Duiding vanuit de psychiatrische wetenschappelijke en beroepsverenigingen op de positioneringsnota van het FOD Volksgezondheid met betrekking tot het Kader Medische Functie

Urgentiepsychiatrie: een gedeelde verantwoordelijkheid, binnen het kader van projecten outreachende urgentiepsychiatrie

Reactie op de positioneringsnota van het FOD Volksgezondheid '20251120 Kader medische functie urgentiepsychiatrie correctie (002)'. Deze positioneringsnota van het FOD Volksgezondheid is een correctie op de op 12 november verspreidde positioneringsnota.

Auteurs reactie: VVP, VVAPZ, VBS-BAP

Versie: 03

Datum: 11 december 2025

Geachte collega,

Geachte directielid van de ziekenhuizen,

Geachte netwerkcoördinator,

Geachte vertegenwoordiger van de overheid,

We wensen bijkomende duiding te geven bij de nota “Kader Medische Functie Urgentiepsychiatrie”, die door de FOD Volksgezondheid werd verspreid op 20 november 2025. Op basis van de besprekingen in de werkgroep medische functie willen wij volgende kernboodschappen meegeven.

De FOD-nota is geen finaal of akkoord bevonden document

- Er was geen consensus tussen afgevaardigden van het FOD, het kabinet en de psychiaters binnen de werkgroep medische functie over de formuleringen en de inhoud van de nota. Tussen de psychiaters onderling was er wel overeenstemming over verschillende beleidscomponenten, maar de adviezen uit het werkveld werden niet gevolgd.
- De FOD-nota moet gelezen worden als een lange termijnvisie rond populatiegerichte crisis- en urgentiepsychiatrie.
- De nota is bovendien een uitnodiging aan de netwerken die vrijwillig wensen deel te nemen aan een experimenteerfase. De nota is dus niet dwingend: elk netwerk kiest autonoom of het wil instappen in de experimenteerfase.
- Daarnaast houdt de nota een vastlegging van de tarieven vast voor bepaalde prestaties die gelden voor zover netwerken deze opdrachten opnemen. Deze duiding werd eveneens bevestigd in de informatie die Zorgnet-Icuro hierover ontving.

Inhoudelijke aandachtspunten en bezorgdheden

De organisatie van permanenties

- De tekst stuurt sterk aan op verplichte betrokkenheid van alle ambulant en residentieel werkende psychiaters binnen een netwerk aan het permanentiesysteem. Als wetenschappelijke en beroepsvereniging zijn we categoriek tegen zo’n verplichting aan dergelijke wachtdiensten. Wanneer een collega reeds deelneemt aan een bestaand wachtsysteem, en dit zou neerkomen op deelname aan twee parallelle wachtsystemen, zou dit absoluut onwenselijk zijn.
- Het voorstel dat psychiaters outreachend tot bij de patiënt thuis moeten kunnen gaan, wordt niet ondersteund. Gezien de schaarse psychiatrische capaciteit wordt dit niet als een doelmatige inzet beschouwd, ook al vermeldt de nota dat het “kan”.
- De nota voorziet een dagelijks overlegmoment voor de psychiaters die deel uitmaken van het urgentienetwerk. Wederom vanuit het principe van doelmatigheid, is dit gezien de beperkte uren en de impact op andere kerntaken moeilijk haalbaar en niet proportioneel.
- We stellen ons bovendien vragen bij de wenselijkheid van het sporadisch samenwerken tussen een psychiater en een team zonder verdere professionele banden.
- De nota maakt gebruik van het begrip ‘netwerkpsychiatrie’, welke momenteel nog onduidelijk gedefinieerd is.

Financieel

- Er is onduidelijkheid over het financiële kader, omdat de oefening niet is afgestemd op de lopende hervorming van de RIZIV-nomenclatuur. We adviseren dat FOD, kabinet en RIZIV hierover afstemmen, bij voorkeur voor de implementatie van nieuwe structuren.
- We raden af om systemen op te zetten waarbij de financiering op langere termijn onzeker is (in casu: na 2027 wanneer de restmiddelen verdwijnen).
- In de positioneringsnota wordt er als argumentatie voor het niet structureel voorzien van een vergoeding voor het thuis beschikbaar zijn van de psychiater tijdens een wachtdienst, verwezen naar de ACA-werkgroep die min of meer gelijke regels nastreeft over de specialismen heen. Dit lijkt ons een intellectueel oneerlijke argumentatie aangezien in andere disciplines er een nauwere samenwerking is met de spoedarts. Spoedartsen doen echter veelal niet aan psychiatrische interventie. Als psychiater wordt er van ons wel verwacht urgenties op te nemen. Wanneer ingestapt wordt in een financieringssysteem waarbij initieel gebruik wordt gemaakt van restbedragen, en de ACA-werkgroep nadien besluit om geen financiering hiervoor te voorzien, belandt men in een situatie van onbetaalde thuiswachten.
- Integendeel, het is aangewezen om een passende compensatie te voorzien voor crisiszorg waarbij rekening wordt gehouden met onregelmatige uren.

Belang van een crisiszorgpad

- De nota verwijst onvoldoende naar een uitgewerkt crisiszorgpad, terwijl hierover eerder meermaals aanbevelingen werden gedaan. Samenwerking wordt genoemd, maar dit is niet gelijk aan een volledig uitgewerkt zorgpad.
- De toegevoegde waarde van het project urgentiepsychiatrie ten opzichte van bestaande zorgpaden dient verduidelijkt te worden, en dient te beantwoorden aan de principes van een coherente, geïntegreerde zorgorganisatie.

Alternatieve scenario's zoals besproken binnen de werkgroep

De artsen binnen de werkgroep medische functie reikten reeds drie mogelijks realistische modellen aan.

- Scenario 1a: beperkte telefonische uitbreiding tot 23u, met mogelijkheid tot doorverwijzing naar een ochtendconsult (~ fase 1 in de FOD nota).
- Scenario 1b: 24/7 telefonische beschikbaarheid, maar enkel indien gekoppeld aan de 112-lijn, eveneens met mogelijkheid tot ochtendconsult (~ fase 2 in de FOD nota).
- Scenario 2: intensievere samenwerking tijdens kantooruren tussen MUT en spoeddiensten, zonder extra wachtdienst buiten kantooruren.

De scenario's kunnen overeenkomen met bepaalde FOD-gedefinieerde fases maar dienen als scenario en niet als fase geïnterpreteerd te worden. Met de huidige kaarten op tafel, wijzen we een gefaseerde implementatie categoriek af.

Aanbevelingen

Samengevat wensen we het volgende te benadrukken:

- De FOD-nota kan niet beschouwd worden als vaststaand beleid of als een door de sector gedragen akkoord.
- Netwerken zijn volledig vrij om al dan niet deel te nemen aan de experimenteerfase zoals voorgesteld door de FOD.
- We adviseren om voorzichtig om te gaan met de organisatie van permanenties zolang deze wettelijk, organisatorisch en financieel niet volledig zijn uitgeklaard. Een belangrijke voorwaarde is het definiëren van het begrip netwerkpsychiatrie.
- Het opbouwen van een structuur die afhankelijk is van een in tijd beperkte financiering uit een restbudget is gevaarlijk.
- We adviseren om de beschikbare schaarse psychiatrische capaciteit te reserveren voor werkbare modellen zoals bovenstaande geformuleerde scenario's.
- We dienen blijvend in te zetten op uitgewerkte crisiszorgpaden als fundament voor gepaste en geïntegreerde zorg.
- De werking van een MUT is gebaat bij een vast psychiaterteam met gedegen expertise in acute psychiatrie.

Hartelijke groeten

De Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP)

Mede ondertekend door

De Belgian Association of Psychiatry (BAP)

De Vereniging voor Artsen in Psychiatrische Ziekenhuizen (VVAPZ)