

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

**Informatiedag op
woensdag
6 oktober 2010**



Verwelkoming door

Chr Decoster

Directeur-generaal
FOD Volksgezondheid



Informatiesessie – 6 oktober 2010

Programma van de infodag

1. Verwelkoming *door Christiaan Decoster, Directeur-generaal FOD*
2. Stand van zaken van de hervorming
door Bernard Jacob, Nationaal Coördinator
3. Rapportering over de hearings van de intentieverklaringen
*door Paul Debock (FOD), Yuri Caels (Brussel),
Nele Roelandt (Vlaanderen), Emmanuelle Demarteau (Wallonië)*
4. Financiering *door Isabel Moens, Beleidschef Federale Minister*
5. Vormingsinitiatieven *door Bart Schepers*
6. Medische activiteit en aandachtspunten voor de indiening
van de dossiers, *door Christiaan Decoster*
7. Integratie van de therapeutische projecten in het overleg rond
de patiënt *door Bernard Jacob*
8. Slot



Stand van zaken
van de hervorming in de
geestelijke gezondheidszorg

Bernard Jacob
Nationaal Coördinator



Informatiesessie – 6 oktober 2010

- 21-05-2010 : Nationaal Informatiemoment
- 17-06-2010 : Informatiesessie (input wetenschappelijke equipe)
- 01-07-2010 : Oproep (intentieverklaringen)
- 07-08-2010 : Ontmoetingen met de kandidaat- promotoren van de projecten
- 07, 08, 09 2010 : Ontmoeting met de actoren van de hervorming
- 06-10-2010 : Informatiesessie
- 31-10-2010 : Afsluiting van de projectoproep
- 25,26-11-2010 : 1^e vormingsmodule van de kandidaat-netwerkcoördinatoren
- 16,17-12-2010 : 2^e vormingsmodule van de kandidaat-netwerkcoördinatoren



Rapportering over de interviews
naar aanleiding van de
intentieverklaringen
rond zorgcircuits en zorgnetwerken



Informatiesessie – 6 oktober 2010

Verslag van de interviews met de ziekenhuizen/kandidaat-promotoren door de federale overheid

Paul De Bock

- Op 26, 27 en 28 juli, 3 en 31 augustus en op 1 en 2 september:
35 interviews
- Bijna alle regio's
- Sommige projecten zijn reeds ver uitgewerkt
- Velen bouwen voort op bestaande samenwerkingsverbanden
- Nagenoeg alle projecten omvatten PZ, PAAZ, PVT, IBW en CGG's. Sommige ook AZ zonder A-dienst en ook niet-GGZ partners (CLB, CAW,...)
- Het concept is gekend
- De meeste artsen zien het principe wel zitten maar vragen naar wachtdiensten, huisbezoeken en financiële regelingen.
- Nog maar weinig instellingen hebben het project met al hun personeel besproken.



- Informatiebehoefte: financiële en administratieve regelingen
- De meeste projecten hebben een duidelijk beeld over de regio
- Ook qua partners is er meestal duidelijkheid
- Vrijwel alle voorstellen omvatten al alle functies
- De meeste projecten hebben nog geen coördinator aangeduid
- Slechts een aantal heeft al bepaald wie welke middelen wil inbrengen
- De projecten verwachten vooral vorming maar ook een goede afstemming van de diverse overheden Ze appreciëren het gezamenlijk optreden van de betrokken overheden



Stand van zaken overleg
met de Brusselse projecten

Youri Caels

- Vraagt verdere ondersteuning
- Rol van de Overlegplatforms GGZ
- Bijkomende bilaterale gesprekken



Informatiesessie – 6 oktober 2010

Verslag van de interviews met de CGG's
door de vlaamse overheid
Nele Roelandt

- Enthousiasme over hervorming
- Actieve deelnemers gesprekken
- Rol in functie 1, 2 en 3
- Raad van Bestuur en personeel geïnformeerd
- Vragen rond interpretatie 10% decreet + productiviteitsindicator



Verlag van de interviews met de CGG's
door de waalse overheid

Emmanuelle Demarteau



Informatiesessie – 6 oktober 2010

Feed-back van de informatiesessie van 30/09/10 over de stand van zaken van de hervorming ten overstaan van de diensten voor geestelijke gezondheidszorg in Wallonië

- De Waalse diensten voor geestelijke gezondheidszorg per provincie, op verschillende tijdstippen.
- Het kabinet van Minister E TILLIEUX, vertegenwoordigd door Mvr. K. Karler
- De federale coördinator, B. JACOB,
- De coördinatrice voor het gewest, Mevr. B. BOUTON en twee vertegenwoordigers van de administratie, Mevr. E. DEMARTEAU en Mevr. A- C GROULARD.



Doelstellingen

- De sector informer over de vooruitgang van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg op federaal niveau;
- De diensten te ondersteunen in hun actieve participatie aan deze hervorming;
- Er op toezien dat het kader, de doelstellingen, het concept en de uitdaging van deze hervorming goed begrepen wordt.
- Bij de diensten peilen naar hun belangstelling en motivatie ;
- Bij de diensten peilen naar de mate van betrokkenheid als partner van de verzorgingsinstellingen;
- De diensten en hun activiteiten opwaarderen;
- De diensten bewust maken van de uitdaging van dit veranderingsproces;
- Nagaan in hoever er aan de projecten wordt meegewerkt.



Definitie van de dienst Geestelijke Gezondheidszorg (SSM) en functioneringsprincipes

- Decreet van 3 april 2009
- Onthaal voor alle aanvragen
- Psychische of psychologische problematiek
- Organisatie van een antwoord
- Pluridisciplinaire equipe :
 - Psychiater, Psycholoog, Maatschappelijk Assistent, Secretariaat
 - (+ bijkomende fonctions)



Conclusies : stand van zaken

- **Beperkte betrokkenheid** bij de intentieverklaringen
- Dikwijls **pro-actief**
- **Houding** : Proactief/passief ?
- DGGZ **open** voor uitnodigingen om aan het project mee te werken.
- Medewerking aan het project is **wenselijk**.
- Praktische toepassing is **eerder vaag**.



Wat gevreesd wordt

- **Machtsgreep** van de trekker van het project, eerder dan een **partenariaat**;
- Diensten aan **2 snelheden**;
- **Overlapping** van het aanbod
- Overeenkomst = **verplichting**
- Aan de patiënt geen **specifiek aanbod** meer kunnen bieden
- De patiënt in een circuit duwen dat **identiek is voor elke pathologie**.
- Een **patiëntenpopulatie** opgedrongen krijgen, ten nadele van de populatie die de DGGZ momenteel consulteren.
- **Zwaardere patiëntenpopulatie**
- **Bijkomende werkdruk** zonder bijkomende middelen.
- De huidige equipe zal gedeeltelijk gebruikt worden om de **mobiele equipes aan te vullen**.



Wat gevraagd wordt

- Op vlak van communicatie :
 - Beschikken over een **plek** waar **informatie** over de stand van zaken van de hervorming kan **uitgewisseld** worden.
 - Beschikken over **tijd voor overleg**
 - **Communicatie** met het **werkterrein**
 - Ontmoeting met **gemandateerde overheden**.



Wat gevraagd wordt

- Ten overstaan van de Platformen :
 - **OPGGZ** = rol van **facilitator**, informator en samenbundelaar
 - **OPGGZ** = overzicht van de voorhanden zijnde **middelen** op het terrein die zich in de 5 functies kunnen weervinden + overzicht van **goede plaatselijke praktijken + interacties**



Wat gevraagd wordt

- Aangaande werkzekerheid :
 - Steun vanuit Wallonië om een **algemene zienswijze** te bewerkstelligen
 - De middelen die op het grondgebied aanwezig zijn samenbrengen doorheen de **gebruikelijke samenwerkingsvormen** heen.
 - **Respect** voor het werk, de methodologie en de eigenheid.



Essentiele opmerkingen

- Wat met de **vrije keuze** van de patiënt?
- Wat met het **beroepsgeheim** binnen het netwerk en het respect voor de **deontologie** ?
- Hebben **medewerkers** de vrijheid om bij een netwerk aan te sluiten en het te activeren?
- Belang om de eigenheid van elke partner te respecteren, verankerd in overeenkomsten
- Overeenstemming tussen de **5 functies** en **behoeftecriteria**.
- Aandacht voor projecten die de **provinciegrenzen ontsluiten** om zo het zorgaanbod te verbeteren.
- Erkenning van de **expertise van de ambulante zorg** + specifieke **kennis van het terrein**
- **Meerwaarde** voor de patiënt en de impact op de ten laste neming.
- Ambulant – **Extramuraal** – Ziekenhuis



FINANCIERING

Isabel Moens

Adviseur Federale Beleidscel



Informatiesessie – 6 oktober 2010

FINANCIERING

Juridisch kader

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 gebiedsomschrijving, 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 programmeergeoriënteerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken.



FINANCIERING

Juridisch kader

Artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen

- Artikel 107 laat toe de bestaande middelen te heralloceren om er nieuwe modules mee te creëren
- Artikel 107 biedt een experimentele opstap (min. 3 jaar) met als doel de realisatie van artikel 11 (vroeger art. 9ter)
- Ter uitvoering hiervan voorziet het organiek financieringsbesluit de mogelijkheid om B4-overeenkomsten te sluiten



FINANCIERING

Juridisch kader

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 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.

We spreken dus ook nooit van een sluiting van bedden en dus ook niet van een schadeloosstelling.



FINANCIERING ALGEMENE VOORWAARDEN

Als eerste stap in de procedure kan vanaf 1 januari 2011 een B4-overeenkomst worden gesloten om de coördinator van het zorgnetwerk te financieren (maximum 100.000 euro).

Dit moet toelaten om binnen een redelijke tijdsspanne een netwerkovereenkomst af te sluiten.

Deze overeenkomst wordt gesloten via één van de ziekenhuizen die middelen heralloceert in het kader van artikel 107.



FINANCIERING ALGEMENE VOORWAARDEN

Daarnaast wordt een B4-overeenkomst gesloten met de individuele ziekenhuizen die middelen in het kader van art 107 heralloceren, om het budget dat deze ziekenhuizen hebben te blijven garanderen naar de toekomst, ook na de herallocatie van een deel van hun middelen.



FINANCIERING ALGEMENE VOORWAARDEN

Naast de twee voormelde B4-overeenkomsten kunnen de ziekenhuizen die middelen heralloceren, aanhangsels sluiten om diverse aspecten van de hervorming -desgevallend fasegewijs - te regelen, zoals bvb de oprichting van de mobiele teams.

Via deze aanhangsels worden, naast de herallocatie, bijkomende middelen toegekend om de hervorming te faciliteren.



FINANCIERING ALGEMENE VOORWAARDEN

Tussen alle partners van het netwerk wordt een netwerkoevereenkomst afgesloten. Hierin worden ondermeer geregeld: de missie van elke partner (zowel deze die betrokken zijn in de zorg als deze die betrokken zijn in de andere aspecten dan de zorg), de wijze waarop binnen het netwerk zal worden samengewerkt, de rol van de coördinator, het gebruik van een handboek met procedures, de coördinatie rond de zorg, de evaluatie van de werking, enz.



FINANCIERING

ALGEMENE VOORWAARDEN

Uit de netwerkoevereenkomst moet blijken hoe families van patiënten zullen worden betrokken en op welke wijze het aanbod moet gericht worden om open te staan voor alle patiënten .

Alle partners engageren zich om in overleg te gaan met externe begeleiding en via auditprocedures mee te werken aan evaluatie en effectanalyse.



FINANCIERING ALGEMENE VOORWAARDEN

De netwerkovereenkomst moet ondertekend worden door alle partners.

Deze overeenkomst is een voorwaarde om van de bijkomende middelen te genieten.



FINANCIERING

Effect op het BMF

Enkel de ziekenhuizen die middelen heralloceren kunnen een B4-overeenkomst sluiten en openen de mogelijkheid om bijkomende middelen te verkrijgen en te besteden binnen de vooropgestelde samenwerking met de andere GGZ actoren.

In de B4-overeenkomst kunnen ook de middelen van bestaande pilootprojecten worden geïntegreerd.

Er worden geen bedden “gesloten”, maar enkel bedden buiten gebruik gesteld. De middelen die vrijkomen worden heraangewend voor nieuwe functies.



FINANCIERING

Effect op het BMF

Het BMF wordt gedurende minimum drie jaren behouden.

Dit is een garantie die toelaat om de ziekenhuisactiviteit te verminderen en progressief de nieuwe functies op te starten.



FINANCIERING

Effect op het BMF

De ziekenhuizen genieten voor het personeel van de nieuwe functies dezelfde voordelen als voor de rest van het ziekenhuis.

Zo bvb zullen, indien binnen de proefperiode baremieke verhogingen of indexeringen worden beslist of nieuwe sociale akkoorden worden gesloten, de voordelen voor alle personeelsleden worden toegekend.

Het quotum ligdagen blijft gegarandeerd.



FINANCIERING

Effect op het BMF

Indien tijdens de periode van drie jaren de afschrijving van onroerende goederen zou aflopen, dan blijft het bedrag daarvan behouden.

Ook nieuwe afschrijvingen van grote onderhoudswerken kunnen in rekening worden gebracht.



FINANCIERING

Effect op het BMF

De controles op de financiering van de nieuwe functies, die ingevolge de herallocatie zullen ontstaan, zullen op dezelfde wijze worden verricht als voor de gedeelten van het ziekenhuis waarvoor er geen herallocatie is .



FINANCIERING

Effect op het BMF

Het onderdeel B1 blijft behouden.

Indien door de vermindering aan ziekenhuispatiënten er minder kosten zijn voor de gemeenschappelijke diensten, dan kan men over de vrij gekomen middelen beschikken om nieuwe kosten te dekken die mogelijks verbonden zijn aan de ambulante teams, zoals benzine voor voertuigen, draagbare pc's, GSM, enz..



FINANCIERING

Effect op het BMF

Ook Onderdeel B2 blijft behouden.

Het personeel dat nodig is voor de nieuwe functies wordt best maximaal verschoven vanuit het ziekenhuis. Uiteraard kunnen andere partners van het netwerk ook middelen aanreiken, zoals bvb PZT-teams of personeelsleden van outreachprojecten.

Indien bijkomende kwalificaties nodig zijn, kunnen ook de additionele middelen worden aangewend (zie verder).

De hervorming betekent dus geenszins een rationalisatie van het personeelsbestand, maar impliceert het behoud van het bestaande personeel met zelfs een versterking via de bijkomende middelen.



FINANCIERING

Effect op het BMF

Indien voor de nieuwe functies ruimten nodig zijn kan de vrijgekomen infrastructuur worden herbenut (bvb voor consultaties, netwerkoverleg, sociaal-culturele activiteiten, enz.).

In deze infrastructuur kunnen grote onderhoudswerken worden verricht en gefinancierd.

Men zou met de additionele middelen (zie verder) ook ruimten kunnen huren buiten het bestaande ziekenhuisgebouw.



Gebruikstoelage

Probleemdefiniering:

Wanneer PZ bouwwerken aanvatten via alternatieve financiering dienen ze elk jaar over een periode van 20 jaar een **gebruikstoelage** aan te vragen bij het VIPA.

Volgende **voorwaarden** werden hierbij gesteld:

-De gemiddelde bezettingsgraad op het moment van het indienen van de aanvraag bedraagt minimaal 70%.

EN

-het psychiatrisch ziekenhuis dient, in het laatste kalenderjaar voor de datum van de aanvraag tot verstrekking van de gebruikstoelage evenveel opnames te realiseren als in het laatste kalenderjaar voor de datum waarop het principiële akkoord voor het project werd gegeven.

Echter



Echter

- Als PZ instappen in ‘zorgcircuits en netwerken’ en bepaalde bedden uit gebruik nemen, dan zorgt dit:
 - enerzijds voor daling in de bezettingsgraad
 - anderzijds voor een daling in het aantal opnamen
- De gebruikstoelage van de PZ kan hierdoor pro ratio verminderd worden



Aangepaste wetgeving (1)

Besluit van de Vlaamse Regering van 16 juli 2010 tot wijziging van diverse bepalingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 1 september 2006 tot regeling van de alternatieve investeringssubsidies verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (BS 5 augustus 2010)



Aangepaste wetgeving (2)

Belangrijkste wijzigingen:

- De 2de voorwaarde komt te vervallen (zie BVR van 16 juli 2010)
 - Dus de minimale bezettingsgraad van 70 % is thans de enige gebruiksnorm waaraan moet voldaan worden in de PZ
- Tevens staat in de aangepaste wetgeving dat 'een afwijking kan door de minister worden toegestaan in de volgende gevallen :
 - 1° als de federale of de Vlaamse overheid, al of niet met betrekking tot projecten, goedkeurt dat een initiatiefnemer investeert in activiteiten waardoor de gebruiksnorm beïnvloed wordt;
 - 2° als het ziekenhuis het bewijs levert dat er, gedurende het kalenderjaar voor de datum van de aanvraag, belangrijke infrastructuurwerken verricht werden die de bezettingsgraad van een bepaalde dienst in negatieve zin hebben beïnvloed'.

→ **Deelname aan zorgvernieuwingprojecten zal niet gepenaliseerd worden!**



FINANCIERING

Effect op het BMF

Per project kan een additioneel bedrag van maximaal 500.000 euro worden toegekend. Met dit bedrag kunnen worden gefinancierd:

- een netwerkcoördinator,
- kwalificaties die niet voorhanden zijn,
- werkingskosten zoals de aankoop van voertuigen..



FINANCIERING

Effect op het BMF

In de eerste fase zullen de middelen voor de netwerkcoördinator worden toegekend.

Het saldo zal vrijgemaakt worden naargelang er nieuwe functies opstarten.

De aanwending van deze middelen moet in het dossier worden aangetoond..



FINANCIERING ALGEMENE VOORWAARDEN

Per project dient binnen een periode van één jaar (*) voor de vijf functies een begin van realisatie gemaakt te worden

1. Activiteiten inzake preventie, promotie, vroegdetectie, screening en diagnosestelling
2. Ambulante intensieve behandelteams (korte en langdurige zorg)
3. Rehabilitatiefunctie die werken rond reïntegratie en sociale inclusie
4. Intensieve residentiële behandelunits
5. Specifieke woonvormen waarin zorg aangeboden kan worden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu deze niet kan voorzien.

(*) Te rekenen vanaf de ondertekening van het aanhangsel die de financiering van de mobiele teams regelt



FINANCIERING

ALGEMENE VOORWAARDEN

Het ambulante behandelteam voor kortdurende intensieve zorg komt tussen in geval van crisissen.
De behandelduur is maximum één maand.

Nagegaan zal worden in welke mate op kruissnelheid continu 30 patiënten worden behandeld en op jaarbasis 360 patiënten.
En in hoever het team kan fungeren 7d/7, 24u/24u, 365 dagen.

De caseload is verder afhankelijk van de te bedienen regio en van de zorgzwaarte.



FINANCIERING ALGEMENE VOORWAARDEN

Het ambulante team voor langdurige zorg is gericht op een zo groot mogelijke maatschappelijke integratie.

Er wordt verwacht dat het team op kruissnelheid en op jaarbasis 250 à 400 patiënten behandelt. Het team fungeert tijdens alle dagen behoudens op zon- en feestdagen.

De caseload is verder afhankelijk van de te bedienen regio en van de zorgzwaarte..



FINANCIERING

ALGEMENE VOORWAARDEN

Beide mobiele teams moeten over diverse kwalificaties kunnen beschikken, rekening houdend met de missie van ieder team, de zorgzwaarte en het attractiegebied dat men zal bedienen: psychologen, voldoende verpleegkundigen, maatschappelijke werkers.

Voor de langdurige zorg zullen de kwalificaties meer gericht zijn op de reïntegratie. Ze kunnen bvb ook beroep doen op opvoeders.

De twee mobiele teams krijgen samen een gegarandeerde vergoeding à rato van 225.000 € voor de medische activiteit.



FINANCIERING ALGEMENE VOORWAARDEN

De activiteit binnen het ziekenhuis zal, mede als gevolg van de creatie van de mobiele equipes, eveneens intensifiëren.

Het betreft patiënten die nood hebben aan een residentiële opname voor hetzij een kortdurende behandeling en/of doorgedreven therapie.

Het verblijf is evenwel van korte duur.



FINANCIERING

Theoretisch kader

	A	a-d	a-n	T	T1	T2	t-d	t-n
<i>per # bedden</i>	30	30	30	60	60	60	60	60
Verpleegkundigen	6	3	5	6	14	10	3	5
Psychologen	0,5			0,5	0,5	0,5		
Maatsch. Assist.	0,5			0,5	0,5	0,5		
Paramedi, Opvoeders, ...	6	6	3	6	6	6	6	3
Niet gekwalificeerd	3		2	3	3	3		2
	16	9	10	16	24	20	9	10
Bijk. Personeel art. 48		1	1	4	4	4	2,25	2,37
		10	11	20	28	24	11,25	12,37



<i>per bed</i>	A	a-d	a-n	T	T1	T2	t-d	t-n
Verpleegkundigen (incl art 48)	0,20	0,10	0,17	0,10	0,23	0,17	0,05	0,08
Psychologen	0,02			0,01	0,01	0,01		
Maatsch. Assist.	0,02			0,01	0,01	0,01		
Paramedi, Opvoeders, ...	0,20	0,23	0,13	0,17	0,17	0,17	0,14	0,09
Niet gekwalificeerd	0,10		0,07	0,05	0,05	0,05		0,03



Mobiele Equipes		Intensifiëring	
Kort	Lang	acuut 16 plaatsen	chronisch 30 plaatsen
6	6	6	6
7	6,5	0,5	0,5
		0,5	0,5
		6	10
3	1,5	3	3
16	14	16	20

FLEXIBILITEIT

Psychologen
Maatsch. Assist.
Paramedici / Opvoeders

Pool
Minstens 1 van
Elke kwalificatie



Informatiesessie – 6 oktober 2010

Simulatie



Informatiesessie – 6 oktober 2010

Baremas van toepassing in 2010

Opmerking: des berekening houdt rekening met een gemiddelde ancienniteit van 10 jaar en met een gemiddelde onregelmatige prestatie van 15%
(met uitzondering van de psycholoog waarvoor dit niet is voorzien)

	Ancienniteit	Privé	Openbaar	Gemiddeld
Psycholoog 1/80	10 jaar	62.232,22	61.757,37	61.994,79
Gegradueerde + paramedici + maatschappelijk assistent 1/55-1/61-1/77(+2a)	10 jaar	59.164,77	58.940,08	59.052,42
Gebreveteerde 1/43-1/55	10 jaar	52.487,49	52.416,04	52.451,77
Ziekenhuisassistent 1/40-1/57	10 jaar	49.656,57	49.650,09	49.653,33
Niet gekwalificeerd 1/22-1/30	10 jaar	44.224,59	38.847,88	41.536,24



RECONVERSIEMOGELIJKHEID NAAR BW EN PVT

De bestaande reconversiemogelijkheden naar plaatsen voor beschut wonen en naar bedden in psychiatrische verzorgingstehuizen, blijven onverkort gelden.

Ze staan los van de herallocatie via B4-overeenkomsten.



RECONVERSIEMOGELIJKHEID NAAR BW EN PVT

Aanvragen voor reconversie naar PVT:

1T –bed kan leiden tot 1,48 PVT-bedden

1C-bed kan leiden tot 2,44 PVT-bedden

Idem voor 1 D-bed en voor 1 G-bed

Aanvragen voor reconversie naar BW:

1T –bed kan leiden tot 5,96 BW-plaatsen

1C-bed kan leiden tot 9,83 BW-plaatsen

Idem voor 1C-,1D- en 1G-bed



RECONVERSIEMOGELIJKHEID NAAR BW EN PVT

Intussen wordt verder gewerkt aan de KB's die uitvoering gegeven aan de voorstellen tot flexibilisering en actualisering van de wijze waarop de huidige erkenningsnormen PVT en BW zijn geformuleerd.



Overleg rond de patiënt

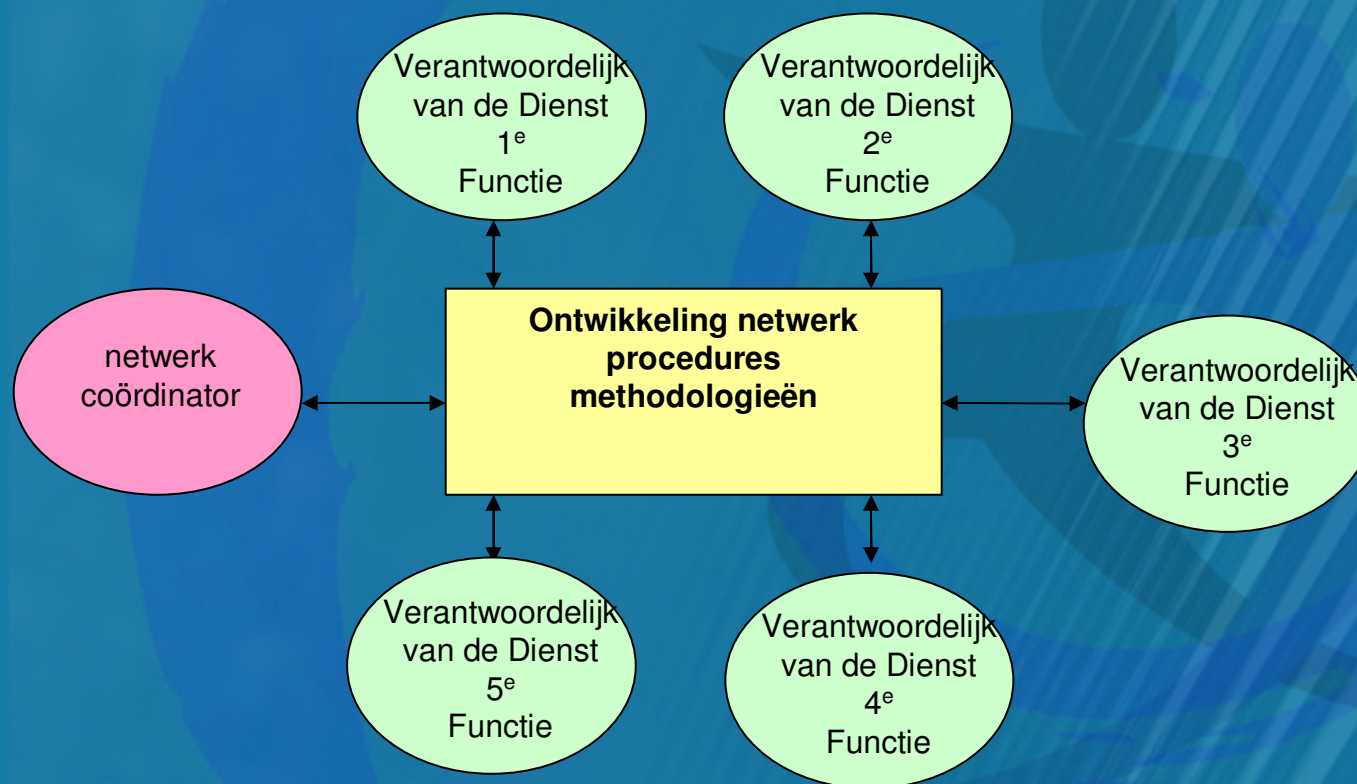
Afspraken maken rond de verdere uitwerking van de voorstellen: werkgroep Verzekeringscomité.

Juridisch kader : artikel 56 ZIV-wet

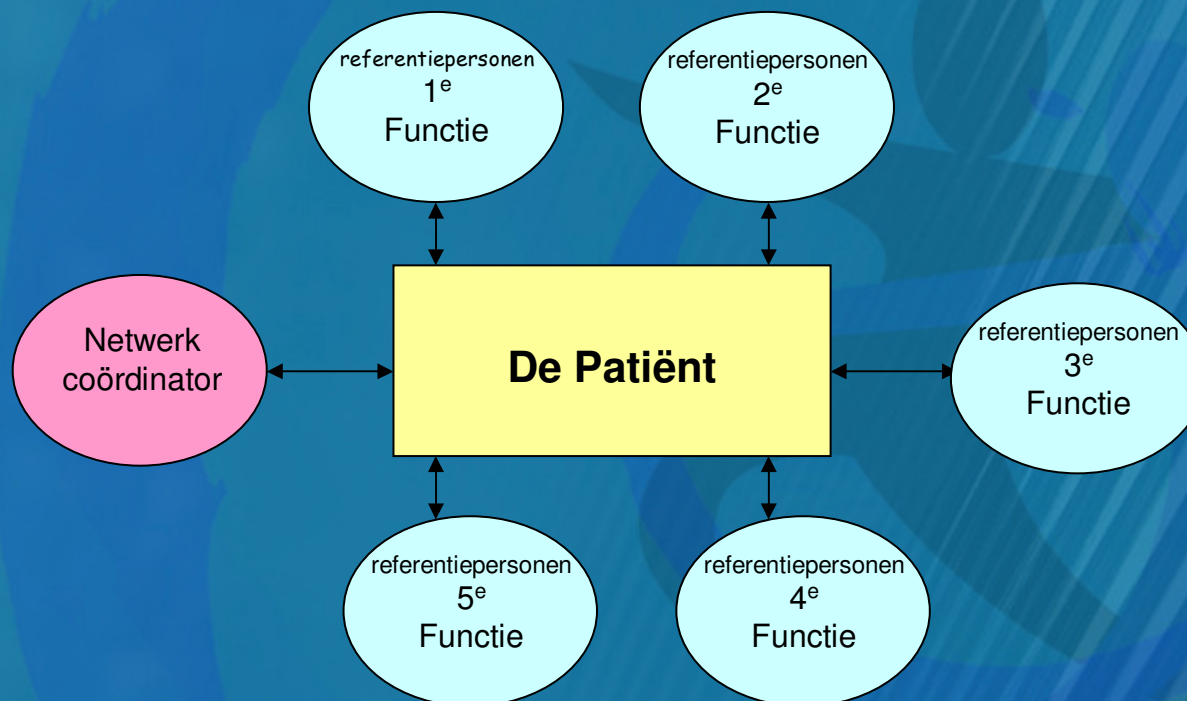
Opmaak budgettaire nota in kader van begrotingsdoelstelling voor 2011



Overleg tussen diensten



Overleg rond de patiënt



VORMINGSAANBOD

Ter ondersteuning van de hervorming in
de geestelijke gezondheidszorg

Bart Schepers

Vormingsverantwoordelijke



Informatiesessie – 6 oktober 2010

Vorming

Kandidaat-netwerkcoördinatoren

november-december 2010

Overzicht vormingsaanbod najaar 2010:

- Studiedag 'Naar een betere geestelijke gezondheidszorg: het perspectief van de netwerkcoördinator'
- Halve studiedag 'Visie bij de hervorming geestelijke gezondheidszorg'
- Trainingsmodule 'Netwerking in de geestelijke gezondheidszorg'



Studiedag

‘Naar een betere geestelijke gezondheidszorg: het perspectief van de netwerkcoördinator’

Wanneer?

25 en 26 november 2010.

Doelstelling?

Informeren en inspireren van de kandidaat-netwerkcoördinatoren.

Inhoud?

1. Toelichting bij de hervorming vanuit de FOD Volksgezondheid.
2. Buitenlandse voorbeelden van vermaatschappelijking van de zorg, toegelicht door experts uit Birmingham, Lille, Maastricht en Lausanne.
3. Good practices van eigen bodem.
4. Panelgesprek over de rol van de netwerkcoördinator met professor C. Van Audenhove (LUCAS-K.U.L.) en professor M. Leys (MESO-V.U.B.)

Organisatie? FOD Volksgezondheid



Informatiesessie – 6 oktober 2010

Halve studiedag 'Visie bij de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg'

Wanneer?

6, 7 of 8 december 2010

Wat?

Sessie van een halve dag waarbij op een interactieve wijze de vertaalslag wordt gemaakt van 'visie op' naar 'organisatie van' zorg in de samenleving.

Inhoud?

- Herstel en empowerment
- Perspectieven in rehabilitatie
- Evidence Based Practices
- Inclusie en participatie
- Zorgplan

Vormingspartner? LUCAS-K.U.Leuven



Informatiesessie – 6 oktober 2010

Trainingsmodule 'Netwerking in de geestelijke gezondheidszorg'

Wanneer?

16 (FR) en 17 (NL) december 2010

Wat?

Interactieve training in dagformule waarin dieper wordt ingegaan op de factoren die de efficiëntie en effectiviteit van een netwerk beïnvloeden.

Inhoud?

- Sessie 1: Organisatorische configuratie van een samenwerkingsverband.
- Sessie 2: Management en bestuursmodellen van een netwerk en de verhouding van de netwerkmanager.

Vormingspartner? MESO-V.U.Brussel



Informatiesessie – 6 oktober 2010

Medische activiteit en aandachtspunten voor de indiening van de dossiers

Christiaan Decoster
FOD Volksgezondheid



Informatiesessie – 6 oktober 2010

Medische activiteit

Voor de medische activiteit van de twee mobiele equipes samen wordt een vergoeding betaald van 225.000 € op jaarbasis, wat de activiteit dekt van 1,5 FTE-equivalent psychiaters. Uiteraard werken de psychiaters binnen het geneesherenkader van het ziekenhuis en kunnen de opdrachten dus door meer dan 1,5 psychiaters worden uitgeoefend.

Deze vergoeding wordt betaald via een B4-overeenkomst die de financiering regelt voor een artikel 107-project. Ze komt bovenop de additionele vergoeding voor het project.



Medische activiteit

Welk takenpakket/verantwoordelijkheid hebben de psychiaters?

- De leiding van beide teams
- Het medisch beleid in overeenstemming met de hoofdgeneesheer
- De planning, de uitvoering en de opvolging van de activiteiten van beide teams
- De psychiaters maken deel uit van de mobiele teams en gaan desgevallend mee ter plaatse



Medische activiteit

- Consultaties voor patiënten die door de mobiele teams worden behandeld
- Het borg staan voor het goed bijhouden van de patiëntendossiers en het registreren van de activiteiten



Medische activiteit

- Dagelijkse opvolging van de patiëntencasussen
- Kontakt met de huisarts en desgevallend ervoor zorgen dat de patiënt een huisarts van zijn keuze aanduidt als hij er geen heeft
- Samenwerking met de verschillende partners van het netwerk, zowel deze van de medische sektor als deze van de andere sectoren



Medische activiteit

- De deelname aan de wacht, zoals georganiseerd door de hoofdgeneesheer voor het geheel van de diensten van het ziekenhuis
- De psychiaters waken erover dat de patiënt in zijn totale levenskontekst wordt behandeld met het oog op een maximale ontplooiing en reïntegratie in het maatschappelijk leven



Medische activiteit

Worden niet gedekt door de vaste vergoeding:
de consultaties van patiënten, ongeacht of het patiënten zijn die behandeld worden door de mobiele teams of niet. Voor de consultaties zijn de bestaande nomenclatuurcodes van toepassing.

Ofschoon het bezoek van de psychiater met de mobiele teams aan huis van de patiënt wel begrepen is in de vaste vergoeding, kan hiervoor toch een afzonderlijke vergoeding volgens de geldende nomenclatuur worden aangerekend indien dit op uitdrukkelijk verzoek van de huisarts gebeurt.

De vaste vergoeding (225.000 euro) wordt gegarandeerd gedurende de ganse periode van het pilootproject (minstens 3 jaar). Dit moet toelaten patiëntenopnames in het ziekenhuis af te bouwen en progressief beide mobiele teams op te starten.



Medische activiteit

De vaste financiering is tijdelijk en moet na de periode van minstens drie jaren uitmonden in een aangepaste financiering die in overeenstemming staat met de andere activiteiten en verantwoordelijkheden van de psychiaters in de ggz.

De wetenschappelijke equipes zullen het geheel moeten evalueren en de omschrijving van de opdracht en de modaliteiten van uitvoering zullen desnoods tussentijds worden bijgesteld.



Medische activiteit

De psychiaters die meewerken in het kader van de mobiele teams dienen samen met de hoofdgeneesheer een bijlage bij de B4-overeenkomst te ondertekenen waaruit blijkt dat ze achter de uitvoering van het pilootproject van artikel 107 staan.



Aandachtspunten bij het indienen van de voorstellen in het kader van het hervormingsprogramma van de artikel 107-projecten



Informatiesessie – 6 oktober 2010

Dimensies

1. De vermaatschappelijking van zorg
2. Doelstellingen
3. Afbakening van het geografische werkingsgebied
4. Beschrijving van de nieuwe structuur
5. Ontwikkelingsstrategie van het netwerk
6. Financiering en resources
7. Template projectvoorstel



1. De vermaatschappelijking van zorg

Is het werken rond preventie, diagnose, behandeling en herstel in het plan uitgewerkt?

Zijn de randvoorwaarden voor aanbieden van zorg in de gemeenschap uitgewerkt?

Is het de bedoeling om de mogelijkheid tot zorg in de samenleving aan te bieden voor alle potentiële doelgroepen in de regio?



2. Doelstellingen

Zijn doelstellingen helder geformuleerd voor:

- Patiënten
- Hulpverleners
- Netwerk als geheel & deelnemende partners

Zijn de functies die men wenst in te vullen in het projectvoorstel helder weergegeven?



3. Afbakening van het geografisch werkingsgebied

Is de afbakening van het geografische werkingsgebied helder beschreven en gemotiveerd?



4. Beschrijving van de nieuwe structuur

1. Netwerksamenstelling (partners)
2. Taakverdeling tussen partners netwerk
3. Rollen en competenties binnen een nieuwe structuur (inclusief netwerkcoördinator)
4. Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring, garanties naar de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de veiligheid van de datatransmissie.
5. Management- en bestuursmodel



5. Ontwikkelingsstrategie van het netwerk

Beschrijft het voorstel een implementatiestrategie van het netwerk met een stappenplan (fasering)?

Wordt er een inschatting gemaakt van de potentiële risico's die bij de implementatie van het netwerk kunnen optreden? (risico-analyse?)



6. Financiering en middelenallocatie

Beschrijft het voorstel de middelenallocatie in het netwerk en tussen de partners?



7. Projectvoorstel

Een vaste template zal gebruikt worden voor het indienen van de projectvoorstellen.



Beoordeling van voorstel

4 referentievragen :

- Is elke dimensie in het voorstel **opgenomen**?
- In welke mate is dat aspect **in detail uitgewerkt**?
- In welke mate strookt de uitwerking met het opzet van **artikel 107**?
- Is de uitwerking daarvan **realistisch**?

Overall-vraag :

- In welke mate is het voorstel onderbouwd met bestaande kennis (**evidence-based**)?



Mogelijke beslissingen ivm de artikel 107-projecten

Te overwegen voor selectie zonder bijsturing, deze projecten zijn startklaar

Beperkte bijsturingen zijn nodig alvorens te starten

Vrij ernstige bijsturingen zijn nodig, deze projecten zijn dus niet startklaar

Niet aangepast voorstel:
deze projecten komen niet in aanmerking



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)

