



De conventie doorgelicht

Stef Joos

Psycholoog – systeemtherapeut

Co-voorzitter Upsy-Bupsy

Riziv-conventie

151 miljoen euro wordt vrijgemaakt met als inzet het toegankelijk maken van psychologische zorg in de eerste lijn.

Concreet houdt dit voor de psychologen/orthopedagogen en hun cliënten in dat er een nieuwe manier gevonden werd om psychologische zorg **beperkt** terug te betalen.



Twee functies

Psychologische zorg wordt binnen die overeenkomst ingedeeld in twee “functies”:

- de functie **eerstelijnspsychologische zorg** (ELP)
- de functie **gespecialiseerde psychologische zorg** (GZ)

Psychologische zorg wordt in beide functies mogelijk op basis van een “individueel aanbod” of een “groepsaanbod”.



Eerstelijnspsychologische zorg

- **groepsaanbod** : groepsgewijze interventies die de mentale gezondheid versterken en psychische problemen voorkomen, de mogelijkheden tot zelfzorg versterken en/of de mantelzorg ondersteunen. Dit gebeurt door KP/KO, bij voorkeur in samenwerking met andere zorg- en hulpverleners en ervaringsdeskundigen.

Elke cliënt heeft recht op 5 sessies per jaar.

- **Individueel aanbod**

Elke cliënt heeft recht op 8 sessies per jaar



Opdracht ELP

- a. Inschatting van de aanwezige problemen en **vraagverheldering**
- b. Begeleide zelfhulp, **psycho-educatie**
- c. Bevorderen van de **zelfredzaamheid en veerkracht** van de rechthebbende of van zijn familiale context
- d. **Ondersteuning** van de eerstelijnsactoren rond de rechthebbende
- e. **Doorverwijzing** naar gespecialiseerde zorg en/of doorverwijzing naar andere zorg- en ondersteuningsorganisaties en/of patiënten- en familieverenigingen.



Terugbetaling

- Voor ‘volwassenen/ouderen’ zijn per periode van 12 maanden maximaal **8 individuele sessies** vergoedbaar of maximaal **5 groepsinterventies**.

Voor ‘kinderen en jongeren’ zijn per periode van 12 maanden maximaal **10 individuele sessies** vergoedbaar of maximaal **8 groepsinterventies**. In dit aantal zijn de sessies voorzien waarbij enkel de ouders voogd of familielid aanwezig zijn.

Een individuele sessie behelst 60 min waarvan minimum 45 min patiëntencontact.
Een groepssessie behelst 120 min waarvan minimum 90 min patiëntencontact.

- Per individuele sessie krijgt de psycholoog **75 euro** en betaalt de patiënt (afhankelijk van zijn statuut) **4 of 11 euro**.

Per cliënt mag de psycholoog eenmalig 60 euro aanrekenen voor dossiervorming en administratie.

Voor een “groepsinterventie van 120 minuten” mag **400 euro** worden in rekening gebracht als deze wordt aangeboden door ofwel 2 klinisch psychologen of een klinisch psycholoog en een arts. **326 euro** mag worden aangerekend als deze wordt aangeboden door een klinisch psycholoog en een andere zorg- en hulpverlener/*ervaringsdeskundige*.

De cliënt zou dan 2,5 euro betalen per groepssessie



Gespecialiseerde zorg

- Deze functie is gericht op personen die naar aanleiding van **hun onderliggende psychische aandoening** gespecialiseerde zorg nodig hebben.
- Dit kan op verschillende manieren ingevuld worden: individuele interventie, zorg op afstand (telegeneeskunde) of specifieke groepsinterventie.
- Dat wil zeggen dat de interventie **aangepast is aan de onderliggende aandoening** en waarvoor specifieke technieken worden gebruikt (bijv. groepsinterventie voor mensen met ADHD of interventie voor ouders, voogd of familielid met angstige kinderen).
- Deze behandeling wordt uitgevoerd door KP/KO met **specifieke competenties**, aantoonbaar via het portfolio van de zorgverlener.



Hoe vindt de cliënt deze (beperkt) terugbetaalde zorg: **ELP**

- is rechtstreeks toegankelijk op initiatief van de cliënt, het systeem rond de cliënt of na doorverwijzing.
- de psycholoog maakt van bij de aanvang ***samen met de actoren van de eerste lijn een functioneel bilan op***
- Dit bilan is een communicatie-instrument tussen partners in het netwerk en geldt ook als indicatie voor gespecialiseerde zorg en aanmelding bij het netwerk ambulante gespecialiseerde GGZ.



Hoe vindt de cliënt deze (beperkt) terugbetaalde zorg : **gespecialiseerde zorg**

- De gespecialiseerde psychologische functie is enkel vergoedbaar **na een aanmelding bij het netwerk van de gespecialiseerde ambulante GGZ op basis van een functioneel bilan opgesteld door een klinisch orthopedagoog/psycholoog en een arts** volgens de netwerkafspraken inzake aanmelding en zorgtoeleiding.
- Indien uit het functioneel bilan blijkt dat een behandeling binnen de gespecialiseerde zorg geïndiceerd is, wordt de persoon **aangemeld bij het netwerk** van gespecialiseerde ambulante GGZ die de rechthebbende toeleidt naar de voor hem gepaste gespecialiseerde psychologische zorg.
- In de loop van de individuele reeks gespecialiseerde psychologische zorg wordt een **tussentijdse evaluatie** gemaakt via het functionele bilan, zoals opgemaakt tijdens de aanmelding en (her)oriëntering.
- Indien uit de tussentijdse evaluatie blijkt dat **opschaling van de gespecialiseerde zorg** nodig is, kan een overleg voorzien worden voor de rechthebbende.
Dit multidisciplinair overleg coördineert verschillende klinische interventies rond en in samenwerking met de rechthebbende en zijn context, en waarbij minimum 3 zorgverleners aanwezig zijn (bijvoorbeeld psychiater, huisarts, gespecialiseerde psychologische zorg)



Terugbetaling Gespecialiseerde zorg

- Voor ‘volwassenen/ouderen’ zijn per periode van 12 maanden gemiddeld 8 individuele sessies vergoedbaar, met een **maximum van 20 vergoedbare sessies** of maximum 12 groepssessies.

Voor de doelgroep ‘kinderen en jongeren’ zijn per periode van 12 maanden gemiddeld 10 individuele vergoedbaar, met een **maximum van 20 vergoedbare sessies** of maximum 15 groepssessies.

Een individuele sessie behelst 60 min waarvan minimum 45 min patiëntencontact.
Een groepssessie behelst 120 min waarvan minimum 90 min patiëntencontact.

- Per individuele sessie krijgt de psycholoog **75 euro** en betaalt de patiënt (afhankelijk van zijn statuut) **4 of 11 euro**.

Per cliënt mag de psycholoog eenmalig 60 euro aanrekenen voor dossiervorming en administratie.

Voor een “groepsinterventie van 120 minuten” mag **400 euro** worden in rekening gebracht als deze wordt aangeboden door ofwel 2 klinisch psychologen of een klinisch psycholoog en een arts. **(hier verdwijnen andere hulpverleners en ervaringsdeskundigen uit beeld)**

- De cliënt zou dan 2,5 euro betalen per groepssessie



Hoe wordt een en ander aangestuurd ?

- de netwerken werven een **lokale coördinator** aan om de invoering en de ontwikkeling van de psychologische functie en de opdrachten van het netwerk GGZ binnen deze overeenkomst te verwezenlijken.
- de netwerken bepalen **hoe de twee functies omschreven worden.**
- de netwerken bepalen **welke psychologen** eerstelijnspsychologische zorg mogen aanbieden en welke psychologen gespecialiseerde zorg mogen aanbieden.
- worden verantwoordelijk voor de kwaliteitsmeting
- De netwerken monitoren de inzet van de middelen in functie van populatiemanagement en de behoeften aan psychologische zorg.
- de netwerken zetten systemen op rond toeleiding en verwijzing



Waarom historisch?

- Het klopt natuurlijk dat het een eerste model is waarbij men probeert psychologische zorg **toegankelijk en betaalbaar** te maken voor (een bepaalde categorie) mensen.
- Het klopt natuurlijk dat het historisch is dat straks de keuze tussen hulp zoeken binnen een GGZ of binnen zelfstandige praktijken voor het eerst niet onder meer gebaseerd is op de “**prijs**”.
- Het is ook historisch in die zin dat psychologische zorg niet langer “ingekanteld” lijkt te worden in de gezondheidszorg binnen een wat aparte positie, maar “ingelijfd wordt” met inbegrip van het zich aanpassen aan medisch model.



De gevolgen voor cliënten/patiënten

Je kan straks, als je het geluk hebt in je eigen regio een **geconventioneerde psycholoog** te vinden, voor 4 of 11 euro naar de psycholoog voor 8 of in het beste (of het slechtste natuurlijk want het feit dat dat kan veronderstelt een onderliggende aandoening – niet echt iets waar een mens op hoopt) geval 20 sessies.

- Wil je daar op kunnen rekenen betekent dat ook wel:
 - dat je niet langer **anoniem** psychologische hulp kan zoeken
 - dat je huisarts (of op zijn minst iemand anders in de eerste lijn rondom je) op de hoogte is van je problemen zijn en hoe men daar in de GGZ naar kijkt.
 - dat het je niet langer gegund is **je behandelaar zelf te kiezen** (nochtans een recht binnen de wet op de patiëntenrechten).
 - dat je het geen probleem vindt dat een **elektronisch en deelbaar dossier** wordt bijgehouden door je psycholoog.



Op welke manier kan de psycholoog geconventioneerd geraken?

- de psycholoog moet een **contract** afsluiten met het GGZ netwerk van de eigen regio (sollicitatie via portfolio)
- moet erkend zijn en een visum en een RIZIV-nummer hebben
- moet een opleiding volgen over '**de werking van het netwerk**' tot het welke hij toetreedt
- moet samen met de andere ingeschreven psychologen **intervisie** volgen georganiseerd door het netwerk
- moet werken voor cliënten die **wonen in de regio** van het netwerk waarvoor hij werkt
- moet een deelbaar **patiëntendossier** bijhouden
- moet zich voor minimum **8u per week** voor het netwerk engageren
- moet de **visie op zorg** binnen het netwerk delen (de ontwikkeling van een kwaliteitscultuur binnen het netwerk GGZ houdt gedeelde overtuigingen, waarden, houdingen, instellingen en gedragspatronen in die gericht zijn op een continue kwaliteitsverbetering van de zorgverlening)
- stapt mee in een **kwaliteitssysteem met zelfevaluatie** op regelmatige tijdstippen aan de hand van indicatoren, meetbare doelen en opvolgings- en evaluatieprocessen. Het meten en opvolgen van patiënten/familietevredenheid en –ervaringen hoort daarbij.
- de psycholoog verklaart zich akkoord dat **de facturatie via een ziekenhuis** binnen het netwerk verloopt.
- verklaart zich akkoord met de manier waarop binnen het netwerk **toeleiding, verwijzing, overleg en rapportering** wordt bepaald.



Historisch of een historische vergissing?

Conventie: een conventie is een tekst waarin een **overeenkomst tussen verschillende partners** “bezegeld wordt”.

In de Belgische GGZ kennen we al langer ‘conventies’: bv. de psychosociale revalidatiecentra. Eens ondertekend verandert er weinig, er wordt slechts af en toe wat “gemorreld in de marge”.

Het Riziv en de VVKP spreken van een “**proefproject**”.

In de GGZ kennen we al langer proefprojecten. Bijvoorbeeld de psychiatrische thuiszorg. De PZT bestaan al ruim twintig jaar en blijven fluisterend bestaan zelfs al zijn er ondertussen mobiele teams die die PZT-teams grotendeels opgeslokt hebben.

Wat geboren wordt...

Mobiele teams werden destijds opgericht als een soort proeftuin op basis van een bevrozing van bedden. Ondertussen bestaan ze al 10 jaar en blijven bedden bevroren.



Historische vergissing?

- Eens deze conventie effectief uitgerold wordt, zal ze – wellicht traag en op langere termijn – uitgebreid, aangepast, bijgestuurd worden.
- Maar steeds op **basis van de uitgangspunten**:
 - Een categoriaal onderscheid tussen ELP en GZ
 - Een kunstmatige beperking op het aantal sessies
 - Geïnspireerd op een ‘medisch model’
 - Georganiseerd door de netwerken (en niet door de psychologen) en gefinancierd door de ziekenhuizen.
 - Met een wankelende rechtszekerheid rond beroepsgeheim en deontologie.



De belangrijkste problemen: **deontologie.**

- Zowel in de ELP-zorg* als bij het “doorverwijzen” van mensen naar de gespecialiseerde zorg dienen “anderen” (ofwel bij ELP vaag omschreven als ‘actoren binnen de eerste lijn’ ofwel voor de gespecialiseerde zorg een “arts”) betrokken te worden. Indien **cliënt de psycholoog de toelating niet geeft die gegevens te delen, vervalt zijn recht op terugbetaling.**
- Die bepalingen zijn in conflict met onze **deontologische code**. Kort gezegd; het is voor psychologen onmogelijk de code te respecteren en “binnen de regels van de conventie” te werken. Gegevens delen met een arts kan immers alleen met toestemming van de patiënt, indien het noodzakelijk is voor goede zorg en de info die gedeeld wordt moet beperkt blijven tot de “need to know”.
- Voor duidelijk is via welk **platform** psychologen binnen de conventie “dossiers” moeten bewaren, is het ook nog onduidelijk in hoeverre die vereiste te verzoenen is met onze code.

(*momenteel is het nog onduidelijk in hoeverre ook voor ELP geldt dat de terugbetaling vervalt als de patiënt dit weigert)



De belangrijkste problemen: **autonomie**

- aangezien **een arts** betrokken wordt bij de beslissing iemand aan te melden voor gespecialiseerde zorg, suggereert de conventie dat de psycholoog die beslissing niet autonoom kan nemen.
- de psycholoog, tot nu toe een vrij en autonoom beroep, wordt “verplicht” (wil hij patiënten terugbetaling gunnen) zich “**aan te sluiten bij een netwerk**”.
 - Dat zich aansluiten gaat ver : men dient “te solliciteren” bij het netwerk. Iemand anders zal bepalen of U zich “mag conventioneren” en welke functie U dan mag uitoefenen (ELP dan wel GZ of beide).
 - Men dient “de visie van het netwerk te onderschrijven”.
 - Men moet intervisie volgen met andere geconventioneerde psychologen en is dus ook in deze geen autonome mens die zelf bepaalt welke intervisiegroep hij kiest
 - ...
- Binnen de conventie mag psycholoogzelf niet langer inschatten hoe intensief, hoe langdurend, etc. een patiënt behandeld wordt: **de regering / het RIZIV** bepaalt hoelang zorg wordt terugbetaald en doet dat niet op basis van bijvoorbeeld klinische evidentie maar louter op basis van economische principes.



Belangrijkste problemen: **een medisch model**

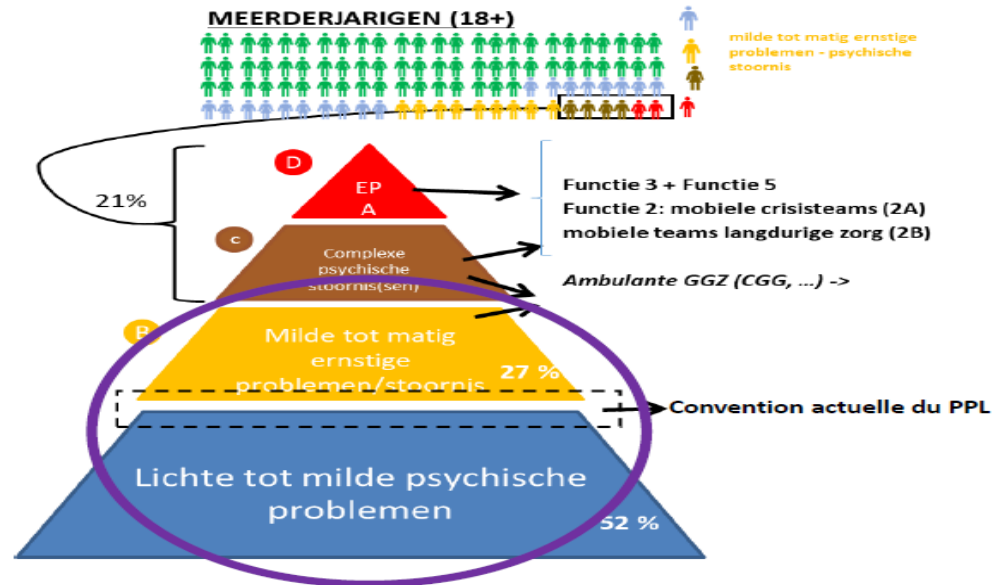
- De ELP-zorg is dan wel *zogenaamd* “vrij van diagnose-beperking”. Toch wordt van de psycholoog verwacht dat hij inschat of de zorgnood kan beantwoord worden binnen de 8 sessies. Eigenlijk is dus **het “includeren” van iemand in de ELP-zorg op zich een diagnose: het gaat hier om milde of matige problemen die kortdurend te behandelen zijn.**
- De gespecialiseerde zorg is slechts toegankelijk op basis van het “bestaan van een **onderliggende aandoening**”: **ook hier is dus opnieuw diagnostiek nodig** die dan leidt tot de vaststelling dat deze zorg niet geschikt voor ELP maar wel voor gespecialiseerde zorg.
- Het is een model dat erg geïnspireerd is door het **medische model** waarbij men eerst de huisarts consulteert die dan “bepaalt” of hij zelf (op de eerste lijn) de nodige zorg kan bieden of dat er nood is aan een doorverwijzing naar een specialist.
- Uit zowat alle onderzoek betreffende psychologische zorg wordt nochtans duidelijk dat:
 - De behandelrelatie een van de meest werkbare instrumenten is.
 - Elke doorverwijzing zorgt voor uitval in de zorg.
 - Het onderscheid tussen ELP en GZ artificieel is en continuïteit van zorg van primair belang is.



Belangrijkste problemen: de verkeerde doelgroep?

Zowel naar de netwerken toe (vanuit het RIZIV) als naar de psychologen toe wordt gezegd dat de conventie bedoeld is voor “milde tot matige problemen”.

IV



Belangrijkste problemen: **de verkeerde doelgroep?**

- Vraag is dus of door de zorg bereikbaar te maken voor “iedereen” (tenminste die mensen die slechts lichte tot matige problemen kennen),
- De meest kwetsbare groep die ook nu in de GGZ vaak uitgesloten wordt (te weinig introspectief vermogen, te weinig te verwachten groei, te beperkt mentaliserend vermogen, te ‘chronisch’, ...)
- Niet opnieuw uitgesloten wordt.



Belangrijkste problemen: De patiënt verliest zijn **recht de eigen behandelaar vrij te kiezen.**

- Nochtans een recht binnen de wet op de patiëntenrechten.
- De beperking een psycholoog te moeten kiezen in de eigen zorgregio is beperkend.
- Bovendien is straks het onderscheid tussen terugbetaalde en niet-terugbetaalde zorg zo groot, dat de patiënt echt onder druk komt te staan voor bepaalde “behandelaars” te kiezen.
- Het GGZ-aanbod wordt ook erg onoverzichtelijk: straks bestaan er drie soorten psychologen – geconventioneerde ELP-ers, geconventioneerde ‘specialisten’ en niet geconventioneerden.



Belangrijkste problemen: **er wordt ongelijkheid geïnstalleerd tussen gelijken.**

- De netwerken zullen bepalen **welke psychologen** mogen instappen.
- De netwerken zullen bepalen **wie welke zorg** mag bieden.
- Op basis van de wisselende cijfers zouden **tussen de 10% en de 30% van de psychologen** kunnen toetreden.
- Het is dus onvermijdelijk dat er straks mensen zullen **uitgesloten worden** die in essentie dezelfde diploma's en erkenningen hebben als zij die mogen meedoen.
- Psychologen die slechts in **bijberoep** werken en psychologen met **wachlijsten** kunnen niet instappen.
- Hieruit volgt: sommige **cliënten** zullen terugbetaling genieten en anderen niet en **niet eens op basis van objectieve criteria** (zoals bv. inkomen of zorgvraag).



Het nu al beperkt aanbod aan zorg wordt beperkter.

- De conventie sluit alle niet-psychologen / niet-orthopedagogen uit van de terugbetalingsregeling.
- Wat betekent dat heel wat zorg die vandaag geboden wordt straks per definitie niet terugbetaalbaar zal zijn.
- Dit brengt waarschijnlijk een dynamiek op gang waarbij sommige cliënten van de **psychotherapeuten niet WUG** hun zorgvragen bij geconventioneerde psychologen zullen stellen, wat de druk op **wachlijsten dreigt te doen toenemen**.



Belangrijkste problemen: **in conflict met de 'wetenschap'**

Uit een zeer recent artikel van professor Luyten* blijkt dat een succesvol terugbetalingsstelsel voor psychologische zorg best rekening houdt met:

1. Laat patiënten **autonoom** hun zorgverlener kiezen
2. Studies laten duidelijk zien dat men het **aantal sessies** in principe **vrij** kan laten
3. Een **te laag aantal sessies is problematisch**. We doen beter iets in één keer goed, dan verschillende keren half werk leveren. Standaard iedereen vier tot acht sessies aanbieden, bijvoorbeeld, leidt tot een hoge non-respons en iatrogene effecten
4. Zorg ervoor dat de terugbetaling van psychologische zorg **niet afhankelijk is van de lijn van de ggz** waarin ze aangeboden wordt.
5. Stel **kwaliteitseisen** aan psychologische hulpverlening. In alle in dit artikel geciteerde programma's van psychologische zorg in de dagelijkse praktijk hadden behandelaars een **psychotherapieopleiding en/of een aanvullende, specifieke opleiding** in de behandelvorm die ze aanbieden.

*Toegang tot en vergoeding van ambulante psychologische zorg: wat zegt wetenschappelijk onderzoek? Patrick Luyten [Tijdschrift Klinische Psychologie, 2021, 51(2), 137-154]



Belangrijkste problemen: VOOR **courante en belangrijke vormen van zorg** is geen terugbetalingssysteem voorzien.

- Voor psychodiagnostiek/neuropsychologisch onderzoek is in dit model geen plaats.
- Voor relatie- en gezinstherapie is binnen de conventie niets voorzien.
- Psychotherapie bestaat niet meer.



Wordt deze conventie opnieuw een maat voor niets?

- De ELP-regeling bedacht door het minister De Block werd massaal verworpen door de psychologen waardoor het aanbod aan ELP erg beperkt bleef en veel beschikbare middelen nooit gebruikt werden.
- Gegeven het feit dat erg veel problemen van toen terugkeren, is het de vraag of het deze keer wel lukt de psychologen mee te krijgen.
- Problemen rond beroepsgeheim, autonomie, het begrenzen van het aantal sessies, doelgroep, etc. blijven onverkort bestaan.





Het ABC van de GGZ-netwerken.

Wat is een GGZ-netwerk?

- GGZ-netwerken zijn in essentie psy-107 projecten die streven naar een betere en gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en netwerken.

Daarbij wordt gestreefd naar een gedifferentieerd zorgaanbod dat gebaseerd is op de noden van personen met psychische problemen en vertrekt vanuit hun concrete leef-, leer- en werkomgeving. Naast een intensieve samenwerking tussen intramurale en extramurale zorg, wordt specifiek ingezet op inschakeling van ggz in andere beleidsdomeinen zoals wonen, werk en sociale economie en vrije tijd en ontmoeting.

- De uiteindelijke doelstelling van een “artikel 107-project” is realisatie van continuïteit van de zorg voor mensen met een psychische kwetsbaarheid en dit bij voorkeur zo dicht mogelijk in de natuurlijke leefsituatie (thuis).



Het ABC van de GGZ-netwerken.

Welke partners vormen dit netwerk?

- In die netwerken worden zoveel mogelijk partners betrokken die op een of andere manier op zorg voor kwetsbare mensen betrokken zijn; dat gaat van OCMW's, eerstelijnsdiensten, huisartsenverenigingen, patiënten- en familievertegenwoordigers, vertegenwoordigers van de verslavingszorg, de daklozenwerkingen, politie, justitie, sociale huisvestingsmaatschappijen, etc.
- Ook alle actoren binnen de geestelijke gezondheidszorg in die regio zijn 'verplicht' betrokken bij het netwerk in hun regio: alle psychiatrische ziekenhuizen, alle algemene ziekenhuizen (met een PAAZ-dienst), de CGG's, de RIZIV-conventies (veel therapeutische gemeenschappen vallen daaronder), etc.

De betrokkenheid van al die "spelers" wordt geconcretiseerd door het feit dat zij allen hun 'directeur' (of toch iemand met een hoge beleidsfunctie binnen de organisatie) afvaardigen in het "netwerkcomité". Het netwerkcomité is, in feite, te vergelijken met een bestuursraad in de bedrijfswereld; de richting die het netwerk uitgaat, de belangrijke beslissingen worden daar genomen.



Het ABC van de GGZ-netwerken.

Wie stuurt dit netwerk aan?

- Het netwerk is een samenwerking. Dit wil zeggen dat geen van de partners een hiërarchische positie heeft tov een andere partner en dat er steeds naar consensus gezocht moet worden.
- De coördinatie wordt opgenomen door een “netwerkcoördinator” in samenwerking met een netwerkvoorzitter.

Elk netwerk heeft een soort “rekeninghouder”; dat is een psychiatrisch ziekenhuis dat alle administratieve en financiële engagementen van het netwerk opneemt.



Het ABC van de GGZ-netwerken.

Hoe krijgt het werk concreet vorm?

- Concreet wordt een ander uitgewerkt op basis van vijf, door de overheid bedachte, ‘functies’. In de meeste netwerken zijn er werkgroepen per functie die samenkomen om op hun terrein een en ander vorm te geven. De activiteiten van die werkgroepen worden opgevolgd door de netwerkcoördinatie en gerapporteerd aan het netwerk-comité

Functie 1: Activiteiten inzake preventie, promotie van de ggz, vroegdetectie, screening en indicatiestelling, ambulante diagnostiek en behandeling.

- ***Het is in deze functie dat de ELP-coördinatie gestalte kreeg. Het valt te voorzien dat ook de nieuwe conventie zal uitgewerkt worden door de actoren betrokken bij functie 1.***
- ***Concreet gaat het dan over de mensen van de CAW's, de OCMW's, de CGG's, familie- en patiëntenvertegenwoordigers, huisartsen, etc.***
- ***Functie 2:*** Mobiele intensieve behandeling – *in feite de speerpunten van de netwerken. Omdat het zowat de enige “nieuwe functie is die gecreëerd werd door 107”. De befaamde crisisteam (2A) en de mobiele psychiatrische teams (2B) worden gefinancierd door de psychiatrische ziekenhuizen die hiervoor uitgenodigd werden bedden af te bouwen.*
- ***Functie 3:*** Rehabilitatie in functie van herstel, sociale inclusie, maatschappelijke participatie: *dit gaat over ontmoetingshuizen, arbeidsrehabilitatie, vormingsprogramma's, etc.*
- ***Functie 4:*** Intensieve (semi-)residentiële behandeling: *in concreto wordt hiermee bedoeld de psychiatrische ziekenhuizen en de PAAZ-diensten, de RIZIV-voorzieningen, dagklinieken, ..*
- ***Functie 5:*** Woonvormen waar zorg geboden wordt indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is : *hier wordt verwezen naar de beschut wonen-projecten en de psychiatrische verzorgingstehuizen.*



Het ABC van de GGZ-netwerken.

De realiteit: zoals overal zijn het de financiers die het meest impact hebben

- De meeste netwerkpartners zijn betrokken op het netwerk omdat ze bereid zijn mee na te denken over de eigen organisatie en hoe die aan te passen is met het oog op een betere zorgcontinuïteit voor de psychisch kwetsbare medemens.
- De netwerkcoördinator probeert, hoe dan ook, alle partners op basis van dat engagement aan boord te houden.
- Tegelijkertijd is het zo dat alleen de psychiatrische ziekenhuizen (en in sommige uitzonderlijke regio's PAAz-diensten) effectief middelen inzetten in deze “zorgvernieuwende aanpak”. Dat zij dus, (terecht?), veel impact hebben op de richting die gekozen wordt en op de beslissingen die genomen worden binnen het netwerk is het gevolg.

