

Nationaal Informatiemoment

**"Naar een betere
geestelijke
gezondheidszorg
door de realisatie van
zorgcircuits en
zorgnetwerken"**



Brussel, 21 mei 2010

Dhr. Jo VANDEURZEN,
Vlaams Minister van Welzijn,
Volksgezondheid en Gezin



Dhr. Jean-Luc VANRAES,

Lid van het Verenigd College van de
Gemeenschappelijke
Gemeenschapscommissie, belast met
Gezondheidsbeleid, Financiën,
Begroting en Externe Betrekkingen



Voorstelling van de gids door

Isabel MOENS
Kabinet Onkelinx

Bart VAN HOOF
Kabinet Van Deurzen

Marlies VOS
Kabinet Vanraes



Nationaal Informatiemoment – 21 mei 2010

Inhoudstafel

1. Historiek
2. Huidige situatie
3. Waarom nu verder gaan?
4. Welk model?
5. Lokale implementatie, een model voor netwerking.
6. Follow-up van de projecten
7. Opleiding en onderzoek
8. Juridische en financiële aspecten
9. Een uniek logo
10. Communicatieplan



1. Historiek

- 1970: Diverse initiatieven voor betere afstemming van het zorgaanbod op de behoeften van personen met psychische problemen (mpi, cgg,...)
- 1980: Moratorium: beslissing om het totaal aantal residentiële bedden niet te laten stijgen. Concreet betekent dit dat voor elk nieuw bed dat wordt geopend, een reeds bestaand bed wordt gesloten.
- 1990: Experimenteren van nieuwe specifieke woonvormen voor personen met psychische problemen, met als doel gemeenschapsgerichte zorg (ibw, pvt) ipv. residentiële behandeling en begeleiding.
- 2001: Omvorming van aanbodgestuurde residentiële ggz naar vraaggestuurde gedifferentieerde ggz. Focus op noden van personen vertrekkend vanuit hun leef-, leer- en werkomgeving



1. Historiek: Recente hervormingen

- 2001: Aanpak niet langer gericht op de instelling maar op de patiënt projecten « Activering » en « Psychiatrische thuiszorg », werden intussen geïntegreerd in de regelgeving van het beschut wonen
- 2002: Gemeenschappelijke verklaring inzake het toekomstig beleid voor de geestelijke gezondheidszorg (amendement 2004)
artikelen 11 (9ter) en 107 (97ter) van de ziekenhuiswet
advies van de NRZV betreffende de toepassing van artikel 97ter (2005-2006)
pilotprojecten: bv. FORK, sga (□ IB-bedden), outreaching, internering
- 2007: therapeutische projecten
transversaal overleg
participatie van patiënten- en familieorganisaties



Inhoudstafel

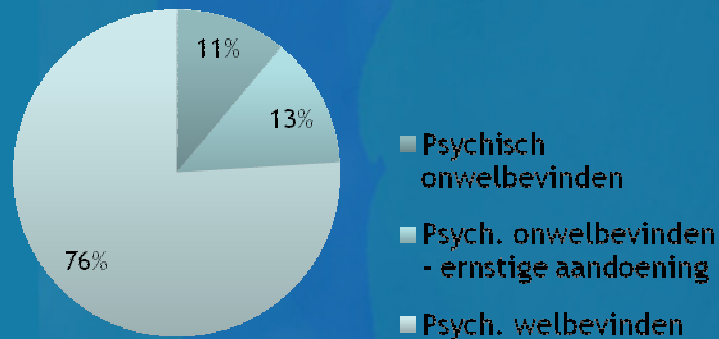
1. Historiek
2. Huidige situatie
3. Waarom nu verder gaan?
4. Welk model?
5. Lokale implementatie, een model voor netwerking.
6. Follow-up van de projecten
7. Opleiding en onderzoek
8. Juridische en financiële aspecten
9. Een uniek logo
10. Communicatieplan



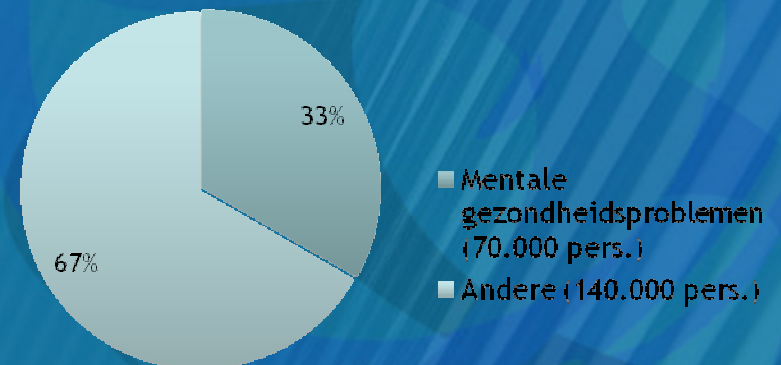
2. Huidige context

Uit de Belgische Gezondheidsenquête van 2004

Psychisch (on)welbevinden Personen > 15 jaar

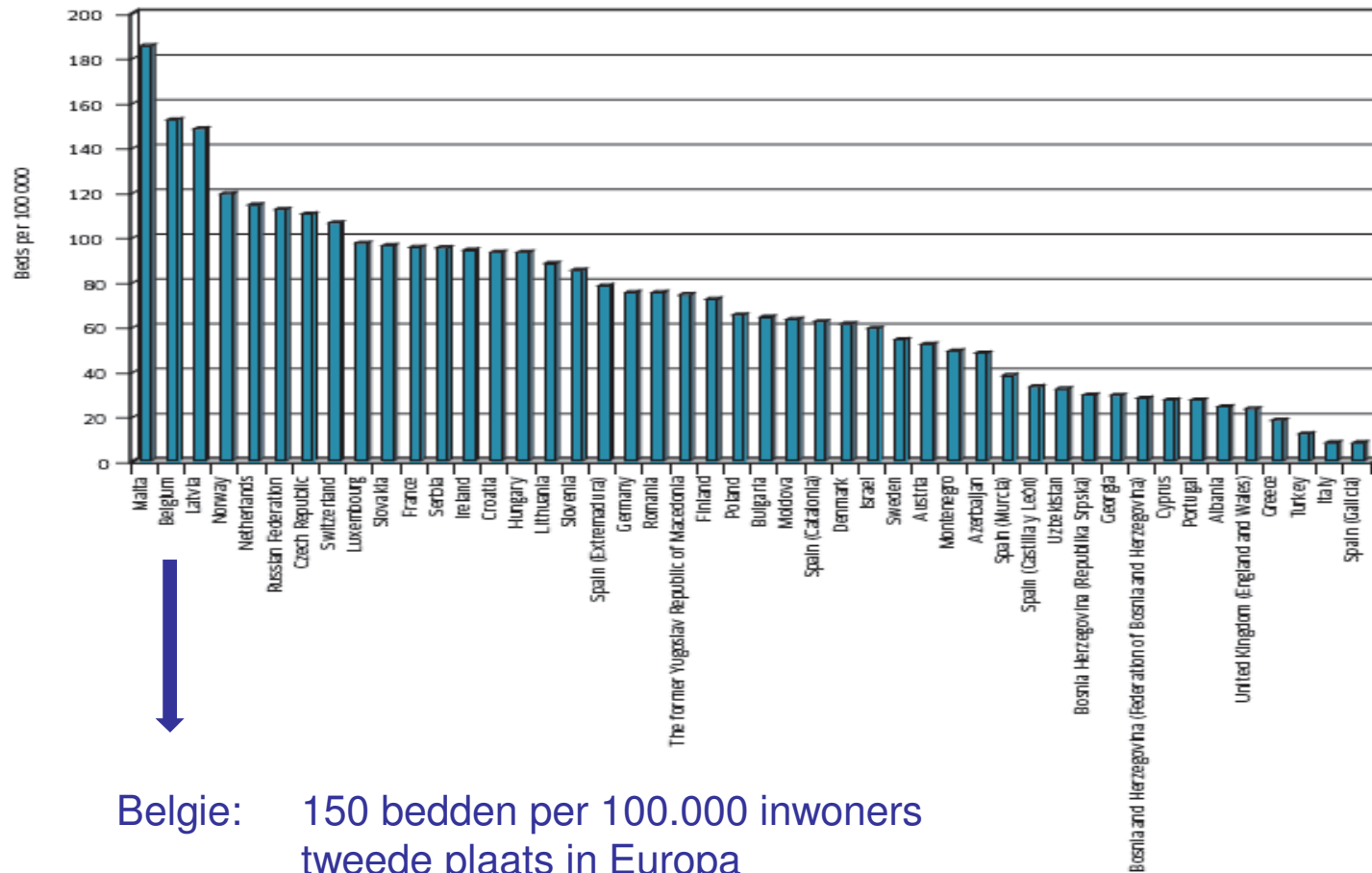


Oorzaak lange tijd / def. werkonbekwaam



2. Huidige context

Totaal aantal bedden per 100.000 inwoners (WHO, 2008)



Inhoudstafel

1. Historiek
2. Huidige situatie
3. **Waarom nu verder gaan?**
4. Welk model?
5. Lokale implementatie, een model voor netwerking.
6. Follow-up van de projecten
7. Opleiding en onderzoek
8. Juridische en financiële aspecten
9. Een uniek logo
10. Communicatieplan



3. Waarom nu verder gaan?

- In landen waar de gemeenschapsgerichte ggz al verder is uitgebouwd wordt vastgesteld dat bij minder residentiële behandelingen in de tijd psychische problemen hoe langer hoe meer met succes worden behandeld.
- Met andere woorden, in deze landen stelt men vast dat, een ggz die gebaseerd is op de behoeften en zorgvragen van personen met psychische problemen, en die op een continue wijze wordt aangeboden in of zo dicht mogelijk bij het thuismilieu van de zorgvragers, tot goede resultaten leidt.
- Residentiële behandeling en begeleiding, of ziekenhuiszorg, zal in specifieke gevallen en omstandigheden nodig blijven maar zal gekenmerkt worden door een meer intensief karakter dan nu het geval is.



Kenmerken van de federale GGZ-structuren

Laattijdig

Residentiële GGZ

Ambulante GGZ

Vroegtijdig

Cure

Care

Herstel

Nationaal Informatiemoment – 21 mei 2010



3. Waarom nu verder gaan?

- Groot bedgebonden gespecialiseerde GGZ → weinig flexibiliteit in de organisatie van de zorg ifv de zorgvrager (balanced care)
- Zuiver administratieve indeling en geen onderscheid naar intensiteit van de zorg of naar de zorgfuncties ('wat en hoe')
- Voornamelijk klemtoon op cure en care. Na behandeling gaat men heroriënteren en nog te weinig integreren.
- Mensen met een GGZ-probleem komen laattijdig in contact met de GGZ-zorg. ('wanneer')
- Er zijn geen filters in de zorg. (stepped care) ('wie') en ook geen garantie op zorgcontinuïteit



3. Waarom nu verder gaan?

- Door enerzijds alternatieven te ontwikkelen op zowel een acute, dringende ziekenhuisopname als op meer chronische ziekenhuisopname en anderzijds de intensifiëring van de ziekenhuiscapaciteit wanneer een dringende acute opname nodig is.
- De klemtoon ligt op multidisciplinaire behandelteams met nood aan een duidelijke omschrijving van de opdrachten van elk team en haar grenzen.



3. Waarom nu verder gaan?

- Patiënten en familieleden moeten gehoord worden.
- De organisatie en de ontwikkeling van de ggz moeten gebaseerd zijn op leeftijdsdoelgroepen en sociologische karakteristieken.
- De keuzevrijheid van de patient moet gegarandeerd blijven.
- De hervorming is op het subsidiariteitsprincipe gebaseerd: de zorg zich moet bij voorkeur zo dicht mogelijk bij de leefomgeving van de patiënt situeren.
- De continuïteit van de zorg moet gegarandeerd worden.



Inhoudstafel

1. Historiek
2. Huidige situatie
3. Waarom nu verder gaan?
4. Welk model?
5. Lokale implementatie, een model voor netwerking.
6. Follow-up van de projecten
7. Opleiding en onderzoek
8. Juridische en financiële aspecten
9. Een uniek logo
10. Communicatieplan



4. Welk model?

Interministeriële conferentie volksgezondheid
14 december 2009.

- Een bilaterale informatiecampagne opzetten
- Een federale oproep lanceren
- Een nauwkeurige kalender en een communicatieplan opzetten
- Elke overheid neemt initiatieven om alle betrokken instanties te motiveren
- Uitbreiding naar de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen
- Uitbreiding naar adolescenten vanaf 16 jaar



4. Welk model?

Interministeriële conferentie volksgezondheid
14 december 2009.

Vlaamse gemeenschap :

Tot 10% van het budget van de diensten voor geestelijke gezondheid (ggz) zal kunnen aangewend worden voor de implementatie van zorgcircuits en zorgnetwerken (cfr. 'Decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg, art. 33, § 1')



4. Welk model?

Interministeriële conferentie volksgezondheid
28 september 2009.

De Federale Overheid en de Gemeenschappen verbinden zich er toe hun bestaande aanbod geestelijke gezondheidszorg open te stellen voor de totstandkoming en/of het intensifiëren van de samenwerking tussen intramurale en extramurale voorzieningen.



4. Welk model?

Interministeriële conferentie volksgezondheid
14 december 2009.

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, als stedelijke omgeving, wordt gekenmerkt door het bestaan van een groot aantal formele en informele samenwerkingsverbanden tussen de ambulante en de residentiële sector met een multidisciplinaire en transsektoriële aanpak

De Brusselse overheden onderschrijven het principe van het behoud van de patiënt in zijn vertrouwd milieu en van de onderlinge samenwerking tussen de gezondheidszorg, psychosociale netwerken en onderwijs.

Zij zullen, in samenspraak met de sector, de projecten ondersteunen en bijstaan die zich wensen te engageren in de toepassing van artikel 107.



4. Welk model?

Intensieve samenwerking met Gemeenschappen en Gewesten, in het kader van de Taskforce GGZ om voor elk landsgedeelte een gids samen te stellen.

Einddatum : IMC van 26/04/2010

Coördinatie :

Federaal = Mr Bernard Jacob

Waals Gewest = Mme Brigitte Bouton

Brussel Hoofdstad =

Sophie Verhaegen, Vivette Tsobgni, Khadija Boudiga

Vlaanderen = Mme Greet Van Humbeeck



4. Welk model?

Globaal beleidskader:

Definitie zorgprogramma – klinisch pad

Zorgprogramma = een verzameling van activiteiten die worden georganiseerd rond een bepaalde doelgroep.

Doelstelling = vervangt in de toekomst huidige A, T- en K-indexen

Artikel 11 = voor een doelgroep van patiënten en binnen een te omschrijven gebied worden één of meerdere zorgcircuits aangeboden die instellingoverschrijdend een juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst afsluiten.

Een zorgcircuit wordt vervolgens omschreven als een geheel van zorgprogramma's die door middel van een netwerk van zorgvoorzieningen wordt gerealiseerd.



4. Welk model?

Globaal Beleidskader:
Definitie zorgprogramma – klinisch pad

Een klinisch pad of zorgpad is voor het overheidsbeleid:

>< geen doel op zich

= instrument die de leden van een multidisciplinair team ertoe aanzet, om op basis van de beschikbare kennis en expertise (evidence based) werkzaamheden op elkaar af te stemmen en taakafspraken te maken voor een specifieke patiëntenpopulatie

= concretisering van een zorgprogramma

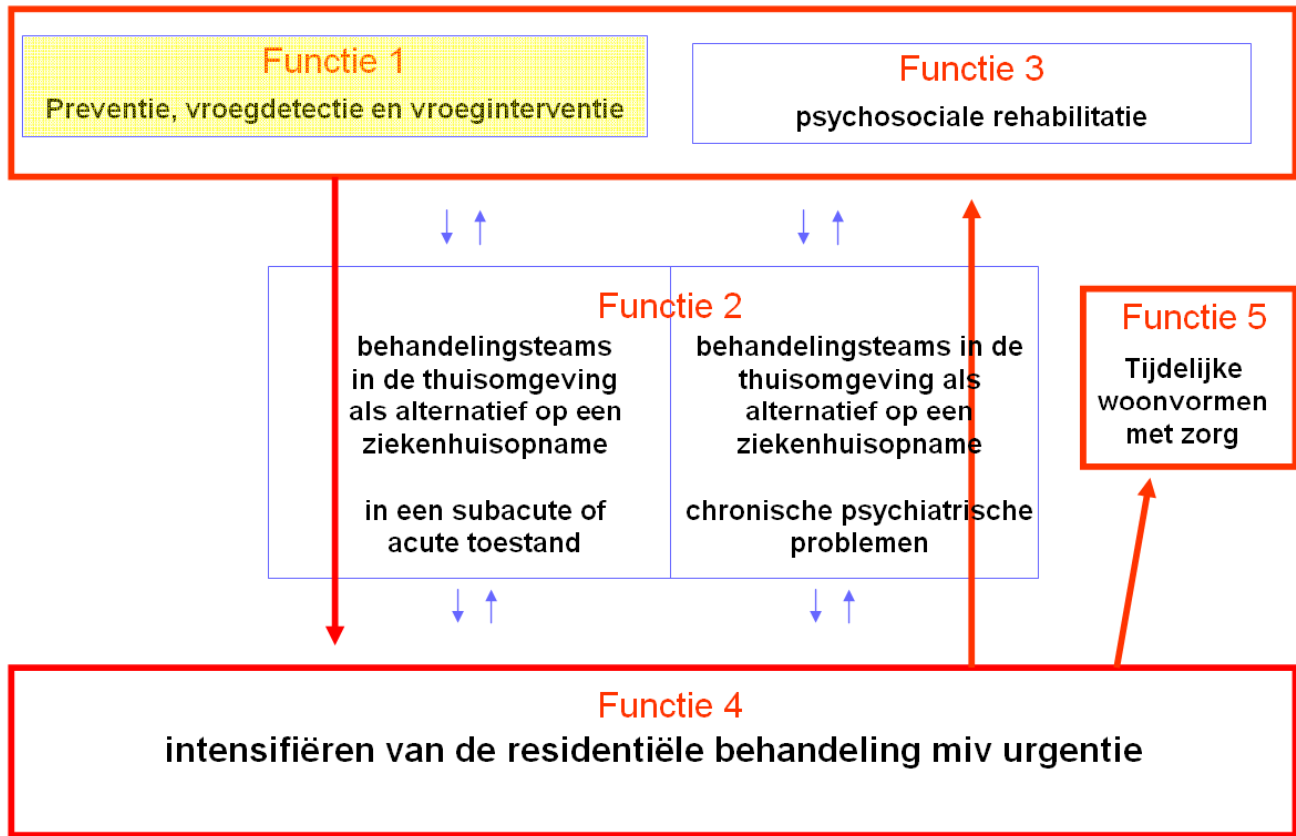


4. Welk model?

Beleidskader:kernfuncties

1. Activiteiten inzake preventie en promotie van GGZ, vroegdetectie, screening en diagnosestelling
2. Ambulante intensieve behandelteams voor zowel de acute als chronische GGZ-problemen
3. Rehabilitatieteams die werken rond reïntegratie en sociale inclusie
4. Intensieve residentiële behandelunits voor zowel de acute als chronische GGZ-problemen indien ziekenhuisopname noodzakelijk is
5. Specifieke woonvormen waarin zorg aangeboden kan worden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu niet in staat is om de nodige zorg te organiseren.

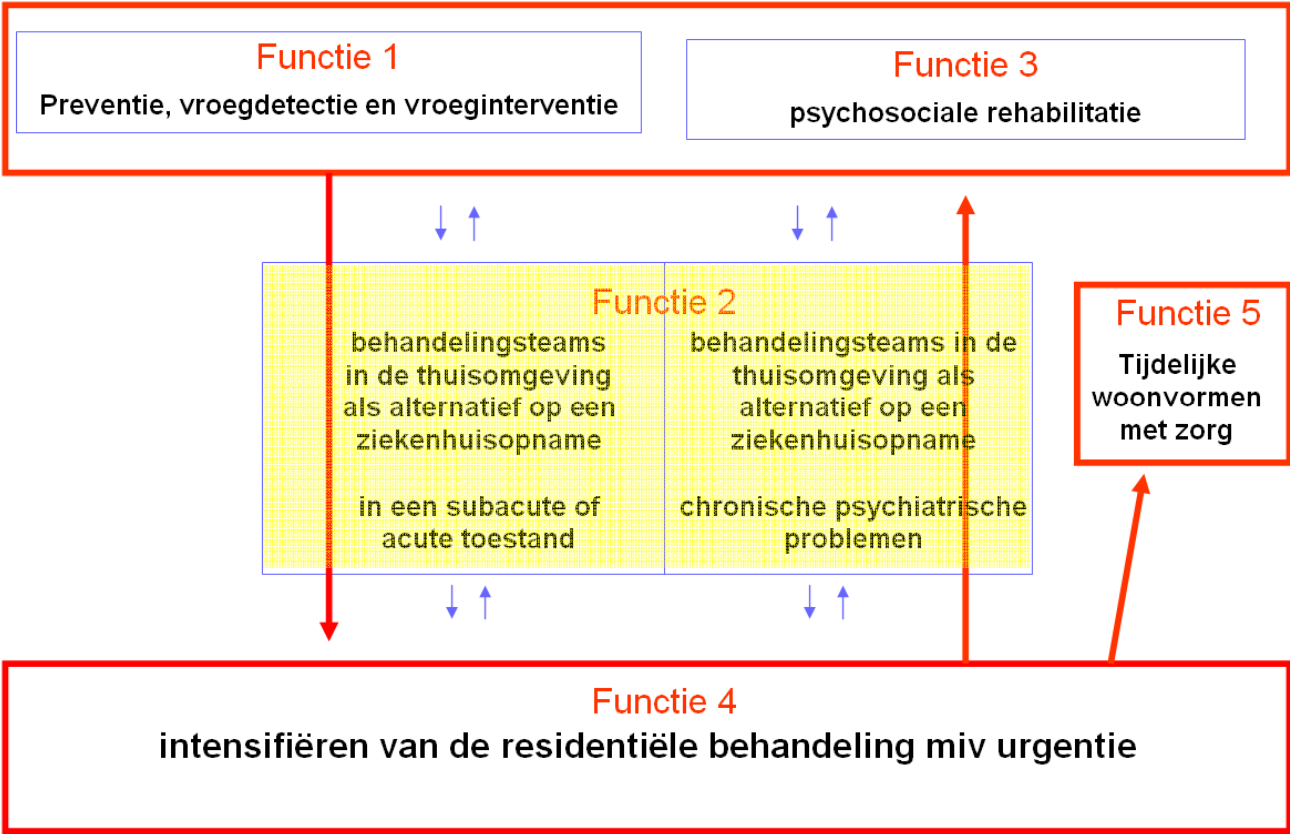




1. Activiteiten inzake preventie, promotie, vroegdetectie, screening en diagnosestelling

- Ingaan op een aanmelding
- Diagnose en indicatiestelling
- Eerste interventie
- Betrokkenheid eerstelijnszorg





2. Intensieve thuisbehandeling

- Snelle interventie
- Acute psychiatrische thuiszorg
- Alternatief voor hospitalisatie
- Mobiel, 24/24 u en 7/7 d
- Toegangspoort tot de ziekenhuisdiensten
- Multidisciplinair team
- Gemeenschappelijke caseload
- Zorgcoördinator voor elke patiënt



2. Intensieve thuisbehandeling

- Elk team heeft zijn psychiater
- Tijdens de werkuren gebeuren er verwijzingen door de eerste en tweede lijn. Hebben ook toegang: de teams voor continue assertieve zorg met wie nauw wordt samengewerkt. Treden ook op buiten de werkingsuren voor andere teams.
- Snelle evaluatie in de omgeving door 2 beroepsbeoefenaars, met betrokkenheid van de omgeving en het sociaal netwerk.
- Kan verschillende dagen in beslag nemen.



2. Team voor continue behandeling via een assertieve band

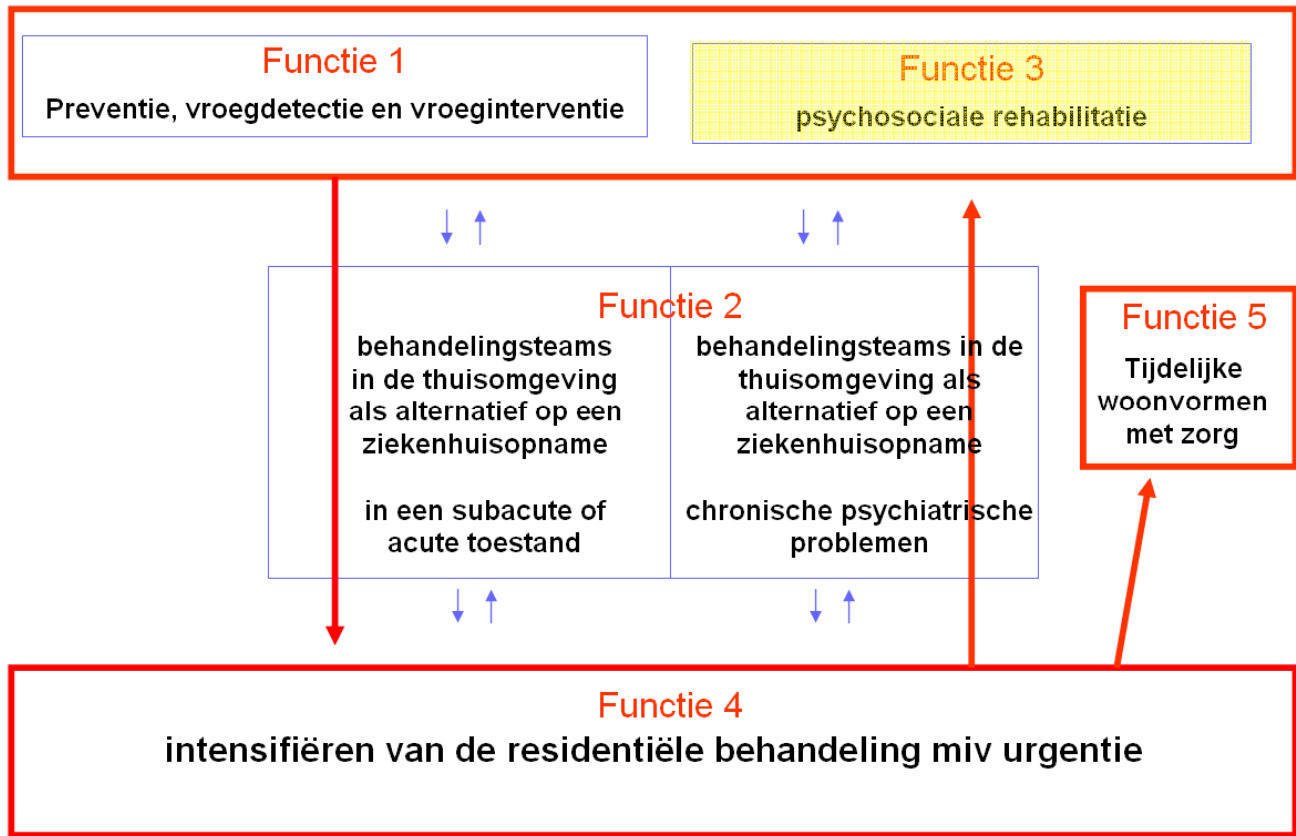
- Voor langdurige en ernstige problemen
- Personen die het moeilijk hebben de aanbevolen behandelingen te volgen,
- Voor personen met een voorgeschiedenis van herhaalde opnames
- De zorgverstreker zorgt ervoor dat de patiënt blijvend opgevolgd en ondersteund wordt: monitoring en medicatietrouw
- Zorgcoördinator voor elke patiënt
- Assertieve aanpak van het type « Can do »
- Beperkt de hospitalisaties.



2. Team voor continue behandeling via een assertieve band

- Voor langdurige en ernstige problemen, met 2 of meer hospitalisaties, 2 hospitalisaties in de loop van de afgelopen 2 jaar
- Antwoord op de criteria : mislukking bij opvolging van een behandeling, voorgeschiedenis van geweld of misdrijf, risico op zelfverminking, geen reactie op de behandeling, langdurig middelenmisbruik, gedwongen opname
- Staf : multidisciplinair, psychologen, sociaal-assistenten, psychiater.
- 7 dagen op 7, 12u/dag in de week, 8u/dag tijdens het W-E





3. Teams voor rehabilitatie en integratie

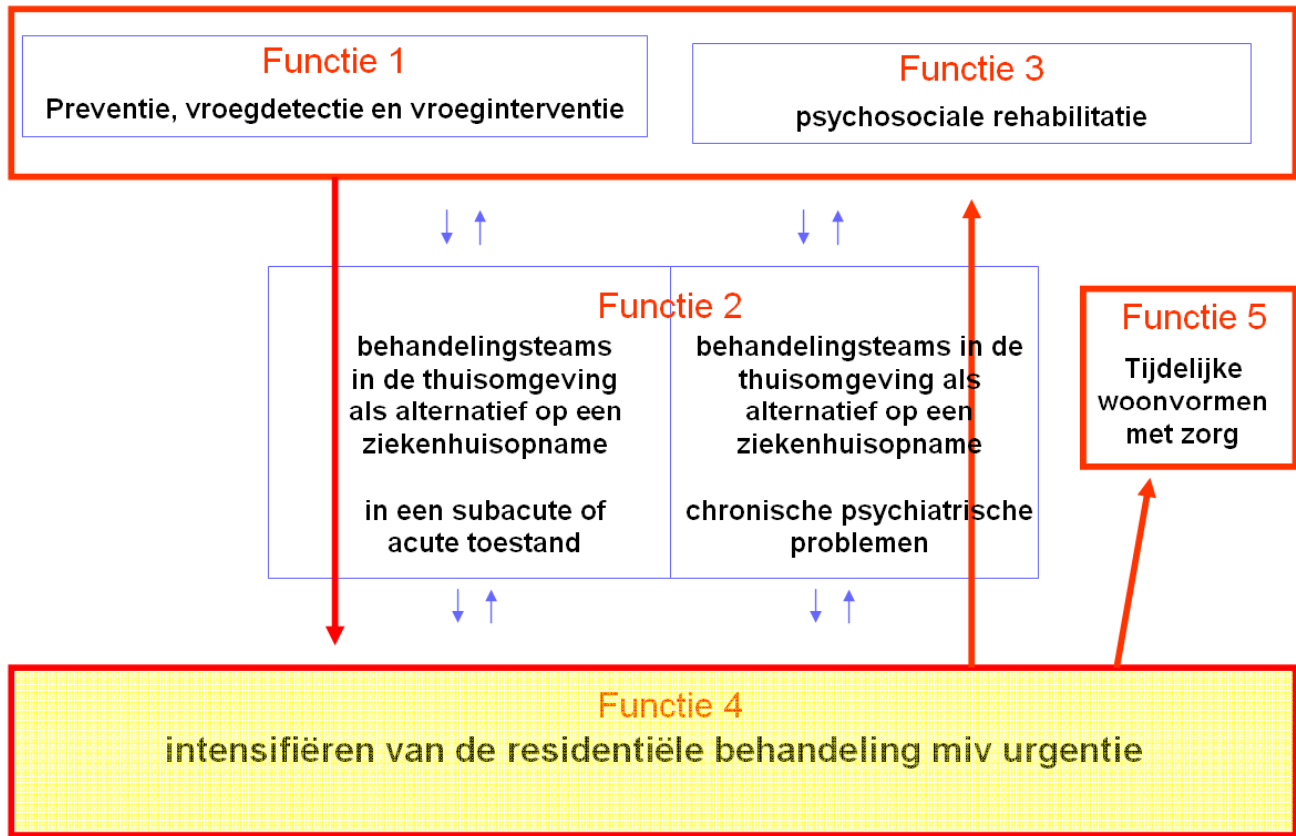
- Voor patiënten met een sociale en mentale problematiek
- Personen met minder ernstige geestelijke gezondheidsproblemen
- Continue begeleiding
- Dienstverlening op lange termijn
- Rehabilitatie en sociale integratie
- Geïndividualiseerde begeleiding maar toegang tot de middelen van het team
- Zorgcoördinator voor elke patiënt



3. Teams voor rehabilitatie en integratie

- Ernstige en langdurige geestelijke zieken (16-65j)
- Minder intensieve zorg dan team voor continue zorg via assertieve band (1)
- Bijdrage psychiatrie en psychologie
- Verwezen door eerstelijns liaisonteams
- Enkel tijdens de weekdays van 9 tot 17u
- Persoon met groter engagement en meer stabiel
- Referentiepersoon per patiënt





4. Intensieve residentiële eenheid

- Nood aan interventies die enkel mogelijk zijn in een residentiële eenheid
- De mobiele teams zullen snel ingeschakeld worden voor een intensieve opvolging thuis

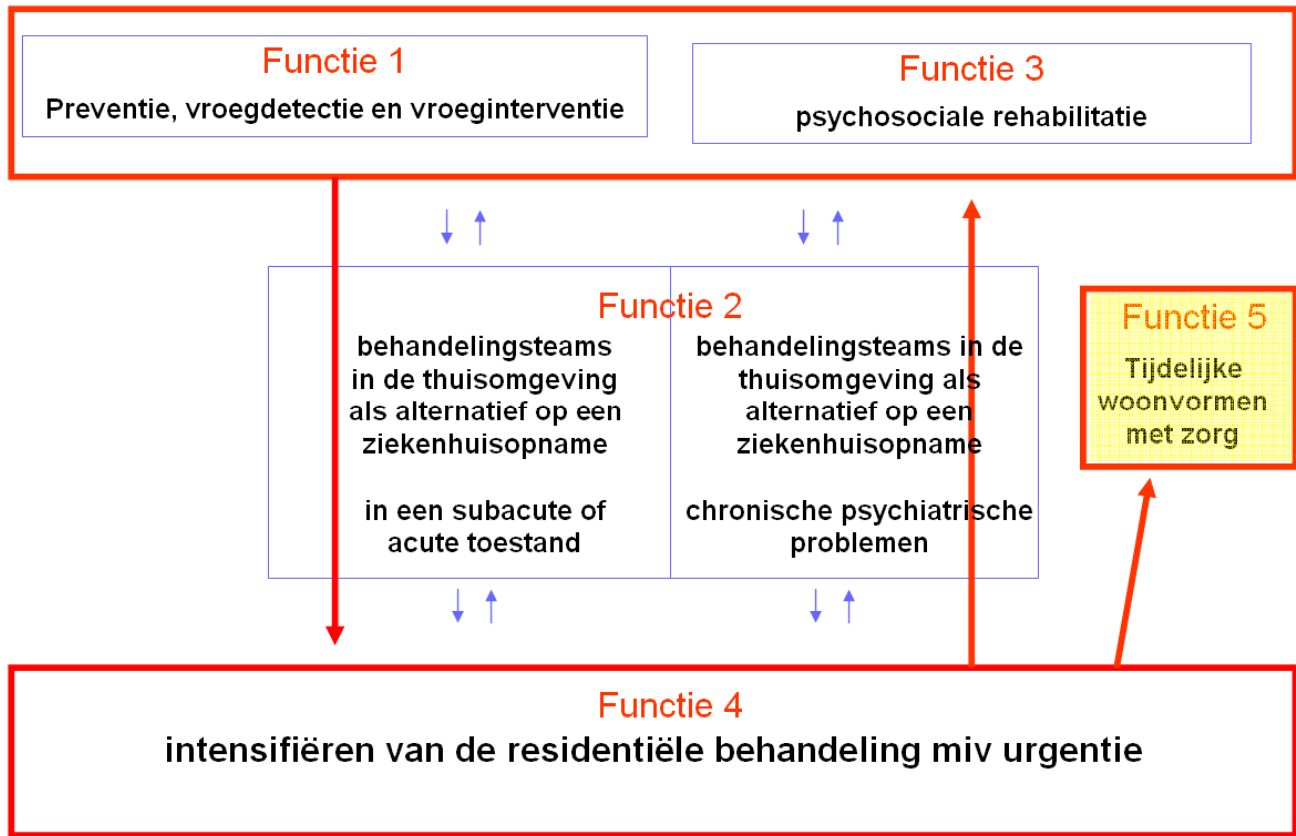


4. Intensieve residentiële eenheid

Voorwaarden voor opname :

- Het mobiel team heeft onvoldoende middelen om te zorgen voor een veilige en geschikte opvang
- Het niveau van continue observatie en verzorging is niet mogelijk voor het mobiel team
- Het mobiel team kan traumatische situaties ivm de omgeving niet vermijden
- Gedwongen opname (waarvoor de wetgeving nodig is)





5. Specifieke woonvormen

- Ontwikkeling van specifieke woonvormen ter ondersteuning van de organisatie van het dagelijks leven
- Als doelstelling om de integratie in de maatschappij te vergemakkelijken
- In de mate dat de zorg in de thuissituatie onmogelijk is en specifieke woonvormen noodzakelijk zijn



Inhoudstafel

1. Historiek
2. Huidige situatie
3. Waarom nu verder gaan?
4. Welk model?
5. Lokale implementatie, een model voor netwerking.
6. Follow-up van de projecten
7. Opleiding en onderzoek
8. Juridische en financiële aspecten
9. Een uniek logo
10. Communicatieplan



5. Lokale implementatie van het transmuraal functioneel beleidszorgprogramma.

- Dit model met de 5 kernfuncties zal de gemeenschappelijke vertrekbasis zijn om dit model vervolgens lokaal te ontwikkelen in een netwerk van partners die zelf de werking en gemeenschappelijke doelstellingen zullen definiëren zodat een efficiënte opvolging van de patiënten, een betere zorgcontinuïteit, een verbeterd aanbod en een verbeterde kwaliteit van de behandeling wordt gegarandeerd.



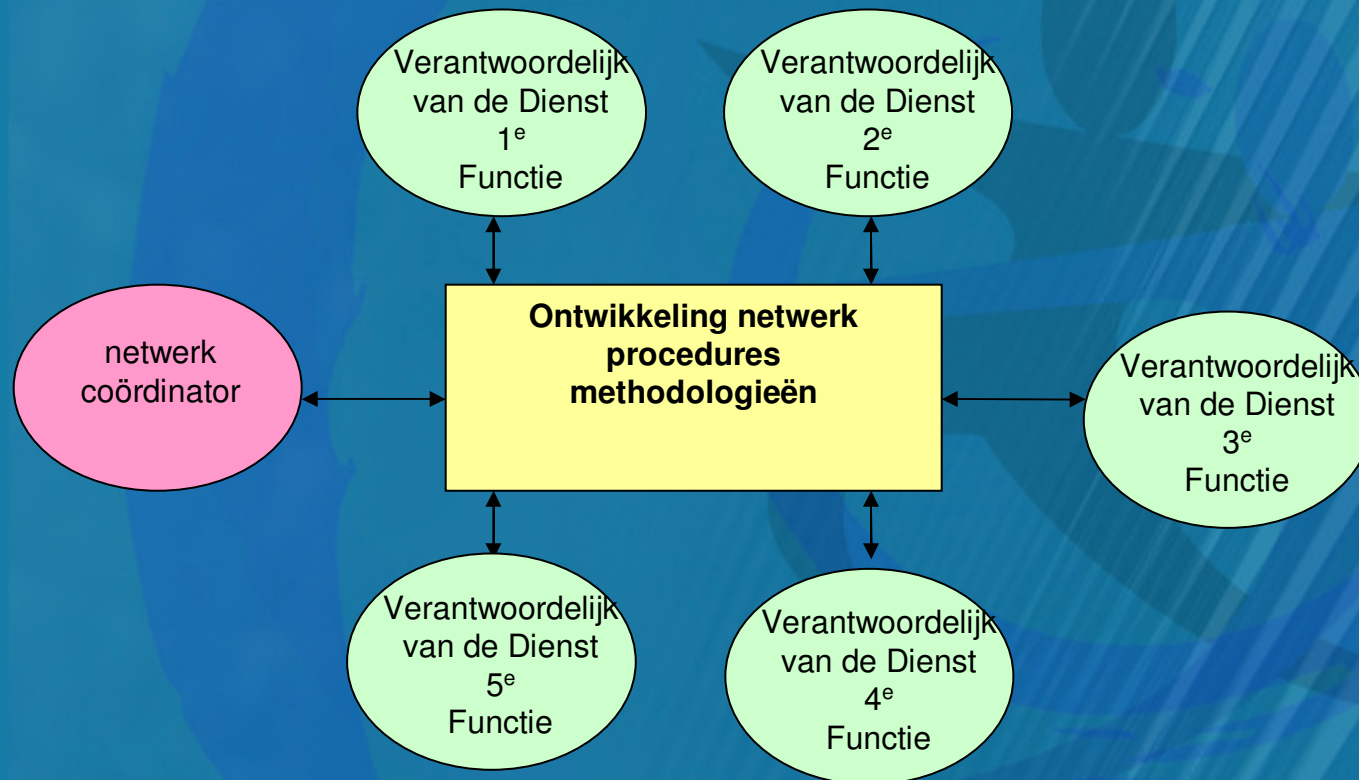
5. Lokale implementatie van het transmuraal functioneel beleidszorgprogramma.

- Fase 1: aanstelling van de netwerkcoördinator in het project door de verschillende actoren van het project. Bij voorkeur zo vlug mogelijk opdat de coördinator kan deelnemen aan de vorming die gepland wordt in de periode voor de start van het project.
- Fase 2: benoeming van de verschillende verantwoordelijken die zullen deel uitmaken van het netwerkcomité
- Fase 3: aanstelling van een netwerkcomité
- Fase 4: participatief ontwikkelen van de instrumenten.



5. Lokale implementatie van het transmuraal functioneel beleidszorgprogramma.

VOORBEELD SCHEMA WERKGROEP VAN GEBIED X

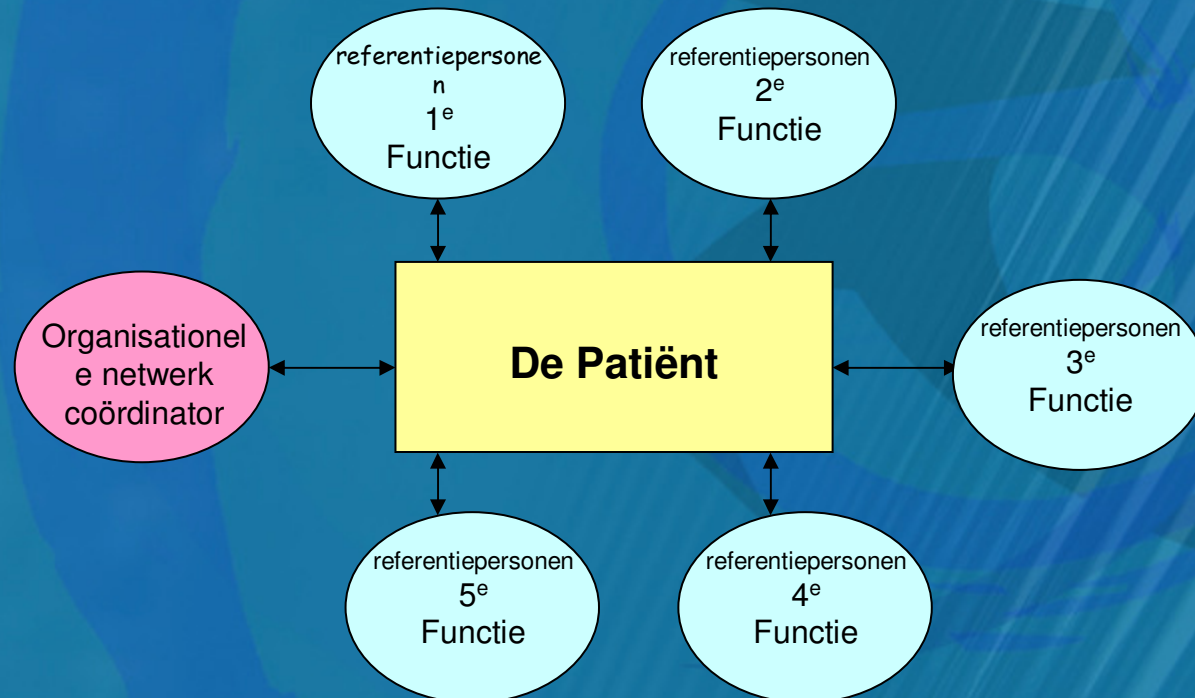


5. Lokale implementatie van het transmuraal functioneel beleidzorgprogramma.

Fase 5: Participatieve uitwerking van methodologieën.

Fase 6: Ontwikkeling van de functie « referentiepersoon »

Voorbeeld van schema mbt het gebruik van middelen in functie van de noden van de patiënt– Functie van de referentiepersoon



5. Lokale implementatie van het transmuraal functioneel beleidszorgprogramma.

- Fase 7: de transfer van de instrumenten en de methodes – de evaluatie

Het overheidsbeleid organiseert niet de lokale implementatie. Ze reikt instrumenten aan, ondersteunt vanuit voornamelijk een wetenschappelijke basis, die vervolgens lokaal worden georganiseerd, uitgetest en geëvalueerd aan de hand van duidelijke indicatoren.



Inhoudstafel

1. Historiek
2. Huidige situatie
3. Waarom nu verder gaan?
4. Welk model?
5. Lokale implementatie, een model voor netwerking.
6. Follow-up van de projecten
7. Opleiding en onderzoek
8. Juridische en financiële aspecten
9. Een uniek logo
10. Communicatieplan



6. Follow-up van de projecten.

1. Ondersteuning tijdens de oproep tot projecten.
2. Opleiding en coaching van de netwerkcoördinatoren.
3. Longitudinale opvolging van de projecten.



Inhoudstafel

1. Historiek
2. Huidige situatie
3. Waarom nu verder gaan?
4. Welk model?
5. Lokale implementatie, een model voor netwerking.
6. Follow-up van de projecten
7. Opleiding en onderzoek
8. Juridische en financiële aspecten
9. Een uniek logo
10. Communicatieplan



7. Opleiding en onderzoek

- De opleiding en het onderzoek verlopen in drie fasen:
 - fase 1: periode tot projectoproep
 - fase 2: periode van projectoproep tot deadline indienen projecten
 - fase 3: continue vorming tijdens de looptijd van de projecten.
- Deze volgen een zeer precieze timing en zijn telkens gericht op een welbepaald doelpubliek.
- De timing van het onderzoek moet het mogelijk maken om input te leveren voor de opleidingen.



7. Opleiding en onderzoek

Eerste fase: timing van 1 april tot 30 juni 2010

1.1. Input en activiteiten vanuit onderzoek

1. Algemene literatuurstudie naar criteria en aandachtspunten bij de keuze van een regio.
2. Algemene literatuurstudie naar criteria voor het ontwikkelen van een plan rond een samenwerkingsverband + functionele modules + doelgroepen
3. Grondige literatuurstudie (verder bouwend op het profiel in de gids) over de essentiële competenties en kenmerken van de profielen van de 'referentiepersoon' en de 'netwerkcoördinator'.



7. Opleiding en onderzoek

1.2. Vorming

Doelpubliek : de volledige sector

- De sector volledig informeren over het globale concept van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg zoals wij dat zien (filosofie, algemene principes, finaliteit en nagestreefde doelstellingen), volgens de fasen in de gids.
- De kandidaat-projectpromotoren volledig informeren zodat zij in staat zijn om in de best mogelijke omstandigheden hun dossier in te vullen om zich kandidaat te stellen.’



7. Opleiding en onderzoek

Tweede fase: van 1 juni tot 31 oktober 2010

2.1. Input en activiteiten vanuit onderzoek

- Overzicht van factoren (geformuleerd als vragen en aandachtspunten) met betrekking tot een territoriale bottom-up benadering die de kandidaat-initiatieven in overweging moeten nemen bij het uitschrijven van hun voorstel.
- Aandachtspunten bij het ontwikkelen van een samenwerkingsplan voor het functionele en organisatorische samenwerkingsmodel tussen de verschillende partners.
- Overzicht van de methodologische stappen bij het ontwikkelen van zorgprogramma's, afstemming met de functionele componenten (en reflectie over (individuele) zorgpaden afgestemd op specifieke psychiatrische doelgroepen).
- Overzicht van evidence-based praktijken in het werken rond de cliënt door mobiele teams (acuut en chronisch) :
 - inventaris van basistechnieken over de inhoud van het werk die aan bod moeten komen in de opleiding voor referentiepersonen, de mobiele teams (acuut en chronisch);
 - opstellen van een vormingskader te hanteren door lokale vormingsinitiatieven, aansluitend op de geïdentificeerde basistechnieken en –competenties.
- Algemene literatuurstudie naar indicatoren die bij de hervorming van de ggz moeten worden verzameld om succesvol te meten.



7. Opleiding en onderzoek

2.2. Vorming

Doelpubliek : de kandidaat “netwerkcoördinatoren”

Algemene doelstellingen :

- De netwerkcoördinatoren volledig informeren over het globale concept van de hervorming van de ggz zoals wij dat zien (filosofie, algemene principes, finaliteit en nagestreefde doelstellingen), volgens de fasen in de gids.
- Een opleiding geven in de praktijken en werkmethodologieën in een netwerkcontext.



7. Opleiding en onderzoek

Derde fase: van 1 januari 2011 - 2014

3.1. Input en activiteiten vanuit onderzoek

- Proces- en outcome-meting om elementen van het model op het collectieve niveau te evalueren op zijn doelstellingen: aantal (her)opnames, mate van re-integratie in de samenleving, sociale inclusie, geslaagde crisisinterventies e.d.), en procesvariabelen ('ervaring met vorming en andere omkaderingsnoden e.d.), via een jaarlijkse audit bij de weerhouden projecten:
 - Focusgroepen begin 2011 om tot een gedragen, bottom-up keuze van indicatoren te komen.
 - Basislijnmeting bij elk project dat van start gaat (om de evolutie van klinische resultaten te kunnen meten en met de kostenanalyse te kunnen vergelijken – inbegrepen administratieve kosten).
 - Jaarlijkse opvolgmeting (kwalitatieve audit).
 - Vaststellen van bijkomende vormingsnoden uit rechtstreekse bevestigingen bij projecten en resultaten van opvolgmeting. Proces en impactevaluatie m.b.t. de dienstverlening vanuit 'bottom-up' benadering.
- Proces en outcome evaluatie van het werken in netwerken waarbij het analytische onderscheid tussen functioneel (zorgprogramma) en organisatorisch samenwerken (zorgnetwerk) voor doelgroepen centraal staat (onderzoek naar remmende en faciliterende factoren in een lokale context).
- Financieringsmodaliteiten en kostenstudie mbt samenwerkingsverbanden (sector-overstijgend).



7. Opleiding en onderzoek

3.2. Vorming

Timing : vanaf 1 januari 2011

Doelpubliek 1 : de “netwerkcoördinatoren” en de verantwoordelijken van de diensten

Algemene doelstellingen :

- De netwerkcoördinatoren met de verantwoordelijken van de diensten volledig informeren over het globale concept van de hervorming van de ggz (filosofie, algemene principes, finaliteit en nagestreefde doelstellingen), volgens de fasen in de gids.
- Een theoretische en praktische opleiding geven over de werkmethoden in een netwerkcontext, de tools...

Doelpubliek 2 : de verantwoordelijken van de mobiele teams acute en chronische zorg + de mobiele teams in de acute en de chronische zorg.

Algemene doelstellingen :

- De verantwoordelijken van de mobiele teams acute en chronische zorg informeren over het globale concept van de hervorming van de ggz (filosofie, algemene principes, finaliteit en nagestreefde doelstellingen), volgens de fasen in de gids.
- Een opleiding geven aan de verantwoordelijken en aan de teams over het inhoudelijke werk van de mobiele teams (opdrachten, middelen, ...).



Inhoudstafel

1. Historiek
2. Huidige situatie
3. Waarom nu verder gaan?
4. Welk model?
5. Lokale implementatie, een model voor netwerking.
6. Follow-up van de projecten
7. Opleiding en onderzoek
8. Juridische en financiële aspecten
9. Een uniek logo
10. Communicatieplan



8. Juridische en financiële aspecten

- Art. 11 ZH-wet: introductie van 'definities' van zorgcircuits en netwerken

Artikel 11 is gericht op de creatie van zorgcircuits als een geheel van zorgprogramma's die, binnen een gebieds-omschrijving, door een doelgroep kan worden doorlopen, en die worden aangeboden door netwerken van zorgvoorzieningen

- Art. 107 = exploratieve opstap naar zorgcircuits en netwerken zoals bepaald in art. 11

De Koning kan in specifieke financieringswijzen voorzien om, op experimentele basis en beperkt in de tijd, een prospectieve en programmageoriënteerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken.



8. Juridische en financiële aspecten

Artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen

- Artikel 107 laat toe de bestaande middelen te heralloceren om er nieuwe voorzieningen mee te creëren
- Artikel 107 biedt een experimentele opstap (min. 3 jaar) met als doel de realisatie van artikel 11 (vroeger art. 9ter)



8. Juridische en financiële aspecten

- Het KB van 19 september 2008 (genomen in uitvoering van artikel 107 ,dat het basisbesluit op de financiering van de ziekenhuizen wijzigt) laat toe dat psychiatrische ziekenhuizen een **overeenkomst** sluiten met de Minister van Volksgezondheid.
- Deze overeenkomsten bieden de mogelijkheid tot flexibilisering van de aanwending van middelen/mensen in de psychiatrische ziekenhuizen om een **voorzieningsoverschrijdende functionele samenwerking** tot stand te brengen.
- Deze overeenkomsten zullen in een eerste fase gericht zijn op de leeftijdsdoelgroep van **volwassenen,mib van jongvolwassenen**.
- Het betreft geen klassieke reconversieoperatie met reconversieregelen voor bedden omdat het hier om een herallocatie van middelen gaat uit het BMF ,mogelijks aangevuld met **bijkomende middelen**.
- Alvorens deze overeenkomsten kunnen worden gesloten zal nog een **projectoproep** verschijnen evenals een **gids**,die het kader voor de overeenkomsten zal uittekenen.



8. Juridische en financiële aspecten

- Deze exploratieprojecten moeten rekening houden met het globaal GGZ-kader maar de invulling zal gebeuren door de initiatiefnemers op het lokale niveau: ifv de leemten in het bestaande GGZ-aanbod en ifv een ruraal dan wel een stedelijk karakter vertoont.
- Een voorstel van exploratieproject zal zorgfuncties omvatten die vertaald worden in zorginhouden en zorgvormen die:
 - nu niet of niet ten volle mogelijk zijn binnen het regulier kader (voorzieningen, diensten of revalidatieovereenkomsten);
 - niet mogelijk zijn via de bestaande reconversiemogelijkheden;
 - niet zondermeer overeenstemmen met bestaande pilootprojecten van de geestelijke gezondheidszorg zoals omschreven door de federale en/of gewest- en gemeenschapsoverheden.



8. Juridische en financiële aspecten

- Het normenbesluit van 23 oktober 1964 zal aangepast worden met een bepaling die toelaat dat voor ziekenhuizen die deelnemen aan een exploratieproject in het kader van artikel 107, de personeelsnormen voor A-en T-diensten (a,t) gelden op het niveau van de instelling en niet op het niveau van de ziekenhuisdienst.
- Op die manier wordt verduidelijkt dat het personeel van de mobiele equipe blijft behoren tot het ziekenhuispersoneel en worden zij in rekening gebracht bij het beoordelen van de personeelsnormen. Op deze manier komt **de erkenning van het ziekenhuis niet in het gedrang.**



8. Juridische en financiële aspecten

- Hoe dan ook zal aan elke actor die aan een exploratieproject deelneemt, de garantie moeten geboden worden dat hij hierdoor geen enkele financiële schade zal ondervinden.
- Aanpassing van de wijze waarop de quota worden berekend en aanpassing BMF voor de toepassing van artikel 107 voor de algemene ziekenhuizen.
- Inzake vorming, coördinatie en wetenschappelijke begeleiding alsook voor de creatie van de mobiele equipes worden in **bijkomende middelen** voorzien.



8. Juridische en financiële aspecten

Honoraria psychiaters

Nota aan de Algemene raad van het RIZIV:

Daarenboven zal het bedrag dat overeenkomt met de toezichtshonoraria voor psychiatrische verblijven, die niet meer in rekening kunnen gebracht worden conform de toepassing van artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen, beschikbaar blijven voor de verstrekkingen van de psychiater in het kader van de projecten in uitvoering van artikel 107



8. Juridische en financiële aspecten

Honoraria psychiaters

We dienen rekening te houden met het feit dat:

naast de toezichtshonoraria ook andere honoraria van toepassing zijn zoals de in- en outtakeverslaggeving, multidisciplinair overleg in de T-diensten, neurofysiologische acten, psychotherapie in de privépraktijk, honorering gekoppeld aan verantwoordelijkheden zoals de vergoeding voorzien voor de psychiater in het kader van de wet op de gedwongen opnamen, ...

zolang de projecten lopen en de financiering gebeurt via een B4-conventie, zal dit ook het geval zijn voor de vergoeding van de psychiater



Inhoudstafel

1. Historiek
2. Huidige situatie
3. Waarom nu verder gaan?
4. Welk model?
5. Lokale implementatie, een model voor netwerking.
6. Follow-up van de projecten
7. Opleiding en onderzoek
8. Juridische en financiële aspecten
9. Een uniek logo
10. Communicatieplan



9. Een uniek logo

Gedurende de gehele looptijd van dit project, zal er bijzondere aandacht besteed worden aan de coherentie van de informatie. Een aangepaste communicatie is hierbij primordiaal.

Er wordt uitgegaan van een gemeenschappelijk logo dat bedacht en gerealiseerd is door gebruikers van een centrum voor beroepsvorming aan wie de algemene bedoeling van de hervorming werd uitgelegd. Hun creativiteit deed de rest...



“ Dit logo, met zijn rustgevende kleuren, samen met het dynamisme van de spiraal, wil de vreugde uitdrukken om samen te leven in de draaikolk van het leven. De symboliek van de dans voegt hieraan de dimensies toe van intimiteit en gevoeligheid”

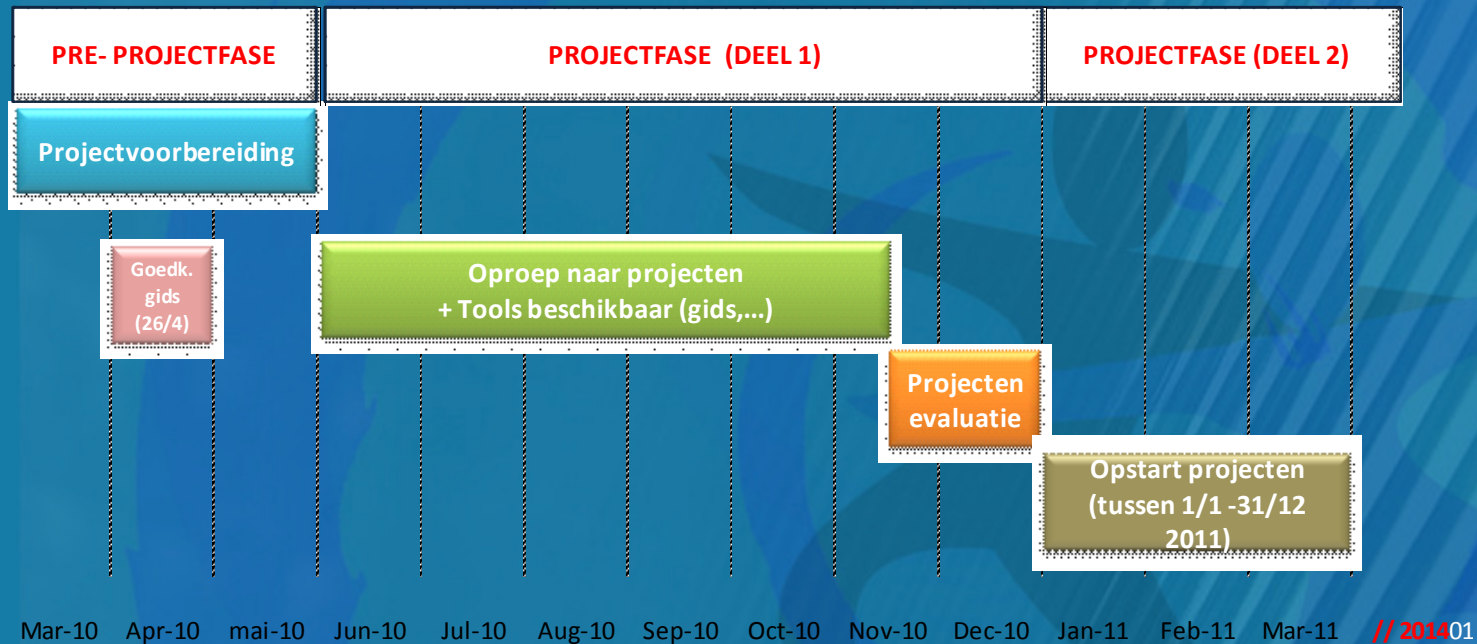


Inhoudstafel

1. Historiek
2. Huidige situatie
3. Waarom nu verder gaan?
4. Welk model?
5. Lokale implementatie, een model voor netwerking.
6. Follow-up van de projecten
7. Opleiding en onderzoek
8. Juridische en financiële aspecten
9. Een uniek logo
10. Communicatieplan



Communication Roadmap



1/04/2010:
1/06/2010:
1/01/2011:

Pre-projectfase - projectvoorbereiding
Projectfase (Deel 1) - project mode
Projectfase (Deel 2) - post go-live



Contact Informatie

Met al uw vragen kan u terecht bij onze
Helpdesk:

02/ 524 86 12 (nl)

02/ 524 86 13 (fr)

info@psy107.be

<http://www.psy107.be>

(operationeel vanaf 21/5/2010 16:00 uur)





Nationaal Informatiemoment– 21 mei 2010

PAUZE



Nationaal Informatiemoment – 21 mei 2010

Vragen en antwoorden

Moderator : **Christiaan DECOSTER**

Bernard JACOB - Projectleider

Isabel MOENS - Kabinet Onkelinx

Paul De BOCK - FOD Volksgezondheid

Bart VAN HOOFF - Kabinet Van Deurzen

Greet VAN HUMBEECK – Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid

Marlies VOS - Kabinet Vanraes

Sophie VERHAEGEN - Vlaamse Gemeenschapscommissie



SLOT



Nationaal Informatiemoment – 21 mei 2010

Nationaal Informatiemoment

**"Naar een betere
geestelijke
gezondheidszorg
door de realisatie van
zorgcircuits en
zorgnetwerken"**



Brussel, 21 mei 2010