policy and legislation to address stigma and discrimination, incorporating international and regional human rights standards.
- vi. Establish constructive dialogue with the media and systematically provide them with information.
- vii. Set standards for representation of users and their carers on committees and groups responsible for planning, delivery, review and inspection of mental health activities.
- viii. Stimulate the creation and development of local and national nongovernmental and service user-run organizations representing people with mental health problems, their carers and the communities they live in.
- ix. Encourage the integration of children and young people with mental health problems and disabilities in the regular educational and vocational training system.
- x. Establish vocational training for people suffering from mental health problems and support the adaptation of workplaces and working practices to their special needs, with the aim of securing their entry into competitive employment.

### **4. Promote activities sensitive to vulnerable life stages**

#### **Challenge**

Infants, children and young people, and older people are particularly at risk from social, psychological, biological and environmental factors. Given their vulnerability and needs, young and older people should be a high priority for activities related to the promotion of mental health and the prevention and care of mental health problems. However, many countries have inadequate capacity in this area, and services and staff are often poorly prepared to deal with developmental and age-related problems. In particular, disorders in childhood can be important precursors of adult mental disorders. Supporting the mental health of children and adolescents should be seen as a strategic investment which creates many long-term benefits for individuals, societies and health systems.

### **Actions to consider**

- i. Ensure that policies on mental health include as priorities the mental health and wellbeing of children and adolescents and of older people.
- ii. Incorporate the international rights of children and adolescents and of older people into mental health legislation.
- iii. Involve young people and older people as much as possible in the decision-making process.
- iv. Pay special attention to marginalized groups, including children and older people from migrant families.
- v. Develop mental health services sensitive to the needs of young and older people, operated in close collaboration with families, schools, day-care centres, neighbours, extended families and friends.
- vi. Promote the development of community centres for older people to increase social support and access to interventions.
- vii. Ensure that age- and gender-sensitive mental health services are provided by both primary care and specialized health and social care services and operate as integrated networks.
- viii. Restrict institutional approaches for the care of children and adolescents and older people that engender social exclusion and neglect.
- ix. Improve the quality of dedicated mental health services by establishing or improving the capacity for specialized interventions and care in childhood and adolescence and old age, and by training and employing adequate numbers of specialists.
- x. Improve coordination between organizations involved in alcohol and drugs programmes and children's and adolescents' health and mental health at national and international levels, as well as collaboration between their respective networks.
- xi. Ensure parity of funding in relation to comparable health services.

## **5. Prevent mental health problems and suicide**

### **Challenge**

People in many countries are exposed to harmful stress-inducing societal changes that affect social cohesion, safety and employment and lead to an increase in anxiety and depression, alcohol and other substance use disorders, violence and suicidal behaviour. The social precipitants of mental health problems are manifold and can range from individual causes of distress to issues that affect a whole community or society. They can be induced or reinforced in many different settings, including the home, educational facilities, the workplace and institutions. Marginalized and vulnerable groups, such as refugees and migrant populations, the unemployed, people in or leaving prisons, people with different sexual orientations, people with physical and sensorial disabilities and people already experiencing mental health problems, can be particularly at risk.

### **Actions to consider**

- i. Increase awareness of the prevalence, symptoms and treatability of harmful stress, anxiety, depression and schizophrenia.
- ii. Target groups at risk, offering prevention programmes for depression, anxiety, harmful stress, suicide and other risk areas, developed on the basis of their specific needs and sensitive to their background and culture.
- iii. Establish self-help groups, telephone help-lines and websites to reduce suicide, particularly targeting high-risk groups.
- iv. Establish policies that reduce the availability of the means to commit suicide.
- v. Introduce routine assessment of the mental health of new mothers by obstetricians and health visitors and provide interventions where necessary.
- vi. For families at risk, provide home-based educational interventions to help proactively to improve parenting skills, health behaviour and interaction between parents and children.

- vii. Set up in partnership with other ministers evidence-based education programmes addressing suicide, depression, alcohol and other substance use disorders for young people at schools and universities and involve role models and young people in the making of campaigns.
- viii. Support the implementation of community development programmes in high-risk areas and empower nongovernmental agencies, especially those representing marginalized groups.
- ix. Ensure adequate professional support and services for people encountering major crises and violence, including war, natural disasters and terrorist attacks in order to prevent post-traumatic stress disorder.
- x. Increase awareness among staff employed in health care and related sectors of their own attitudes and prejudices towards suicide and mental health problems.
- xi. Monitor work-related mental health through the development of appropriate indicators and instruments.
- xii. Develop the capacities for protection and promotion of mental health at work through risk assessment and management of stress and psychosocial factors, training of personnel, and awareness raising.
- xiii. Involve mainstream agencies responsible for employment, housing and education in the development and delivery of prevention programmes.

## **6. Ensure access to good primary care for mental health problems**

### **Challenge**

For many countries in the European Region, general practitioners (GPs) and other primary care staff are the initial and main source of help for common mental health problems. However, mental health problems often remain undetected in people attending GPs or primary care services and treatment is not always adequate when they are identified. Many people with mental health problems, particularly those who are vulnerable or marginalized, experience difficulties in accessing and remaining in contact with services. GPs and primary care services need to develop capacity and competence to detect and treat people with mental health problems in the community, supported as required as part of a network with specialist mental health services.

### **Actions to consider**

- i. Ensure that all people have good access to mental health services in primary health care settings.
- ii. Develop primary care services with the capacity to detect and treat mental health problems, including depression, anxiety, stress-related disorders, substance misuse and psychotic disorders as appropriate by expanding the numbers and skills of primary care staff.
- iii. Provide access to psychotropic medication and psychotherapeutic interventions in primary care settings for common as well as severe mental disorders, especially for individuals with long-term and stable mental disorders who are resident in the community.
- iv. Encourage primary health care staff to take up mental health promotion and prevention activities, particularly targeting factors that determine or maintain illhealth.
- v. Design and implement treatment and referral protocols in primary care, establishing good practice and clearly defining the respective responsibilities in networks of primary care and specialist mental health services.
- vi. Create centres of competence and promote networks in each region which health professionals, service users, carers and the media can contact for advice.
- vii. Provide and mainstream mental health care in other primary care services and in easily accessible settings such as community centres and general hospitals.

## **7. Offer effective care in community-based services for people with severe mental health problems**

### **Challenge**

Progress is being made across the Region in reforming mental health care. It is essential to acknowledge and support people's right to receive the most effective treatments and interventions while being exposed to the lowest possible risk, based on their individual wishes and needs and taking into account their culture, religion, gender and aspirations. Evidence and experience in many countries support the development of a network of community-based services including hospital beds. There is no place in the twenty-first century for inhumane and degrading treatment and care in large institutions: an increasing number of countries have closed many of their asylums and are now implementing effective community-based services. Special consideration should be given to the emotional, economic and educational needs of families and friends, who are often responsible for intensive support and care and often require support themselves.

### **Actions to consider**

- i. Empower service users and carers to access mental health and mainstream services and to take responsibility for their care in partnership with providers.
- ii. Plan and implement specialist community-based services, accessible 24 hours a day, seven days a week, with multidisciplinary staff, to care for people with severe problems such as schizophrenia, bipolar disorder, severe depression or dementia.
- iii. Provide crisis care, offering services where people live and work, preventing deterioration or hospital admission whenever possible, and only admitting people with very severe needs or those who are a risk to themselves or others.
- iv. Offer comprehensive and effective treatments, psychotherapies and medications with as few side effects as possible in community settings, particularly for young people experiencing a first episode of mental health problems.
- v. Guarantee access to necessary medicines for people with mental health problems at a cost that the health care system and the individual can afford, in order to achieve appropriate prescription and use of these medicines.
- vi. Develop rehabilitation services that aim to optimize people's inclusion in society, while being sensitive to the impact of disabilities related to mental health problems.
- vii. Offer services for people with mental health needs who are in non-specialist settings such as general hospitals or prisons.
- viii. Offer carers and families assessment of their emotional and economic needs, and involvement in care programmes.
- ix. Design programmes to develop the caring and coping skills and competencies of families and carers.
- x. Scrutinize whether benefit programmes take account of the economic cost of caring.
- xi. Plan and fund model programmes that can be used for dissemination.
- xii. Identify and support leaders respected by their peers to spearhead innovation.
- xiii. Develop guidelines for good practice and monitor their implementation.
- xiv. Introduce legal rights for people subject to involuntary care to choose their independent advocate.
- xv. Introduce or reinforce legislation or regulations protecting the standards of care, including the discontinuation of inhuman and degrading care and interventions.
- xvi. Establish inspection to reinforce good practice and to stop neglect and abuse in mental health care.

## **8. Establish partnerships across sectors**

### **Challenge**

Essential services which in the past were routinely provided in large institutions or were not considered as relevant to the lives of people with mental health problems are nowadays often



fragmented across many agencies. Poor partnership and lack of coordination between services run or funded by different agencies lead to poor care, suffering and inefficiencies. The responsibilities of different bodies for such a wide range of services need coordination and leadership up to and including government level. Service users and their carers need support in accessing and receiving services for issues such as benefits, housing, meals, employment and treatment for physical conditions, including substance misuse.

### **Actions to consider**

- i. Organize comprehensive preventive and care services around the needs of and in close cooperation with users.
- ii. Create collaborative networks across services that are essential to the quality of life of users and carers, such as social welfare, labour, education, justice, transport and health.
- iii. Give staff in mental health services responsibility for identifying and providing support for needs in daily living activities, either by direct action or through coordination with other services.
- iv. Educate staff in other related services about the specific needs and rights of people with mental health problems and those at risk of developing mental health problems.
- v. Identify and adjust financial and bureaucratic disincentives that obstruct collaboration, including at government level.

## **9. Create a sufficient and competent workforce**

### **Challenge**

Mental health reform demands new staff roles and responsibilities, requiring changes in values and attitudes, knowledge and skills. The working practices of many mental health care workers and staff in other sectors such as teachers, benefit officers, the clergy and volunteers need to be modernized in order to offer effective and efficient care. New training opportunities must respond to the need for expertise in all roles and tasks to be undertaken.

### **Actions to consider**

- i. Recognize the need for new staff roles and responsibilities across the specialist and generic workforce employed in the health service and other relevant areas such as social welfare and education.
- ii. Include experience in community settings and multidisciplinary teamwork in the training of all mental health staff.
- iii. Develop training in the recognition, prevention and treatment of mental health problems for all staff working in primary care.
- iv. Plan and fund, in partnership with educational institutions, programmes that address the education and training needs of both existing and newly recruited staff.
- v. Encourage the recruitment of new mental health workers and enhance the retention of existing workers.
- vi. Ensure an equitable distribution of mental health workers across the population, particularly among people at risk, by developing incentives.
- vii. Address the issue of lack of expertise in new technologies of present trainers, and support the planning of “train the trainers” programmes.
- viii. Educate and train mental health staff about the interface between promotion, prevention and treatment.
- ix. Educate the workforce across the public sector to recognize the impact of their policies and actions on the mental health of the population.
- x. Create an expert workforce by designing and implementing adequate specialist mental health training for all staff working in mental health care.
- xi. Develop specialist training streams for areas requiring high levels of expertise such as the care and treatment of children, older people and people suffering from a combination of mental health problems and substance use disorder (comorbidity).

## 10. Establish good mental health information

### Challenge

In order to develop good policy and practice in countries and across the Region, information has to be available about the current state of mental health and mental health activities. The impact of any implementation of new initiatives should be monitored. The mental health status and the help-seeking behaviour of populations, specific groups and individuals should be measured in a manner that allows comparison across the WHO European Region. Indicators should be standardized and comparable locally, nationally and internationally in order to assist in the effective planning, implementation, monitoring and evaluation of an evidence-based strategy and action plan for mental health.

### Actions to consider

- i. Develop or strengthen a national surveillance system based on internationally standardized, harmonized and comparable indicators and data collection systems, to monitor progress towards local, national and international objectives of improved mental health and well-being.
- ii. Develop new indicators and data collection methods for information not yet available, including indicators of mental health promotion, prevention, treatment and recovery.
- iii. Support the carrying out of periodic population-based mental health surveys, using agreed methodology across the WHO European Region.
- iv. Measure base rates of incidence and prevalence of key conditions, including risk factors, in the population and groups at risk.
- v. Monitor existing mental health programmes, services and systems.
- vi. Support the development of an integrated system of databases across the WHO European Region to include information on the status of mental health policies, strategies, implementation and delivery of evidence-based promotion, prevention, treatment, care and recovery.
- vii. Support the dissemination of information on the impact of good policy and practice nationally and internationally.

## 11. Provide fair and adequate funding

### Challenge

Resources dedicated to mental health are often inadequate and inequitable compared to those available to other parts of the public sector, and this is reflected in poor access, neglect and discrimination. In some health care systems, insurance coverage of access and rights to treatment discriminate severely against mental health problems. Within the mental health budget, resource allocation should be equitable and proportionate, i.e. offering greatest relative share and benefits to those in greatest need.

### Actions to consider

- i. Assess whether the proportion of the health budget allocated to mental health fairly reflects the needs and priority status of the people with needs.
- ii. Ensure that people with the most severe problems and the poorest in society receive the largest relative benefits.
- iii. Assess whether funding is allocated efficiently, taking into account societal benefits, including those generated by promotion, prevention and care.
- iv. Evaluate whether coverage is comprehensive and fair in social and private insurancebased systems, on an equal level to that for other conditions, not excluding or discriminating against groups and particularly protecting the most vulnerable.

## 12. Evaluate effectiveness and generate new evidence

### Challenge

Considerable progress is being made in research, but some strategies and interventions still lack the necessary evidence base, meaning that further investment is required. Furthermore, investment in dissemination is also required, since the existing evidence concerning effective new interventions and national and international examples of good practice are not known to many policy-makers, managers, practitioners and researchers. The European research community needs to collaborate to lay the foundations for evidence-based mental health activities. Major research priorities include mental health policy analyses, assessments of the impact of generic policies on mental health, evaluations of mental health promotion programmes, a stronger evidence base for prevention activities and new service models and mental health economics.

### Actions to consider

- i. Support national research strategies that identify, develop and implement best practice to address the needs of the population, including groups at risk.
- ii. Evaluate the impact of mental health systems over time and apply experiences to the formulation of new priorities and the commissioning of the necessary research.
- iii. Support research that facilitates the development of preventive programmes aimed at the whole population, including groups at risk. Research is needed on the implications of the interrelated nature of many mental, physical and social health problems for effective preventive programmes and policies.
- iv. Promote research focused on estimating the health impacts of non-health sector policies, as there is a clear potential for positive mental health to be improved through such policies.
- v. Bridge the knowledge gap between research and practice by facilitating collaboration and partnerships between researchers, policy-makers and practitioners in seminars and accessible publications.
- vi. Ensure that research programmes include long-term evaluations of impact not only on mental health but also on physical health, as well as social and economic effects.
- vii. Establish sustainable partnerships between practitioners and researchers for the implementation and evaluation of new or existing interventions.
- viii. Invest in training in mental health research across academic disciplines, including anthropology, sociology, psychology, management studies and economics, and create incentives for long-term academic partnerships.
- ix. Expand European collaboration in mental health research by enhancing networking between WHO's European collaborating centres and other centres with research activities in the field of prevention.
- x. Invest in regional collaboration on information and dissemination in order to avoid the duplication of generally applicable research and ignorance of successful and relevant activities elsewhere.

## Mental Health for Europe: Facing the Challenges

### Milestones

Member States are committed, through the Mental Health Declaration for Europe and this Action Plan, to face the challenges by moving towards the following milestones. Between 2005 and 2010 they should:

1. prepare policies and implement activities to counter stigma and discrimination and promote mental well-being, including in healthy schools and workplaces;
2. scrutinize the mental health impact of public policy;
3. include the prevention of mental health problems and suicide in national policies;
4. develop specialist services capable of addressing the specific challenges of the young and older people, and gender-specific issues;

5. prioritize services that target the mental health problems of marginalized and vulnerable groups, including problems of comorbidity, i.e. where mental health problems occur jointly with other problems such as substance misuse or physical illness;
6. develop partnership for intersectoral working and address disincentives that hinder joint working;
7. introduce human resource strategies to build up a sufficient and competent mental health workforce;
8. define a set of indicators on the determinants and epidemiology of mental health and for the design and delivery of services in partnership with other Member States;
9. confirm health funding, regulation and legislation that is equitable and inclusive of mental health;
10. end inhumane and degrading treatment and care and enact human rights and mental health legislation to comply with the standards of United Nations conventions and international legislation;
11. increase the level of social inclusion of people with mental health problems;
12. ensure representation of users and carers on committees and groups responsible for the planning, delivery, review and inspection of mental health activities.

## 7. SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

Al de deskundigen hebben **op persoonlijke titel** aan de werkgroep deelgenomen. De namen van de leden en de deskundigen van de HGR worden met een asterisk \* aangeduid.

De volgende deskundigen hebben hun medewerking verleend bij het opstellen van het advies 8156:

- ALLEMEESCH Gilbert – *Psychologue clinicien – AZ St Jan AV*
- BARTHOLOME Franz – *Psychiatre de liaison – CHC*
- DE BIE Jozef – *Psychiatre de liaison – Ziekenhuis oost Limburg (Rapporteur)*
- BOYDENS Joël – *Psychiatre – Landsbouw christelijke mutualiteit, Medische directie*
- DE HAESELAER – VAN DEN BOSCH Micheline – *Psychologue clinicien – Cliniques universitaires St-Luc*
- ETIENNE Anne-Marie – *Psychologue clinicien – ULG, département des sciences cognitives*
- FISCHLER Benjamin\* – *Psychiatre – Universitair ziekenhuis St-Pieter*
- FONTAINE Ovide – *Psychologue clinicien – ULG*
- KITTEL France\* – *Psychologue en Santé publique – ESP ULB, Département Epidémiologie et promotion de la santé, Unité Psychologie Santé*
- MARIMAN An – *Psychiatre de liaison – UZ Gent, Psychosomatisch Centrum*
- MATHYS Raymond – *Oncologue – ZNA*
- PELC Isidore\* – *Psychiatre – ULB (Rapporteur)*
- PIETTE Catherine – *Psychiatre de liaison – CHU Liège, Servie Psychiatrie*
- VANDENBERGHE Joris – *Psychiatre de liaison – UZ Gasthuisberg*

Het voorzitterschap werd verzekerd door PELC Isidore en het wetenschappelijk secretariaat door MARTIN Sandrine.

\*\*\*\*\*