

Werkwijzen/modellen voor intensifiëring

Situering: Beslissing overlegorgaan 107 dd 4/10/2018.

- Aangezien er een duidelijke relatie is tussen het meer mobiel werken en de residentiële werking, zijn de bevoegde overheden bereid om ten experimentele titel (via artikel 107), voorstellen van de netwerken inzake intensifiëring te bekijken.
- De voorstellen dienen ingediend te worden vóór 1 december 2018.
- Voorstellen voor intensifiëring worden afgestemd binnen het netwerk en samen met de voorstellen voor vermaatschappelijking ingediend.
- De voorstellen voor intensifiëring dienen qua omkadering budgetneutraal te zijn. Dit betekent voor een geïntensifieerde afdeling neutraal op ziekenhuisniveau en voor een HIC-werking neutraal voor de ziekenhuizen op netwerkniveau.
De overheid is bereid om, binnen de budgettaire ruimte, het verlies aan honoraria te compenseren.
- Zowel voor de mobiele teams als voor intensifiëring dient een tabel meegestuurd te worden waarop nominatief het arbeidsregime van de medewerker bepaald wordt.

De werkgroep kreeg het mandaat om voorstellen voor intensifiëring verder uit te werken.

Overeenkomstig de nota "**Optimalisering of intensifiëring van de zorg in functie 4 in de GGZ-hervorming voor volwassenen**" worden, afhankelijk van de patiëntenpopulatie, twee modellen/werkwijzen uitgewerkt:

- o Model 1: Unit voor geïntensifieerde psychiatrische zorg (intensifiëring door hogere personeelsnorm/bed)
- o Model 2: HIC-werking (intensifiëring als innovatieve zorgvorm)

Tijdens de operationalisering kunnen i.f.v. voorziening specifieke organisatie afwijkingen worden voorzien op de hieronder voorgestelde modellen. Deze afwijkingen hebben voornamelijk betrekking op de beschikbare infrastructuur en het aantal bedden. De voorgestelde omkadering en principes inzake kwaliteit, veiligheid en permanentie worden evenwel gegarandeerd.

Model 1 : Oprichten van een unit voor geïntensifieerde psychiatrische zorg

Concept

De toelichting en onderbouwing voor de geïntensifieerde psychiatrische zorg wordt beschreven in de nota 'Optimalisering of intensifiëring van de zorg in functie 4 in de GGZ-hervorming voor volwassenen', onder deel 1: 'De geplande geïntensifieerde zorg binnen functie 4' en deel 2: 'De niet-geplande geïntensifieerde zorg binnen functie 4'.

Kwaliteitsvolle, geïntensifieerde zorg wordt gerealiseerd enerzijds via het aanpassen van de zorgmethodieken, anderzijds via het aanpassen van de architectuur (prikkelarme ruimtes, comfortrooms, ...) of de zorgorganisatie (kleinere leefeenheden, ...).

Er wordt uitgegaan

- *ofwel* van 1 unit van 24 bedden. Een werking met kleinere subunits is mogelijk;
- *ofwel* van 1 unit van 22 bedden, aangevuld met 2 crisisbedden, waardoor de zorg indien nodig kan worden opgeschaald. Gezien de functie van de crisisbedden is de verwachte bezettingsgraad van 80% op deze crisisbedden niet van toepassing. Ook hier is een werking met kleinere subunits mogelijk.

De werking van deze units is gebaseerd op onderstaande kenmerken:

1. Geplande geïntensifieerde zorg biedt zorg aan die wetenschappelijk onderbouwd is, en die bestaat uit individuele en groeps-therapeutische begeleiding en behandeling bij (een vermoeden van) complexe psychiatrische problemen die complexe interventies of kennis vereisen: (a) ze stelt een diagnose bij ernstige, bij co-morbide en bij complexe casussen; (b) ze stelt de behandeling af op de ernstige, co-morbide en complexe problematiek van de patiënt, inclusief de aandacht voor de gepaste farmacologische en therapeutische behandeling en volgt de resultaten ervan op; (c) de behandeling is zo intensief en zo lang als nodig en zo intensief en zo kort als mogelijk.
2. Geplande geïntensifieerde zorg vult klinische kennismodellen aan met ervaringsdeskundigheid en integreert ervaringsdeskundigheid en familie-ervaringsdeskundigheid op aantoonbare wijze in de werking van de organisatie;
3. Steunend op klinische behandeling en op ervaringsdeskundigheid streeft de geplande geïntensifieerde zorg naar herstel bij de patiënt en dit via een uniek, persoonlijke proces waarin de patiënt zijn eigen leven weer inhoud en betekenis geeft. Dit uit zich onder andere – maar niet uitsluitend- in het opstellen van een zorgvuldig met de patiënt onderhandeld behandelplan.
4. Geplande geïntensifieerde zorg biedt een intensievere individuele therapeutische begeleiding en behandeling, en ook meer zorg op maat, met het oog op een zo hoog mogelijke responsiviteit van de patiënt op de aangeboden behandeling. Zij maakt daarbij actief gebruik van een brede waaier aan flexibele ondersteuningsvormen om de zorgonafhankelijkheid te bevorderen, zoals deeltijdbehandeling, intensieve dagbehandeling, mogelijkheden voor bed op recept, in/outreachinge werkvormen, ...;
5. Geplande geïntensifieerde zorg is in staat de zorg snel op te schalen naar crisiszorg of andere werkvormen die het mogelijk maken om de patiënt meer nabij te kunnen zijn en om terug te schakelen als de situatie dit toelaat, om zo een kwalitatief antwoord te kunnen bieden op een hogere prevalentie van externaliserend gedrag en een hoger aantal gedwongen opnames;
6. Geplande geïntensifieerde zorg biedt begeleiding en behandeling in een aangepaste omgeving (groeps grootte en rustgevende omgeving), om mensen in een onstabiele fase van hun ziekte de beste kansen op herstel te bieden en het gebruik van vrijheidsberovende maatregelen tot een minimum te beperken;
7. Geplande geïntensifieerde zorg bewaakt vanuit haar rol als residentiële actor de kwaliteit van de transitie momenten. Dit uit zich onder meer door het opstellen van een duidelijke transferrnota bij het vertrek van de patiënt uit de unit, gericht aan de betrokken verdere zorgverleners. Eveneens wordt het opstellen van een crisisplan en crisiskaart gestimuleerd.

8. Geplande geïntensifieerde zorg erkent familie en naastbetrokkenen als partner in de zorg en betreft hen actief bij het moment van opname, tijdens de behandeling en gedurende de ontslagfase;
9. Geplande geïntensifieerde zorg gaat als lid van het GGZ-netwerk in de regio in overleg en bewaakt de afstemming met andere actoren in het zorgnetwerk
10. Geplande geïntensifieerde zorg zet in op gespecialiseerd personeel, en bewaakt een kwalitatief vormingsaanbod.

Personeelsomkadering

- Een geïntensifieerde werking (ID-bed) met 24 bedden of 22 ID-bedden + 2 crisisbedden vereist een omkadering van 0,73 VTE/bed of in totaal 17,52 VTE per 24 bedden.
- Een afdeling van 30 A-bedden (17,25 VTE) of 30 T-bedden (12 VTE) kan mits bijkomende bevrozing budgetneutraal worden omgezet naar een afdeling van 24 ID-bedden. Dit equivalent VTE kan worden ingezet vanuit bevrozing van A- of T-bedden.

Medische functie

- Voor de berekening van de artsenvergoeding wordt voor de ID-bedden minimaal vertrokken van de huidige A-nomenclatuur.
- Er wordt uitgegaan van volgende principes: 1) Er is geen verlies aan honoraria voor artsen psychiaters, en 2) bij verlies aan honoraria compenseert de overheid het vastgestelde verschil.
- Voorstel om deze principes toe te voegen aan de RIZIV-conventie die voor de medische functie wordt opgemaakt n.a.v. de afspraken inzake de mobiele teams.

Model 2: Oprichten van een HIC-werking

Concept

De toelichting en onderbouwing voor de HIC-werking wordt beschreven in de nota 'Intensifiëring: Psychiatrische intensieve zorgen'. Samengevat staat dit model voor:

- Een afdeling van 20-24 bedden die bestaat uit twee architecturaal gescheiden, bij elkaar aansluitende '**high care units**' van 10-12 patiënten, aangevuld met een '**intensive care unit**' van 2 à 4 kamers:
 - Elk van de units beschikt over 10-12 éénpersoons-kamers en een 'comfort room'.
 - Naast deze units is er de 'intensive care unit': een afzonderlijke voorziening van 2 à 4 kamers die architecturaal preferentieel gelegen is tussen beide 'high care units'. Deze kamers zijn in principe leeg en dus op elk moment beschikbaar voor opschaling van zorg voor patiënten uit de 2 high care units die hand-in-hand begeleiding nodig hebben omwille van uitgesproken agitatie, gedesorganiseerd gedrag, hoog risico... De patiënt verblijft er nooit alleen, maar steeds begeleid door iemand van het zorgpersoneel.
- Dit 'drieluik' (2 kleinere behandelunits én een afzonderlijke intensive care unit) dient beschouwd te worden als één geheel waardoor de principes van high intensive care kunnen worden gerealiseerd.
- Zowel in de 'high care units' als in de 'intensive care' wordt rooming-in door familieleden mogelijk gemaakt en bevorderd.

- Het voorzien van 1 à 2 extra beveiligde afzonderingskamers blijft voorlopig nodig.

De HIC-werking is een innovatief gegeven. De beoogde effecten zijn onder meer:

- Preventie van dwang, in het bijzonder afzondering.
- Versterking van de zorgcontinuïteit, in het bijzonder tussen residentiële en ambulante zorg.
- Versterking van de samenwerking tussen hulpverlening, gebruikers en naastbetrokkenen.

Het is belangrijk de ontwikkeling ervan tijdens de pilootfase op te volgen met behulp van een aangepast beoordelingsinstrument (bv. a.h.v. een adaptatie van de Nederlandse HIC-monitor aan de Belgische context).

Architecturale aanpassingen

- De HIC-werking vereist een aangepaste infrastructuur zoals hoger omschreven.
- Voorzieningen werken tijdens de pilootfase een aangepast traject uit waarin een gefaseerde realisatie van de architecturale aanpassingen is beschreven en waarin de afspraken hierover met de bevoegde overheden zijn opgenomen.

Personeelsomkadering

- Een ID-dienst met HIC-werking vereist een omkadering van 25,02 VTE voor 24 bedden of 1,04 VTE/bed.

Deze berekening is gebaseerd op

- a. 24 bedden met een omkadering voor geïntensifieerde zorg, d.i. 0,73/bed
- b. 4 bedden aan SGA-omkadering, d.i. 1,875 VTE/bed

Een afdeling van 30 A-bedden (17,25 VTE) of 30 T-bedden (12 VTE) kan mits bijkomende bevrozing budgetneutraal worden omgezet naar een HIC-werking met 20-24 bedden (zie hoger). Dit equivalent VTE kan worden ingezet vanuit bevrozing van A- of T-bedden.

Medische functie

- Conform de berekeningswijze voor de personeelsomkadering wordt voor de berekening van de artsenvergoeding voor de ID-bedden minimaal vertrokken van de huidige A-nomenclatuur en voor de 4-bedden 'intensive care' van de SGA-nomenclatuur.
- Er wordt uitgegaan van volgende principes: 1) Er is geen verlies aan honoraria voor artsen psychiaters, en 2) bij verlies aan honoraria compenseert de overheid het vastgestelde verschil.
- Voorstel om deze principes toe te voegen aan de conventie die voor de medische functie wordt opgemaakt n.a.v. de afspraken inzake de mobiele teams.