



Aan minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie
Minister Vandenbroucke;

Aan administrateur generaal RIZIV,
meneer De Cock

Uw kenmerk

Ons kenmerk

Bijlage

Vragen naar

Telefoonnummer

Datum

e.dewandeler@nvkvv.be

02/732.10.50

8 april 2021

Betreft: De aanwending van de extra 200 miljoen euro structurele financiering voor de geestelijke gezondheidszorg

In de marge van de federale besprekingen over de 200 miljoen euro die extra wordt voorzien voor de geestelijke gezondheidszorg hebben de werkgroepen NVKVV [verpleegkundigen geestelijke gezondheidszorg](#) en de [werkgroep thuisverpleegkundigen \(zelfstandigen en in dienstverband\)](#) volgende aanbevelingen geformuleerd. Ze werden afgetoetst binnen de werkgroepen NVKVV [kinderverpleegkundigen](#), [verpleegkundigen maatschappij en gezondheid](#) en [ouderenzorg](#). We wensen u een goede ontvangst en zijn bereikbaar voor verdere toelichting en vragen.

Met de meeste hoogachting;

Ellen De Wandeler

Henk Cuvelier

Algemeen coördinator nvkvv

Algemeen voorzitter NVKVV

Het NVKVV vzw is een pluralistische beroepsorganisatie die zich richt tot alle verpleegkundigen. De organisatie werd opgericht in 1973, telt veertig mandatarissen in diverse raden en commissies op federaal en gemeenschapsniveau. NVKVV vertegenwoordigt meer dan 8.000 betalende leden: HBO5 en bachelor verpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. De leden van het NVKVV zijn aanwezig op alle domeinen van het verpleegkundige werkveld en engageren zich in verschillende werkgroepen en regionale netwerken.

Werkgroepen NVKVV: diabetesverpleegkundigen, thuisverpleegkundigen (zelfstandigen en in dienstverband), directies verpleegkunde, verpleegkundigen gehandicaptenzorg, verpleegkundigen geestelijke gezondheidszorg, hoofdverpleegkundigen en middenkader, informaticasysteemverpleegkundigen, kinderverpleegkundigen, verpleegkundigen ouderzorg, verpleegkundigen palliatieve zorg, pijnverpleegkundigen, pluriculturele verpleegkundigen, reumaverpleegkundigen, verpleegkundigen spoed en intensieve zorgen, verpleegkundigen juridisch expert, verpleegkundigen infectiebeheersing, begeleidingsverpleegkundigen, verpleegkundigen medische beeldvorming en verpleegkundigen maatschappij en gezondheid.



1. AANBEVELINGEN M.B.T. DE ALGEMENE GEZONDHEIDSZORG	3
EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG	3
Rol en betekenis thuisverpleegkundige	3
Duidelijke structuren in samenwerking en doorverwijzing	4
Nomenclatuur van essentieel belang	6
Patiënten-gegevensdeling en inspraak patiënten en mantelzorger	7
Zorgcoördinatie en casemagement	7
Ruimte voor innovatieve projecten	8
Verpleegkundig specialist in de thuiszorgpraktijken	9
TWEEDELIJSGEZONDHEIDSZORG	9
Verpleegkundig specialist GGZ in het ambulant verpleegkundig spreekuur	9
EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG & TWEEDELIJSGEZONDHEIDSZORG	10
Dienen dit aparte mobiele teams zijn, geïntegreerd of een combinatie van beide?	10
2. AANBEVELINGEN M.B.T. CRISISOPVANG	13
EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG	13
TWEEDELIJSGEZONDHEIDSZORG	14
3. AANBEVELINGEN INTENSIVERING	17
EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG	17
TWEEDELIJSGEZONDHEIDSZORG	17
4. AANBEVELINGEN GEDWONGEN OPNAME / OBSERVATIE	17
EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG	17
TWEEDELIJSGEZONDHEIDSZORG	17
5. WAT ZIJN DE ALGEMENE KNELPUNTEN VOOR VERPLEEGKUNDIGEN? ZIJN ER GEBIEDEN DIE SPECIALE AANDACHT NODIG HEBBEN?	18
EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG	18
TWEEDELIJSGEZONDHEIDSZORG	20
6. INSPIRAAK VERPLEEGKUNDIGEN	21
Werkgroep thuisverpleegkundigen	21
Werkgroep verpleegkundigen geestelijke gezondheidszorg	22
Andere betrokken werkgroepen NVKVV	22
BIBLIOGRAFIE	23



1. AANBEVELINGEN M.B.T. DE ALGEMENE GEZONDHEIDSZORG

EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

Rol en betekenis thuisverpleegkundige

Het huidig zorglandschap verschuift de focus van zorg in instellingen naar zorg in de thuissetting. Voor de psychisch kwetsbare patiënt is dat vaker minder ontwrichtend. Hij blijft in zijn vertrouwde omgeving, in de buurt van zijn familie en vrienden en kan zijn dagelijkse gewoonten aanhouden. Maar een goede omkadering in de thussituatie is essentieel en gaat uit van een zorgverlening met nabijheid, betrokkenheid, beschikbaarheid en psychiatrische expertise. Financiële middelen gaan vandaag voornamelijk naar de geestelijke gezondheidszorginstellingen, waarbij mobiele teams functioneel ter ondersteuning zijn van de eerste lijn. Doch, de eerste lijn is vaak ook de wachtruimte voor de gespecialiseerde GGZ en voor deze preventieve opdracht als wachtruimte heeft de eerste lijn tot nu toe geen financiering.

Aan de hand van een (fictieve, maar op realiteit gebaseerde) casus willen we de betekenis en de belangrijke rol van de thuisverpleegkundige in de zorgverlening voor psychisch kwetsbare personen verduidelijken.

“Jan kampt al jaren met een bipolaire (manisch-depressieve) aandoening. Enkele maanden geleden werd hij opnieuw in het psychiatrisch ziekenhuis opgenomen. Dat was nodig om aangepaste zorg te krijgen. Nochtans is zo’n opname telkens een erg ingrijpende gebeurtenis. Naast zijn psychische problematiek, heeft Jan het in het begin moeilijk om zich aan zijn nieuwe omgeving aan te passen. Ook het gemis van zijn naasten valt hem zwaar.

Na enkele maanden therapie is Jan weer stabiel. Wanneer hij uit het ziekenhuis ontslagen wordt, is de omgekeerde aanpassing niet licht. De dagelijkse structuur van het ziekenhuis valt weg. Hoewel hij op geregelde tijdstippen een afspraak met de psychiater en psycholoog heeft, moet hij het thuis toch grotendeels zelf beredderen. Dat maakt hem onzeker. In het ziekenhuis werd zijn medicatie op punt gezet. Als Jan zijn medicijnen niet nauwgezet inneemt, heeft hij zijn aandoening niet onder controle. Nochtans is Jan door zijn ziekte soms overmoedig, of heeft hij net niet de energie om zijn dagelijkse structuur en zelfzorg vol te houden.

Sara, de thuisverpleegkundige, komt elke morgen bij Jan langs. De afspraak is dat Jan al wakker is als zij arriveert. Hij moet de rolluiken optrekken, zijn kamer luchten en alles klaarleggen voor de toiletzorg. Sara reikt hem zijn washandje aan. Dat is voor Jan het



signaal om zich te wassen. Voor Jan is een vaste routine in taken en afspraken belangrijk. Wanneer die routine verstoord wordt, kan dat voor hem heel ontwrichtend zijn.

Toen Sara de zorg bij Jan opstartte, ging het niet zo goed met hem. Hij had veel moeite om zijn dagelijks leven vorm te geven en vergat zichzelf vaak te wassen. In het begin zorgde Sara dat Jan dagelijks proper voor de dag kwam. Nu neemt Jan zelf al veel taken op zich.

Jan zette aanvankelijk zelf zijn medicatie klaar. Maar hij maakte veel fouten. De psychiater schreef daarom thuisverpleging voor. Nu zet Sara de medicatie klaar (Jan kijkt toe) en controleert of Jan zijn medicijnen correct inneemt.

Sara merkt dat enkele dagen na elkaar 's ochtends de rolluiken niet werden opgetrokken. Jan heeft de voorbije week verschillende keren zijn medicatie niet genomen. Hij is verward en gooit zijn dag- en nachtritme door elkaar. Sara weet dat Jan die week een afspraak heeft met de psychiater en contacteert hem om af te stemmen. Zij informeert ook de verzorgende van de dienst gezinszorg en vraagt haar een oogje in het zeil te houden”.

De rol van de thuisverpleegkundige bestaat erin om (meestal) vanuit de initieel somatische zorg een vertrouwensband op te bouwen met de patiënt en zijn omgeving en vanuit deze vertrouwensband structuur aan te brengen in het leven van de patiënt, zelfzorg te stimuleren, de gezondheidstoestand te observeren en in te schatten, de zorg te coördineren vanuit het inzicht in zijn zorgnoden, de therapietrouw te stimuleren en ondersteunen, alsook een zorgplan op te stellen samen met de patiënt, de mantelzorger(s) en andere betrokken zorgverleners. De meerwaarde van een gespecialiseerde verpleegkundige in de GGZ is dat zij/hij de wijkverpleegkundige hierin kan ondersteunen door het mee opvolgen van de patiënt en het geven van gespecialiseerd advies (omgangstips, psycho-educatie, mantelzorgondersteuning,..) in concrete casussen.

Duidelijke structuren in samenwerking en doorverwijzing

Er bestaan heel wat ondersteunende samenwerkingen in de vorm van projecten tussen GGZ en de eerste lijn / de thuisverpleging, zoals ZP3 projecten, straathoekverpleging, enz. Tegelijk zijn er ook nog heel wat noden en aandachtspunten.

1. Nood aan betere en gestructureerde samenwerking met en tussen de GGZ netwerken

De vermaatschappelijking van de GGZ impliceert goede GGZ zorg binnen de eigen thuisomgeving in samenwerking met de GGZ partners. In de praktijk zien we echter al te vaak dat juist de beschikbaarheid en bereikbaarheid van die GGZ partners in de eerste lijn ontbreekt. Er is dus een



enorme en uiterst belangrijke vraag ontstaan naar de aanwezigheid van psychiatrische basiszorg binnen de eerste lijn.

2. Nood aan een duidelijke structuur en kader voor de eerste lijn wat betreft doorverwijzing naar het GGZ landschap

Binnen de thuisverpleging merken we dat patiënten GGZ overwegend terug in de thuissituatie terechtkomen zonder bijkomende begeleiding, wachtend op een plaats op de wachtlijst of zelfs zonder enige actie. Ook zien we dat patiënten vanuit de thuissituatie veel te lang moeten wachten alvorens ze terecht kunnen bij gespecialiseerde diensten, niet passen binnen de inclusiecriteria van de mobiele teams en afhankelijk zijn van de wachtlijsten. Dit zorgt voor onduidelijkheid in de zorg, begeleiding en opvolging van de psychisch kwetsbare patiënten thuis. Er bestaan ook veel lokale initiatieven waarvan de eerste lijn niet altijd op de hoogte is.

3. Concrete voorstellen naar vlottere, toegankelijke en laagdrempelige zorg voor de GGZ

- Structurele samenwerkingen met huisartsen en thuisverplegingsdiensten met expertise in GGZ zodanig dat zodat de gespecialiseerde verpleegkundigen in de GGZ een 'triageopdracht' kunnen opnemen wanneer een patiënt met nood aan GGZ hulp zich aanmeldt bij een huisarts. Gespecialiseerde verpleegkundigen in de GGZ bouwen bruggen, geven advies en verwijzen door. Dit moet mogelijkheden bieden voor zowel kortdurende als langdurige trajecten waarbij de 65+ worden geïnccludeerd. Het is immers zo dat de drempel naar GGZ op locatie vaak te hoog is voor mensen met psychische problemen. Als deze mensen in hun thuiscontext in combinatie met reguliere zorg kunnen geholpen worden zal men meer mensen met psychische problemen kunnen ondersteunen.

Er is daarnaast in de 1^{ste} lijn nood aan "liaison" figuren, ook gespecialiseerde verpleegkundigen in de GGZ kunnen deze rol opnemen. Er is immers nog veel onwetendheid aan beide zijden, GGZ-organisaties en EL, over mekaars werking, mogelijkheden, besognes,...

- Uitdrukkelijk verwijzen we hierbij ook naar de voorwaarden artikel 56 paragraaf 2 die de voorwaarden omschrijft om als gespecialiseerde thuisverpleegkundige psychiatrie (GTP) of gespecialiseerde thuisverpleegkundige geestelijke gezondheidszorg aan de slag te kunnen gaan, wat betreft vooropleiding, werkervaring en permanente vorming (PZH, PZT-initiatieven, ambulante of residentiële GGZ-voorzieningen).



- Eerstelijns hulp GGZ verankeren in de reguliere maatschappij à cf. projecten in de Scandinavische landen waar een soort verpleegpost/ welzijnscentrum/ ontmoetingshuis gericht is op GGZ en mentaal welbevinden. Binnen deze 'centra' of 'huizen' kan een prikpoli georganiseerd worden waarbij periodieke inspuitingen en het nodige toezicht na de inspuiting en het afnemen van bloed kan gebeuren.
- Inzet op suïcidepreventie door kennis op te bouwen bij alle eerstelijnsactoren en gezondheidszorgberoepen. Inzet op vroeg interventie om te vermijden dat zorgvragers volledig ontsporen in declanchering (vb. manie, psychose, middelengebruik,...).

Nomenclatuur van essentieel belang

1. A-handelingen

Typisch aan de psychisch kwetsbare zorgvrager zijn dit de **A**-handelingen. Vanuit de herstelvisie GGZ en vanuit het netwerk waar de patiënt door omringd wordt, is samenwerking en dus overleg van groot belang. Daarom participeren we aan alle casus specifieke overlegmomenten: ontslag- en opname overleg residentieel; MDO, LCO (al dan niet vergoed); overleg met mobiele teams; ... Momenteel is er enkel een vergoeding voorzien voor het medicatiebeleid bij bepaalde diagnoses binnen de GGZ, nl schizofrenie en bipolaire stoornis.

Verwijzend naar de eerder beschreven rol en betekenis van de thuisverpleegkundige speelt de **verpleegdiagnostiek** vanuit observaties, het omschrijven en in kaart brengen van de problemen hier een belangrijke rol. Er wordt bijgedragen aan de diagnose/behandeling en aan het informeren/educeren (bijstaan) van de pat. en MZ. De verpleegkundige stelt van hieruit een zorgenplan op, evalueert de zorg en registreert in het verpleegkundig dossier. Deze inspanningen worden momenteel in de basisverstrekking niet voldoende gevaloriseerd in de zorg voor personen met een psychische kwetsbaarheid. We zien ook vaak dat er weinig andere zorgen gevraagd worden omdat het doelpubliek GGZ een voornamelijk jonger publiek en is en zelfredzaamheid op verschillende levensdomeinen een essentieel onderdeel is van het therapeutisch traject. Anderzijds is een somatische zorgvraag vaak een ingangspoort voor een andere (psychische) zorgnood.

2. B-handelingen

De huidige nomenclatuur is niet aangepast aan de ondersteuning vanuit de eerste lijn in de GGZ problematiek thuis. Momenteel is er enkel een vergoeding voorzien voor het medicatiebeleid bij bepaalde diagnoses binnen de GGZ, nl schizofrenie en bipolaire stoornis. De toediening van depotmedicatie valt onder de reguliere IM inspuiting. Een herziening van de nomenclatuur (technische verpleegkundige verstrekkingen) dringt zich op. De basisnomenclatuur ligt rond de €4 en dit is erg weinig gezien er vaak meer zorg/begeleiding nodig is bij psychiatrische patiënten dan



enkel het toedienen van medicatie. Namelijk, na een analyse van de geleverde en gevraagde zorgen aan de psychisch kwetsbare zorgvragers kunnen we stellen dat de zorgverlening zich grotendeels manifesteert binnen de B-handelingen (**B2**: voorbereiding en toediening van medicatie). Toch merken we dat de uitvoering van deze **B2**-specifieke zorgen in de praktijk veel verder gaat dan de omschreven inhoud. Hier kan worden gedacht aan een hervalorisatie van de huidige prestatie (toezicht op inname), herziening en/of uitbreiding van akten. Inz. rond het toedienen van medicatie komen thuisverpleegkundigen veel in aanraking met therapie-ontrouw. Vanuit de verpleegkundige diagnostiek (cf. Bijlage 81) kan bekeken worden of de toediening en begeleiding door TVP niet wat uitgebreid kan worden.

3. Uitwerken nomenclatuur POB 'Persoonlijk opvolgingsbezoek'

Uitwerken nomenclatuur of forfait voor verpleegkundigen om begeleiding aan huis te kunnen voorzien, bijvoorbeeld aan de hand van het POB. De vertegenwoordigers voor de thuisverpleging in het RIZIV hebben inzake reeds een advies overgemaakt aan de betrokken ministers als het RIZIV aan zich.

4. Inzetten op interdisciplinair overleg

Vanuit de herstelvisie GGZ en vanuit het netwerk waar de patiënt door omringd wordt, is samenwerking en dus overleg van groot belang. Daarom zijn incentives om casus specifieke overlegmomenten (ontslag- en opname overleg residentieel; MDO, LCO, overleg met mobiele teams) tot stand te brengen nodig voor meer performante zorg.

Patiënten-gegevensdeling en inspraak patiënten en mantelzorger

Bij ontslag uit een psychiatrisch centrum, kortverblijf of ziekenhuis naar huis, is er vaak te weinig achtergrond. Risicocalculatie is toch wel opportuun aangezien men als thuisverpleegkundige meestal alleen geconfronteerd wordt met onverwachte thuissituaties. Betere communicatie onder de vorm van een anamneseverslag of mondelinge informatie met vermelding van belangrijke aandachtspunten over de desbetreffende patiënt, dient best vooraf te worden meegedeeld aan de betrokkene thuisverpleegkundige. Inspraak van de patiënten en mantelzorger moet hierbij bevorderd worden. Zij moeten samen met de zorgverleners een team vormen.

Zorgcoördinatie en casemangement

Goede GGZ zorg gaat uit van een goede zorgcoördinatie. Het GGZ dossier is meer gecompliceerd en meer arbeidsintensief dan andere dossiers. Vaak is het netwerk erg uitgebreid of juist erg beperkt, waardoor de zorgdossiers complexer en moeilijker samen te stellen zijn. Door een goed samengesteld zorgdossier en een goede zorgcoördinatie merken we dat het vaak tot



gestructureerd overleg komt en een zorg op maat. Vanuit zorgcoördinatie, casusgericht overleg plegen met de partners en partners onderling dichterbij elkaar toe brengen zorgt voor minder crisissituaties en zorgt voor een betere gedeelde dossierkennis. We creëren zo een gedeelde verantwoordelijkheid bij alle betrokken partners maar de organisatie hiervan kost energie en tijd. Verder merken we dat de rol van zorgbemiddelaar of casemanager steeds vaker wordt opgenomen door andere (minder) betrokken diensten en niet door de thuisverpleegkundigen. Dit vanuit de psychiatrische expertise. Wat jammer is omdat net de eerstelijnsmedewerkers (thuisverpleegkundige) expert zijn in de zorgverlening rekening houdend met de psychische, fysische en sociale factoren in de thuisomgeving. Aangevuld zouden er vanuit de GGZ sector verdere stappen gezet kunnen worden naar bv. het gebruik van de e-healthbox (aanleveren voorschriften, terugkoppeling observaties, enz).

Ruimte voor innovatieve projecten

Bijkomend zou meer ruimte gecreëerd kunnen worden voor (“innovatieve”) projecten. Ervaringen zijn reeds beschikbaar (bv. NZOA). Als voorbeeld van good practice heeft het WGK Limburg zich als organisatie geherstructureerd op het domein GGZ:

- De traditionele wijkverpleegkundige zal binnen deze specifieke zorg moeten evolueren naar een verpleegkundige, die alle aspecten van verpleegkundige zorgverlening, maar ook zorgcoördinatie, in de vingers dient te hebben.
- Op GGZ - niveau is er nood aan specialisatie om de wijkverpleegkundigen te ondersteunen in hun dagdagelijkse taken/zorgverlening (cfr. Gespecialiseerde verpleegkundigen in de GGZ).
- Ook is de zorgcoördinatie op dit niveau belangrijk. De wijkverpleegkundige gaat met ondersteuning van de regionale gespecialiseerde verpleegkundige in de GGZ op weg binnen het herstel van de patiënt.
- Op netwerkniveau is lokale en regionale samenwerking belangrijk. Het inbedden van verschillende betrokken hulpverleners in één zorgteam vraagt organisatie, opvolging en bijsturing. Hier is de domeincoördinator GGZ en referentiespecialist GGZ belangrijk om het netwerk verder uit te bouwen en in stand te houden.
- Concreet betekent dit dat de domeincoördinator GGZ, referentiespecialist GGZ en de regionale gespecialiseerde verpleegkundigen in de GGZ een noodzakelijke rol spelen in de ondersteuning van de wijkverpleegkundige en dit in de zorg bij psychisch kwetsbare patiënten. Maar ook hier is een gestructureerde financiering nodig om deze ondersteuning te kunnen blijven bieden.



- De bestaande mobiele teams GGZ zouden moeten kunnen verrijkt worden door onze specialisten (GGZ) vanuit de eerste lijn. Dan kan je spreken van een vermaatschappelijking van zorg. Nu zijn de muren wel weg rond de psychiatrische ziekenhuizen maar de muren hebben zich verplaatst naar de wijk!

Verpleegkundig specialist in de thuiszorgpraktijken

Verpleegkundig specialisten tewerkgesteld in de thuiszorgpraktijken kunnen huisartsen bijstaan in de indicatie- en diagnosestelling en opvolging van psychofarmaca - concreet en meer van toepassing bij ouderen gezien kwetsbaarheid/frailty:

- Screening en testing (zowel cognitief als de afname van ernstschalen);
- Preventie en behandeling van delier in de thuissituatie;
- Opvolging van specifieke psychofarmaca aangepast aan het toestandbeeld;
- Intensief opvolgen van bijwerkingen (bv. maligne neuroleptisch syndroom, dyskinesieën, urineretentie, lithiumintoxicatie, etc.);
- Ondersteuning bij differentiaaldiagnose (psychotische) depressie/dementie/delier;
- Suïcidepreventie.

TWEDELIJNSGEZONDHEIDSZORG

Verpleegkundig specialist GGZ in het ambulante verpleegkundig spreekuur

Verpleegkundig specialisten tewerkgesteld binnen de tweedelijnsgezondheidszorg kunnen aanvullend op de opvolging door de psychiater of psycholoog werken. Dit met verpleegkundige hoofdfocus: ondersteunen in het omgaan met psychiatrische klachten in het dagdagelijks functioneren én educatie voor zorgvrager en hun naasten. Hier kunnen verpleegkundig specialisten GGZ een belangrijke taak opnemen in de tweedelijnsgezondheidszorg met als doelstelling:

- Verhogen therapietrouw, verminderen recidieven als heropnames en dus ook de maatschappelijke kost.
- Inzetten op preventie (vereenzaming bij 65+, suïcide, middelenmisbruik, ...)



- Verhogen zorgcontinuïteit, verkorten van wachtlijsten tot behandeling bij psycholoog en psychiater gezien tussentijdse consulten door de verpleegkundige opgevangen kunnen worden.
- Verhogen toegankelijkheid tot geestelijke gezondheidszorg, wat nu toch een groot knelpunt is voor veel patiënten.
- Voor iedere betrokken discipline (verpleegkundigen-psycholoog-psychiater) weer de ruimte/tijd voorzien om in interdisciplinaire afstemming en -samenwerking de specifieke focus- en behandelmethode in het consult bewaren.
- Bevorderen inspraak van de patiënt en zijn naasten.

De verpleegkundig specialist GGZ werk uitsluitend in de tweedelijns en staat hierbij eveneens in nauw contact met de huisarts, thuisverpleegkundige of andere behandelaars in eerste lijn om een éénduidige en gedragen behandeling te waarborgen voor de patiënt.

EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG & TWEEDELIJNSGEZONDHEIDSZORG

Dienen dit aparte mobiele teams zijn, geïntegreerd of een combinatie van beide?

Problemen bij 65+ zijn minder makkelijk te koppelen aan specifieke psychiatrische pathologieën en problemen in de thuissituatie zijn vaak van een complexere aard, gekoppeld aan meer “klassieke” problemen in de ouderenzorg (cf. gezinssituatie, mantelzorg, lichamelijke hulpbehoefendheid). Mobiele teams zouden daar zeker kunnen bijdragen, maar gaan misschien ook meer te maken krijgen met het aspect zorgcoördinatie of casemanagement.

De basis zijn geïntegreerde teams die breed inzetbaar zijn met een mix van (de bestaande) expertise binnen GGZ en de eerste lijn. We pleiten voor geïntegreerde teams gezien de begeleiding gericht is op klachten, functioneren in eigen context. De pathologie en klachten vormen de expertise van het begeleidend/behandelend team, het is niet de leeftijd die hen verbindt. Zo kan ook een langdurige begeleiding door eenzelfde team gewaarborgd worden en is er geen breuk of switch van behandelaars omwille van de leeftijd. Uiteraard, zoals elke verpleegkundige in elke setting is, afhankelijk van de zorgnood in de praktijk, bijscholing aangewezen om kennis en kunde verder te ontwikkelen.

Verder dient het helder te zijn dat het mobiele team de geestelijke gezondheid in zijn totaliteit verzorgt, ouderen met andere specifieke leeftijdsgebonden gezondheidsproblemen zoals vb.



dementie of andere neurodegeneratieve aandoeningen dienen los van hun leeftijd ook specifiek voor deze klachten gepaste zorg te krijgen. In deze teams moet de nodige expertise aanwezig zijn over aanpak en begeleiding van specifieke psychische problemen bij ouderen zoals eenzaamheid en verlies in combinatie met lichamelijke achteruitgang of comorbiditeit van chronische somatische aandoeningen. De expertise is aanwezig binnen het GGZ-landschap, maar niet gelijk verdeeld over de provincies / netwerken. Momenteel zijn het de gespecialiseerde verpleegkundigen in de GGZ die de bruggen bouwen tussen patiënt, huisarts, therapeuten, specialisten... Als eerstelijnsactor hebben we de verantwoordelijkheid om dit te coördineren, maar dan moeten er middelen en erkenning tegenover staan.

Deze geïntegreerde teams moeten - net omdat ze inzetten op ouderen - zo lokaal mogelijk verankerd zijn. Teams per 1^e lijnszone is dan de maximumscope en nog beter wordt dit per gemeente georganiseerd omdat ouderen zo lokaal mogelijk dienen te kunnen worden ondersteund

- Het oprichten van een mobiel team ouderen is niet dadelijk nodig maar het is wel belangrijk om de mogelijkheid (financieel) te creëren om de expertise die er bestaat bij elkaar te brengen zowel vanuit de GGZ als de eerste lijn. Een voorbeeld hiervan is het opnemen van casemanagement: de casus analyseren en coördineren. Dit kunnen wij vanuit de eerste lijn/thuisverpleging. Voor ouderen nemen wij als organisatie deze rol reeds op. Momenteel doen we dit als casemanager binnen de P3 projecten. Binnen bijvoorbeeld WGK Limburg zijn al de regionale gespecialiseerde verpleegkundigen in de GGZ opgeleid tot casemanager. Ze nemen deze rol op binnen 2 P3 projecten (zorgvernieuwingprojecten ouderenzorg) projecten, “Menos” en “Zorg op Maat”, maar ook los van deze projecten kunnen onze regionale gespecialiseerde verpleegkundigen in de GGZ ingezet worden als casemanager in gelijk welke casus. Maar ook dit kunnen we niet doen zonder de nodige financiering!
- Binnen de art. 107-projecten worden ouderen tot op heden nog niet meegenomen. Ze worden ook niet bediend door de mobiele teams. Het netwerk voor ouderen met gezinszorg, thuisverpleging, woonzorgnetwerken en de zorgpaden dementie (geheugenklinieken) vormen een ander netwerk om in samen te werken. Binnen heel wat CGG's zijn geen ouderenteams actief wat samenwerking ook weer moeilijker maakt. Dus als er voor ouderen iets voorzien kan worden, dan liefst geïntegreerd in de bestaande netwerken, ook en vooral omdat de opdeling lichaam en geest niet kan gemaakt worden. Volgens meerdere auteurs loopt de comorbiditeit bij ouderen met een psychiatrisch probleem op tot boven de 90%. Het is dan ook belangrijk dit mee te nemen, somatische zorg wordt binnen het bestaande netwerk GGZ niet opgenomen.



- Klassiek wordt een streep getrokken tussen 65+ en 65-, vanaf pakweg 55 jaar ontstaat er echter een soort schemerzone waar het niet altijd duidelijk is welke problematiek er nu juist speelt omdat bv. dementieprocessen en/of multipathologie dan sterk op de voorgrond kunnen treden. Daar is het vooral de vraag welke doelgroep men voor ogen heeft. Dus eerder een pleidooi voor een geïntegreerd team, zij het dat dit misschien niet zo evident is vanuit de historische groei, m.n. dat binnen de GGZ de beide groepen tot op heden vrij strikt gescheiden zijn gebleven. De vraag is ook vanuit welke hoek de zorgverstrekkers zouden komen (mobiele teams komen nu vanuit afbouw ZH bedden). Bv. in UPC Duffel komt nu een speciale unit voor 65+ patiënten met een ernstige psychische problematiek, thuisvervangend. Het zou, bijgevolg, nuttig zijn om de huidige mobiele teams (volwassenen) uit te breiden zodanig dat deze teams ook 65+ kunnen opvolgen en de continuïteit in zorg kan gegarandeerd worden. Indien je met een apart mobiel team 65+ zou werken ontstaan er onnodige rupturen in de vertrouwensrelaties.
- Mobiele teams zowel inzetbaar in de thuissituatie als in externe organisaties (WZC, PAAZ, APZ, beschut wonen...).
- Inkanteling in de bestaande eerstelijnsorganisaties is belangrijk, alsook de nauwe samenwerking met tweede lijn (ouderenteams CGG) en de derde lijn (units ouderenpsychiatrie) zijn absoluut noodzakelijk. Het bestaande netwerk eerste lijn en samenwerking met ziekenhuis bestendigen en versterken, ook in kader van GGZ. Cf. voorbeeld van good practice in Tienen – OET-project (een ‘Ouderen expertise team’ (OET)): de GGZ problematiek is in deze groep nog veel meer verbonden met de leeftijd en gaat zeer vaak samen met andere ouderdomsproblemen. Vandaar het belang van een goede integratie. Voor deze doelgroep is het voornamelijk belangrijk dat er een GGZ expert kan geconsulteerd worden. Indien GGZ problematiek op de voorgrond staat, zal daar meer aandacht aan gegeven worden. Ervaring de laatste jaren leert echter dat een totale aanpak tot meer leidt. Voor deze doelgroep zal consulteren, afstemmen en intervisie belangrijker zijn. In de OET werking zit bijvoorbeeld zowel een (ouderen)psychiater als een geriater. Dit gaat ook eerder over problematiek waar elke verpleegkundige mee te maken heeft. Dus vooral verwerken in de basis. Vergoeding kan dan eventueel gaan over vorming, intervisie, en in de nomenclatuur een toeslag indien het GGZ aspect een verzwarende factor is. Daarnaast dan wel ook de vergoeding van een gespecialiseerde verpleegkundige of gespecialiseerd GGZ thuisverpleegkundige.



- Mobiele **multidisciplinaire** teams voorzien à voorbeeld uit Canada waar een mobiel team bestaat uit een trio arts-thuisverpleegkundige met ggz expertisen en maatschappelijk werker.
- Binnen de thuisverpleging worden we ook vaak geconfronteerd met eenzaamheid, voornamelijk bij alleenstaanden en (hoog-) bejaarden. De huidige Coronatijd versterkt dit gegeven nog meer. Dit leidt vaak tot depressies bij deze leeftijdsgroep en wordt te weinig erkend en dus ook te weinig ondersteund. Mobiele teams zouden hier misschien kunnen zorgen voor wat extra ondersteuning, mits de noodzakelijke communicatie met de zorgverlener die dagelijks contact heeft met de betrokkene.

*Er is nood aan meer gestructureerde vorming voor de eerste lijn medewerkers. Wij merken immers op heden een kennistekort bij thuisverpleegkundigen en andere eerstelijns werkers. De inzet van (eigen) gespecialiseerde verpleegkundigen (financiering?) en de samenwerking met inz. mobiele teams zou faciliterend kunnen zijn, idem op vlak van advies, vorming, intervisie,...

* Vanuit WGK West-Vlaanderen wordt aangegeven dat het grootste probleem zich schuilt in het feit dat er niet overal mobiele teams beschikbaar zijn. West-Vlaanderen telt drie netwerken GGZ. Deze drie netwerken werken heel verschillend van elkaar. Regio Noord West-Vlaanderen heeft een uitgebreid aanbod van mobiele teams, zowel crisis als behandelteam. Regio midden West-Vlaanderen zit in de opstartfase van een fusie en is in volle groei. Mobiele teams zullen dan heel de regio midden West-Vlaanderen kunnen voorzien. Aanbod mobiele teams van regio Zuid-West-Vlaanderen is zeer beperkt tot een kleine regio. Patiënten komen vaak in aanmerking voor mobiele teams als ze reeds een opname in PZ achter de rug hebben. Bovenstaande verschillen tussen de drie netwerken veroorzaken verwarring en frustraties bij onze medewerkers (verpleeg- en zorgkundigen). Oprichting van mobiele teams voor ouderen zal pas een meerwaarde kunnen bieden indien het mobiel team aangeboden wordt voor gans de provincie en dus voor alle bewoners van de provincie ongeacht de woonplaats.

2. AANBEVELINGEN M.B.T. CRISISOPVANG

EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

Er is inderdaad niet genoeg crisisopvang voor gans de provincie. Dit is zeer sterk netwerk gebonden.



TWEDELIJNSGEZONDHEIDSZORG

Crisiszorg dient vlot beschikbaar, toegankelijk en laagdrempelig te zijn met een 24/24 en 7/7 permanentie voorzien van competente medewerkers. We stellen echter vast dat deze vandaag niet voldoet aan deze voorwaarden en sterk afhankelijk is van het ziekenhuisnetwerk. De crisiszorg dient zowel ambulante, mobiele en residentiële kunnen aangeboden worden zowel op individuele basis als aan de naasten en de omgeving. Het enkel focussen op het mobiele crisisteam is slechts een partiële oplossing voor een totaal psychiatrische crisiszorg. Er zijn volgens ons 3 noodzakelijke modules om een integrale psychiatrische crisiszorg (niet urgente) uit te bouwen:

- 1. Module 1:** Cliënten/zorgvragers die vaak een psychiatrische problematiek kennen, waarbij de crisis eerder context-gebonden is. Dit kan inhouden dat de omgeving uitgeput raakt of onvoldoende is uitgerust om de zorgvrager te ondersteunen in zijn herstelproces. Hierbij is niet zozeer nood aan gespecialiseerde psychiatrische ondersteuning. De nood bevindt zich ook in de omgeving van de zorgvrager. **Er bestaat de mogelijkheid voor de zorgvrager om even afstand te nemen en tot rust te komen in een respijtbed.** De doelstellingen zijn:
 - Stabilisatie van de situatie rondom de zorgvrager; bieden van rust voor cliënt/zorgvrager en omgeving;
 - Ondersteuning van het gehele zorgvrager systeem;
 - Opbouw van het gehele zorgvrager systeem indien het huidige systeem onvoldoende ondersteuning biedt

Deze module dient ontwikkeld te worden samen met de 1e lijnsvoorzieningen zoals het CAW. Voor de uitvoering van deze opdracht zijn gespecialiseerde psychiatrisch verpleegkundigen noodzakelijk omdat ze vanuit hun expertise bijdragen aan het ondersteunen van het alledaags leven van de zorgvrager en zijn omgeving.

- 2. Module 2:** Er is sprake van een psychiatrische crisis die voor een dreigende ontwrichting kan zorgen. Er zijn twee typen cliënten te onderscheiden:
 - Cliënten die vermoedelijk lijden aan een psychiatrische stoornis die hun vraag formuleren als: 'Wat is er met mij aan de hand?'
 - Cliënten die duidelijk lijden aan een psychiatrische stoornis waarbij de geboden zorg en ondersteuning geen oplossing bieden. Hierdoor dreigt ontwrichting en/of escalatie.



Er wordt gespecialiseerde psychiatrische zorg geboden in de vorm van vraagverheldering voor de eerste groep en (mobiele) gespecialiseerde bemoeizorg aan de tweede groep. Hiervoor is een interdisciplinaire aanpak noodzakelijk waarbij de rol van de psychiatrisch verpleegkundige essentieel is gezien de kennis van psychopathologie, psychofarmaca, observatietechnieken, gespreksmethodieken, om psycho-educatie te geven, sociale kaart, ... De doelstellingen in deze module zijn:

- Vraagverheldering;
- Psycho-educatie aan cliënt/zorgvrager en systeem;
- Adviseren over behandelmogelijkheden voor cliënt en systeem;
- Inschatting van de ernst van de situatie;
- Opbouw van het cliëntsysteem, stabilisatie van de situatie

3. Module 3: Behandelen van cliënten in een psychiatrische crisis. Dit kan aan huis of in het ziekenhuis (bij urgent gevaar). De behandeling is gericht op de symptomen van de ziekte en het bieden van een perspectief voor na de crisis. In deze intensieve module wordt er naast een behandeling ook gewerkt aan het opbouwen van een vertrouwensband, aansluiten bij de behoeften van de cliënt en het opbouwen van een stabiel systeem rondom de cliënt dat na de crisis voldoende stabiliteit biedt. De doelstellingen zijn:

- Stabilisatie / vermindering psychiatrische symptomen;
- Ziekte-gerichte behandeling opstarten;
- Vraagverheldering;
- Psycho-educatie aan cliënt/zorgvrager en systeem;
- Adviseren over behandelmogelijkheden voor cliënt/zorgvrager en systeem;
- Inschatting van de ernst van de situatie
- Opbouw van het cliëntsysteem, stabilisatie van de situatie

Door zijn oog voor een integrale totaalzorg -zowel psychologisch, medisch-psychiatrisch, sociaal en biologisch – en de 24-uurs continuïteit die deze zorg vereist is de gespecialiseerde psychiatrisch verpleegkundige een voorname partner voor de zorgvrager in het interdisciplinaire team dat deze crisiszorg verleent.



Deze 3 modules kunnen georganiseerd worden in een crisisinterventieteam dat een plaats vindt in de buurt van een ziekenhuis met spoeddienst. Dit crisisinterventieteam heeft volgende opdrachten:

- Onderzoeken van de nood van de patiënt, zowel psychiatrische als somatische screening. Dit kan zowel op de locatie van het Crisisinterventieteam of in de (thuis)context.
- Het team maakt op basis van de beschikbare informatie een inschatting of de crisis ambulante kan worden opgevangen of een opname nodig is.
- Dit team is 24/24 – 7/7 zowel fysiek als telefonisch bereikbaar.

Deze **bereikbaarheid** biedt tevens een alternatief voor gedwongen opnames waar de politiediensten steeds op kunnen terugvallen en vervangt de wetsdokter (onafhankelijke arts). Een psychiatrische screening (ambulante) en eventueel een kort verblijf op de locatie van het team maken een aantal gedwongen opnames overbodig (vergelijk met formule EPSI die in een aantal regio's is uitgebouwd). De medisch-psychiatrische inschatting in het kader van een aanvraag gedwongen opname zal met meer expertise gebeuren.

Bij een psychiatrische crisis worden direct afspraken gemaakt voor vervolg. De bedoeling is om opname in een psychiatrisch ziekenhuis te voorkomen. Na de eerste screening worden voor de korte termijn onmiddellijk afspraken gemaakt voor mobiele zorg aan huis. Indien er sprake is van een psychiatrische crisis, zonder direct gevaar voor de zorgvrager of zijn omgeving, maar de omstandigheden laten het niet toe om naar huis te gaan, kan er een crisisbed worden aangeboden op de locatie van het crisisinterventieteam. Indien er sprake is van gevaar wordt de cliënt direct opgenomen in een PZ of PAAZ.

Indien er geen sprake is van een psychiatrische crisis maakt men op basis van de actuele zorgnood afspraken over een passend traject. Indien de cliënt/zorgvrager op dat moment niet naar huis kan gaan kan er respijtzorg worden aangeboden in samenwerking met het welzijnswerk.

Ideaal zou zo'n crisisinterventieteam per 1elijnzone actief zijn met afspraken binnen de regionale zorgzones. Om goede continuïteit te kunnen voorzien is de aanwezigheid en omwille van het permanenttoezicht is dit best gelegen **in de nabijheid van een ziekenhuis.**



De ingezette personele middelen zijn ontoereikend om een permanente 24/24 crisiszorg, zelfs enkel voor de bestaande van de mobiele crisisteamen. Een uitbreiding van de personele middelen is noodzakelijk om een efficiënte en effectieve crisiszorg te waarborgen.

3. AANBEVELINGEN INTENSIVERING

Er zijn projecten lopende waarin intensieve zorgunits (HIC; 1.875 FTE/bed) of intensieve diensten (ID; 0,73 FTE/bed) zijn gecreëerd. Moet dit nog verder worden uitgebouwd/ versterkt?

EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

Het aanbod varieert afhankelijk van ziekenhuis tot ziekenhuis. Er zou meer ingezet moeten worden op ambulante zorg en thuiszorg. Wij, als eerste lijn, zien hier geen meerwaarde in om dit nog meer te versterken.

TWEDELIJNSGEZONDHEIDSZORG

Graag vastleggen norm gespecialiseerd psychiatisch verpleegkundigen die hier logischerwijze in grote getalen aanwezig moeten zijn vanuit hun all-over expertise. Alleen staan in de huidige teksten vandaag geen enkele verwijzing naar beroepsgroepen. Deze verpleegkundigen moeten over een bijkomende opleiding beschikken (zijnde de intensieve zorgen van de geestelijke gezondheidszorg).

Het is noodzakelijk om gespecialiseerde residentiële zorg simultaan en in verbinding met de ambulante zorg te hervormen. Aangepaste personeelsnormen aan de complexe en acute zorgvragen zijn essentieel waarbij gespecialiseerde verpleegkundigen een vereiste zijn.

4. AANBEVELINGEN GEDWONGEN OPNAME / OBSERVATIE

EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

De kwestie van schaalvergroting hangt hier ook mee samen.

TWEDELIJNSGEZONDHEIDSZORG

Schaalvergroting hangt hier mee samen.

1. Overbelasting residentiële crisis- en PAAZ-diensten. Nood aan meer psychiatische bedden voor personen opgenomen omwille van somatische aandoening. Wat met groep zorgvrager die zweeft tussen somatiek en psychiatrie? Zij passen niet in het huidige afgelijnd opnamebeleid.



2. Zie voorstel hoger voor een betere beoordeling waarbij ook een verpleegkundige gespecialiseerd in de geestelijke gezondheidszorg een triagerol kan opnemen.
3. Nauwere samenwerking tussen politiediensten en crisis(interventie)teams is nodig met een focus op veiligheid voor de politie en focus op zorg en behandeling voor het crisisteam.
4. Duidelijkere stromen van crisis en urgentie in de regio's
5. Gedwongen opname gaat soms gepaard met zeer moeilijke en complexe situaties, agressie vanuit intoxicaties of psychotische belevingen. De huidige personeelsnormen zijn hier op geen enkele manier op voorzien. Ook de scholingsgraad is vaak niet voldoende. Het zou aangewezen zijn om bij het ophalen en het vervoer van een zorgvrager in een gedwongen opnamestatuut een verpleegkundige van de ontvangende organisatie reeds te betrekken bij het ophalen. Op vandaag zijn hierbij enkel politie en ambulancepersoneel betrokken. Dit vergt wel een aanpassing van de personeelsnormen om deze opdracht vanuit de psychiatrische ziekenhuizen op te nemen. Vandaag wordt helaas deze vorm van gedwongen zorg veelal beperkt tot verplichte medicatietoediening.

5. WAT ZIJN DE ALGEMENE KNELPUNTEN VOOR VERPLEEGKUNDIGEN? ZIJN ER GEBIEDEN DIE SPECIALE AANDACHT NODIG HEBBEN?

EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

- Wachttijsten als men wil doorverwijzen naar 2delijnszorg...--> vooral bij crisissituaties. De doelstellingen van de afbouw van de opnameduur in (psychiatrische) ziekenhuizen is om de wachttijsten te verlagen. Het nadeel is dat deze wachttijsten gedeeltelijk verschuiven naar de eerstelijns- (of thuis-)zorg. Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), mobiele teams en andere partners die deze patiënten begeleiden, kunnen de zorg niet altijd meteen opstarten wanneer de patiënt uit de psychiatrische instelling ontslagen wordt. Toch komt dan de vraag bij de thuisverpleegkundige om "zorg" op te starten. Vanuit de GGZ is dit een geruststelling om de tijd die er is op de wachtlijst te overbruggen.
- Beperking van aantal bezoeken of beperking in tijd om patiënten voldoende aandacht te geven.
- Het inschatten van psychische problemen bij opstart van een zorg in de thuiszorg is momenteel heel summier tot afwezig. Via de KATZ schaal vooral de focus op



somatische problematiek. Ook hier dient men meer op in te zetten waarbij er voldoende tijd en financiering voorzien wordt.

- Beperkte financiering/ Riziv-financiering die tegenover de huidige prestaties staan rondom psychische hulpverlening (bv klaarzetten en onder toezicht geven van medicatie in de thuissituatie Nu enkel voor schizofrenie en bipolaire stoornissen en dan nog is het sterk onder gefinancierd). M.a.w. een cruciaal aandachtspunt is en blijft de financiering van de thuisverpleegkundigen in de zorg voor psychiatrische patiënten en vooral de uren die zij besteden aan 'zorgcoördinatie'. Wanneer een patiënt uit de psychiatrische instelling wordt ontslagen, moet er eerst veel geregeld worden m.b.t. de zorg voor deze patiënt thuis: overleg met de psychiater, collega's in het ziekenhuis, de psychologe, gezinszorg, poetshulp, maatschappelijk werk ... Een tijdrovende maar noodzakelijke bezigheid die niet verloond wordt. Dit is op termijn onhoudbaar. Een structurele oplossing dringt zich op. Bovendien worden thuisverpleegkundigen geconfronteerd met het feit dat personen fysiek hulp en opvolging nodig hebben, terwijl de Katz score dit niet bevestigt. Om dan te verantwoorden dat deze personen toch thuisverpleegkundige zorg nodig hebben is niet eenvoudig, en zal leiden tot discussie met controlerende personen (mutualiteiten, RIZIV). In het kader van een geïntegreerde eerstelijnszorg met organisatie op wijkniveau zouden we een coördinatie- en opvolgingskost kunnen vragen, waarbij onze gespecialiseerde verpleegkundigen dan ook aanspreekpunt kunnen zijn voor de verzorgenden. Voordeel is dat onze verpleegkundigen dan de mogelijkheid hebben om de thuissituatie mee te verkennen, waar mobiele teams niet altijd in slagen.
- Daarnaast is de omgang met patiënten met een psychische kwetsbaarheid een uitdaging voor zorgverleners in de thuiszorg. Er moet voldoende geïnvesteerd worden in training en opleiding van medewerkers. Beperkte mentale ondersteuning voor de zorgmedewerkers zelf, medewerkers die dag in dag uit met ernstige psychische problemen worden geconfronteerd hebben nood aan inter/supervisie om hun job langdurig vol te houden. Er wordt al jaren geïnvesteerd in gespecialiseerde verpleegkundigen geestelijke gezondheidszorg - die hun collega's ondersteunen in de zorg voor patiënten met psychische aandoeningen.
- Er heerst nog steeds een taboe en stigma in de eerste lijn. Hiervoor is er nood aan meer campagne en vormingen.



- Vermaatschappelijking van GGZ-patiënten zal makkelijker lopen als thuisverpleegkundigen voor algemene zorgen langskomen bij deze doelgroep. Ze kunnen zo een preventieve rol spelen en indien nodig de gespecialiseerde verpleegkundige van de eerste lijn om advies vragen. Deze gespecialiseerde verpleegkundige in de GGZ moet een brug vormen met de mobiele teams. De samenwerking met de mobiele teams moet geïntensifieerd worden. Daarbij aansluitend zou deze gespecialiseerde verpleegkundige een patiënt moeten kunnen aanmelden bij het mobiele team. Dit kan dan een gekende of nieuwe patiënt zijn. De aansturing van de mobiele teams ligt nog steeds grotendeels bij de ziekenhuizen en minder bij de eerste lijn. Een duidelijke vertegenwoordiging van de eerste lijn (lees thuisverpleegkundigen) lijkt een minimum.
- De informatiedoorstroming mag efficiënter, bv verpleegkundige ontslagbrief uit PZ of AZ bevat zelden informatie over diagnose, gedane onderzoeken en uitslagen en medicatieaanpassing/voorgeschreven medicatie. Toch zijn verpleegkundigen de beroepsgroep die het meest geconfronteerd wordt met symptomen/bijwerkingen. Duidelijkere en uitgebreidere informatie is dan ook wenselijk.

TWEEDELIJNSGEZONDHEIDSZORG

- **Ratio aantal cliënten/zorgvragers per verpleegkundige.** De huidige bezetting in residentiële voorzieningen lijkt momenteel ontoereikend gezien de steeds complexere zorgnoden, de aangestuurde zorg op maat, maar ook de gespecialiseerde behandelmethodes intensiever zijn. De werkgroep verpleegkundigen geestelijke gezondheidszorg heeft op eigen initiatief in de zomer van 2020 een onderzoekvraag ingediend bij het federale Kenniscentrum (KCE). We kijken uit naar de spoedige verfijning en programmatie van dit onderzoek evenals een betrokkenheid als stakeholder of expert.
- De verloning van verpleegkundigen, in welke voorziening dan ook werkzaam (mobiel team, ambulant, residentieel, pvt, PZ, PAAZ, BW, privésector, openbare sector (miv Vlaamse overheid), federale sectoren, regionale sectoren, ... moeten gelijkwaardig te zijn. Ook het premiestelsel en dit om geen onderlinge concurrentie te krijgen obv het loon.
- Voorzien van de verpleegkundig specialist in de GGZ in de financiering.
- Een éénvormig patiëntendossier dat de zorgvrager centraal stelt en door alle zorgverleners gebruikt wordt, zou een enorme meerwaarde zijn ifv zorgcontinuïteit maar ook om meer efficiënt te kunnen werken.



6. INSPRAAK VERPLEEGKUNDIGEN

Inpraak verpleegkundigen: Verpleegkundigen geestelijke gezondheidszorg vormen een grote groep zorgverleners binnen deze sector. Tevens is verpleegkunde de grootste beroepsgroep. Echter worden verpleegkundigen doorgaans niet betrokken bij beleidsdiscussies. Ze moeten 'als het ware' genomen maatregelen ondergaan zonder voorafgaandelijk overleg en/of inspraak. Andere betrokken gezondheidszorgberoepen zoals psychiaters en psychologen zijn daarentegen wel vertegenwoordigd op verschillende Vlaamse en federale fora, werkgroepen als het overlegorgaan 107 als de federale raad geestelijke gezondheidszorg. Een vertegenwoordiging vanuit verpleegkunde lijkt, aanvullend op het aangetoond belang van interdisciplinair samenwerken, van essentieel belang in het voordeel van iedere zorgvrager en van de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen.

Werkgroep thuisverpleegkundigen

De werkgroep thuisverpleegkundigen is samengesteld uit thuisverpleegkundigen die in diensten voor thuisverpleging of op zelfstandige basis werken. De werkgroep volgt en bespreekt de actualiteit van de gezondheidszorg in het algemeen en de innovaties binnen het domein van de thuisgezondheidszorg in het bijzonder. RIZIV dossiers worden er voorbereid: besparingen in de gezondheidszorg, hervorming van de nomenclatuur, nieuwe financieringsvormen, fraudebestrijding in de thuisverpleging, permanente vorming, ontwikkelen van competenties en de ondersteuning en coaching van collega thuisverpleegkundigen in hun beroep.

Voor meer toelichting inzake de eerstelijnsgezondheidszorg kan er contact opgenomen worden met Ilse Gorissen ilse.gorissen@limburg.wgk.be, lid van de werkgroep thuisverpleegkundigen NVKVV of met de voorzitter van Louis Paquay louis.paquay@vlaanderen.wgk.be.

We verwijzen hierbij naar de volgende bijlagen of referentienota's:

1. Overeenkomstencommissie verpleegkundigen – verzekeringsinstellingen, Brussel, april 2012, Nota OW nr.2012/12. KB tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, 2 eerste lid1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14



juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van projecten m.b.t. de inschakeling van een gespecialiseerde thuisverpleegkundige psychiatrie

2. Pilotproject psychiatrische thuisverpleging in kader van GGZ hervorming volwassenen, Brussel, december 2015.

Werkgroep verpleegkundigen geestelijke gezondheidszorg

De werkgroep verpleegkundigen geestelijke gezondheidszorg NVKVV is samengesteld uit verpleegkundigen werkende in verschillende zorginstellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Samen tellen ze 17 werkgroepleden (bestuursleden) en vertegenwoordigen ze meer dan 350 verpleegkundigen – leden NVKVV specifiek in deze sector tewerkgesteld. De werkgroep hoopt dat de bevoegde minister Vandenbroucke deze aanbevelingen naar waarde beoordeelt en overmaakt aan de federale commissie zodat de broodnodige extra financiële middelen efficiënt kunnen worden besteed in het voordeel van de zorgvrager met een geestelijke gezondheidsnood.

Voor meer toelichting inzake de tweedelijnsgezondheidszorg kan er contact worden opgenomen met Vandewiele Hanne Hanne.Vandewiele@uzgent.be, lid van de werkgroep geestelijke gezondheidszorg NVKVV of met de voorzitter Maarten.DeSimpel@Emmaus.be.

Andere betrokken werkgroepen NVKVV

Werkgroep kinderverpleegkundigen NVKVV

Werkgroep verpleegkundigen ouderenzorg NVKVV

Werkroep verpleegkundigen maatschappij en gezondheid NVKVV



Bibliografie:

Cunningham, Patrick A. RN, BA, MSN The Role of the Psychiatric Nurse in Home Care, Home Healthcare Nurse: The Journal for the Home Care and Hospice Professional: November 2007 - Volume 25 - Issue 10 - p 645-652 doi: 10.1097/01.NHH.0000298935.76211.07

Declercq, T et al (2006). Richtlijn depressie bij volwassenen. Domus medica.

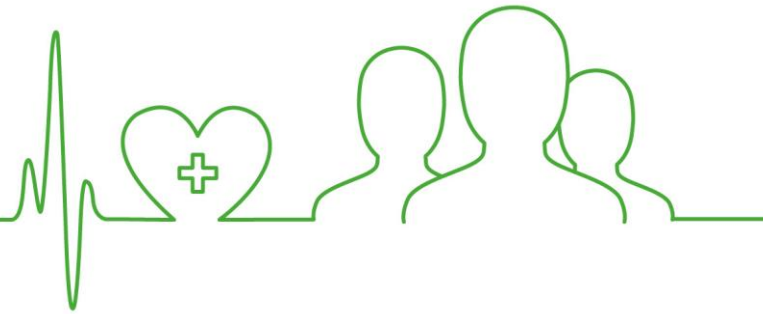
Magnusson, A., Severinsson, E., Lutzen, K. (2003). Reconstructing mental health nursing in home care. Journal of Advanced Nursing, 43, 351-9.

Markle-Reid, M., McAiney, C., Forbes, D., Thabane, L., Gibson, M., Browne, G., Hoch, J. S., Peirce, T., Busing, B. (2014). An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms. BMC Geriatrics, 14, 62. <https://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-14-62>

Muijen M, Marks I, Connolly J, Audini B. Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. BMJ. 1992 Mar 21;304(6829):749-54. doi: 10.1136/bmj.304.6829.749. PMID: 1571681; PMCID: PMC1881624.

Overeenkomstencommissie verpleegkundigen – verzekeringsinstellingen, Brussel, april 2012, Nota OW nr.2012/12. KB tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, 2 eerste lid1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van projecten m.b.t. de inschakeling van een gespecialiseerde thuisverpleegkundige psychiatrie

Pilootproject psychiatrische thuisverpleging in kader van GGZ hervorming volwassenen, Brussel, december 2015.



Singh R, Rowan J, Burton C, Galletly C. How effective is a hospital at home service for people with acute mental illness? *Australas Psychiatry*. 2010 Dec;18(6):512-6. doi: 10.3109/10398562.2010.526214. PMID: 21117838.

Vliegheer K, et al. (2015). Shifting care from hospital to home: a qualitative study. *Primary Health Care*. 25:26-33.