

FAQ Webinar 13/05/2022

Intensifiëring van de residentiële zorg



| | |
|-----------------------------|----|
| 1. Introductie | 2 |
| 2. Werkgroep intensifiëring | 3 |
| 3. Praktijkervaring | 5 |
| 4. Financiering | 6 |
| 5. Beleid | 8 |
| 6. Lexicon | 16 |
| 7. Vragen? | 16 |

De vragen in deze FAQ zijn letterlijk overgenomen van de vragen die de FOD Volksgezondheid ontvangen heeft tijdens de webinar van 13/5/2022 of via psysoc@health.fgov.be.

Update: 12/08/2022

1. INTRODUCTIE

1.1. “Hoe kan er gebruik gemaakt worden van het lerend netwerk HIC i.f.v. ondersteuning van een netwerk waarin we een HIC willen oprichten?”



Het lerend netwerk maakt wissel-leren en peeraudits mogelijk. Een voorbeeld hiervan is dat er medewerkers van een HIC-afdeling stage kunnen gelopen bij een andere HIC-afdeling zodat beide organisaties good-practices kunnen uitdelen. Dit kan over de netwerken heen.

1.2. “Is een vlotte samenwerking en doorverwijzing vanuit een AZ (bv. PAAZ, spoedafdeling) naar een HIC of IZ mogelijk?”



Ja, de hervorming geestelijke gezondheidszorg streeft het matched en stepped care principe toe.

1.3. “HIC en ID moet vooral gebonden zijn aan de doelgroepen die je ook als ziekenhuis vandaag opneemt; er zijn qua intensiteit toch grote verschillen tussen de ziekenhuizen; patiëntenkenmerken zijn toch leidend”



De doelgroep van de ID en HIC-afdelingen zijn personen met ernstige complexe psychische stoornis. De behandeling is zo intensief en zo lang als nodig en zo intensief en zo kort als mogelijk. De cliënt staat voorop, het aanbod dient hierbij vraag gestuurd te zijn en niet aanbod gestuurd. Een ID richt zich naar gekende psychiatrische patiënten terwijl een HIC zich ook richt naar niet gekende patiënten.

2. WERKGROEP INTENSIFIËRING

2.1. “Gastvrij onthaal (1e vijf minuten), zorgafstemming in de eerste 24h, contact en nabijheid/presentie, vroeg-signalering, medische behandeling gecombineerd met transdisciplinaire zorg, op- en afschaling, rooming-in, ervaringsdeskundigen,... zijn terechte kernelementen in het HIC-model. In mijn ogen zijn dit vandaag basis-uitgangspunten in psychiatrische crisiszorg tout court, die ook van toepassing zouden moeten zijn in afdelingen die reguliere GO organiseren en crisissen opvangen. Echter in meerdere PZ zijn deze reguliere GO- en crisis-afdelingen niet voorzien van een geïntensifieerde (HIC-)omkadering. Zij staan nochtans in om ernstig externaliserend gedrag te voorkomen, zij beogen het stabiliseren van de crisis en het verminderen van VBM, en de regie terug te geven aan de patiënt. Hopelijk worden zij in het spectrum van crisiszorg en de noodzaak aan intensifiëring ook meegenomen in de werkgroep intensifiëring?”



Dit is een zeer terechte vraag en bezorgdheid. Momenteel zijn er twee modellen die voorliggen in het kader van het ‘intensifiëren van de residentiële zorg’, nl. de High and Intensive Care (HIC)-werking en de Intensieve Dienst (ID)-werking. Rond de HIC-werking is binnen de werkgroep ‘intensifiëren van de residentiële zorg’ van het Overlegorgaan 107 een subwerkgroep ‘HIC’ actief waarin de verschillende HIC-werkingen inhoudelijk, wetenschappelijk, beleidsmatig, ... opgevolgd worden. Ook de nieuwe HIC-werkingen naar aanleiding van de derde oproep voor het indienen van projectvoorstellen “intensifiëring van de residentiële zorg” zullen hierin vervat worden. We hebben daarnaast recent afgesproken dat vanuit de subwerkgroep HIC de ID mee zullen uitgenodigd worden. Een aantal ziekenhuizen met een HIC hebben immers ook een of meerdere ID. Vanuit de subwerkgroep HIC wordt een advies aan de werkgroep ‘intensifiëren van de residentiële zorg’ geformuleerd in welke mate de ID-werking meegenomen kunnen worden binnen de werkzaamheden van de subwerkgroep H&IC, dan wel dat er een aparte subwerkgroep ID moet opgestart worden. De uitwerking van een ID-monitor, een evaluatiesjabloon, ... zouden eerste werkzaamheden zijn.

We beseffen dat we hiermee geen antwoord op uw vraag geven. We willen wel aangeven dat we zowel de HIC-werkingen als de ID-werkingen vanuit het Overlegorgaan 107 en dito werkgroep nauw opvolgen en verder evalueren. Op basis hiervan moeten we idd. het debat over de inzet van HIC-, ID- en bestaande A-diensten binnen het spectrum van de crisiszorg voeren, vertrekkend vanuit de noden van mensen met een psychische crisisvraag.

2.2. Als ik het goed begrijp, behoren de HIC-diensten momenteel tot de diensten "in observatiestelling (MEO)". In het eerste deel van de presentatie hoorde ik echter dat een van de doelstellingen is het aantal "in observatiestelling (MEO)" te verminderen. Persoonlijk ben ik ervan overtuigd dat het met de HIC's inderdaad mogelijk zal zijn het aantal "in observatiestelling (MEO)" terug te dringen. Vraag: Zijn HIC's noodzakelijkerwijs gekoppeld aan het beheer van "in observatiestelling (MEO)" of gaan zij aan een "in observatiestelling (MEO)" vooraf?



De HIC-werkingen zijn er, cfr. de Nederlandse HIC-monitor, hoofdzakelijk op gericht om de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals isolatie en afzondering, zoveel als mogelijk te voorkomen bij mensen die een ernstige psychische crisis doormaken. Doorverwijzingen naar de HIC gebeuren vnl. vanuit de thuissituatie van mensen die een ernstige psychische crisis doormaken door de ambulante of mobiele teams. Het klopt dus dat er, omwille van deze finaliteit, ook veel mensen in een gedwongen statuut terecht komen op de huidige HIC-werkingen. Maar het al dan niet hebben van een gedwongen statuut is in principe geen in- of exclusie criterium voor een HIC; wel het kunnen voorkomen van de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals isolatie en afzondering. Maar logischerwijs zijn er linken tussen beiden te leggen.

Het is dus onjuist te stellen dat HIC-diensten enkel in de diensten gesitueerd kunnen worden waar mensen in gedwongen statuut opgenomen worden. Het is eveneens onjuist te veronderstellen dat door de aanwezigheid van de HIC-diensten het aantal gedwongen opnames zal verminderen. Een gedwongen opname is en blijft een beschermingsmaatregel voor de patiënt die door justitie geïndiceerd en beslist wordt.

3. PRAKTIJKERVARING

- 3.1. Er is blijft een heel kleine groep van patiënten die zeer ernstig ziek zijn en die permanent intensieve begeleiding nodig hebben; deze kleine groep belast de schaarse HIC capaciteit eigenlijk te zwaar; quid alternatief voor deze groep buiten de ziekenhuiscontext ?**

Wij kunnen niet voor alle mensen spreken die hieronder vallen maar éénzaamheid en onvermogen om zelf sociale netwerken uit te bouwen ligt dikwijls aan de basis van dit probleem (soms gecombineerd met verdovende middelen) Dagopvang met niet al te hoge verwachtingen kan hier een oplossing bieden. Sommigen kunnen alleen PVT aan maar zijn daar mentaal nog niet klaar voor...

- 3.2. Hoe zit het met farmacologische (medicamenteuze) dwangmaatregelen? Worden die ook in deze diensten gebruikt? Is er een verband met fysieke dwangmaatregelen?**

Een moeilijke evenwichtsoefening. Bij ernstige symptomen/gevaar zullen we overgaan naar dwangmedicatie.

- 3.3. Zijn er klinische bijeenkomsten? Heeft de ervaringsdeskundige toegang tot de patiëntendossiers?**

Men is bezig om dit uit te rollen maar zal nog niet voor deze zomer zijn.

4. FINANCIERING

4.1. “Gaaf het in dit voorbeeld om een jaarlijkse vergoeding voor de medische functie?”



De medische functie zal via het BMF jaarlijks uitbetaald worden aan de contractant.

4.2. “Zijn de supplementaire artsenuren per week? maand? jaar?”



De medische functie (waaronder de supplementaire artsenuren) zal via het BMF jaarlijks uitbetaald worden aan de contractant. Het aantal berekende uren in de voorbeelden op weekbasis wordt geëxtrapoleerd op jaarbasis, en vermenigvuldigd met het eenheidshonorarium.

4.3. “Kan een netwerk dat een HIC heeft volledig budgetneutraal nog een HIC creëren door bevrozing zonder beroep te doen op de bijkomende middelen ? (6 VTE + 4 uur)”



kan de aanvraag indienen, zolang deze conform is aan de voorwaarden die opgesteld zijn in de omzendbrief Ref. PSY/GGZ/SDS/4 . De inhoudelijke evaluatie wordt uiterlijk tegen 15 juli 2022 bekend gemaakt aan het betrokken netwerk en ter informatie aan de IMC meegedeeld. De creatie van een HIC zonder gegarandeerd bijkomend budget is in theorie enkel mogelijk vanuit het exclusieve gebruik van A-bedden (dit is immers de basis voor facturatie prestaties op HIC) of door het extra bevrozen van een bijkomend aantal bedden en/of plaatsen zonder compensatie waardoor de meeruitgaven voor de medische functie volledig geneutraliseerd kunnen worden.

4.4. “Kunnen meerdere ziekenhuizen een HIC-aanvraag indienen?”



De aanvraag wordt per netwerk ingediend. De organisatie van de HIC van het ziekenhuis zal nauw samenwerking met het netwerk. Het B4 contract van het crisiszorgpad zal afgesloten worden met het betreffende ziekenhuis. Het crisiszorgpad is met verschillende actoren binnen het netwerk. De bedbevrozing kan gedeeld worden vanuit de erkenning van verschillende ziekenhuizen.

4.5. In de compensatie voor de oprichting van een HIC/ID-dienst, is er : 1° financiering voor de crisisbedden, 2° vergoeding voor de bevroering van bedden indien nodig, 3° compensatie voor medische uren voor/na de intensivering, 4° 11 uur extra ondersteuning voor een netwerk zonder HIC. In de presentatie werd gezegd dat "kan voorzien worden bij de introductie van HIC-bedden", wat betekent dit precies?



De compensatie is niet vierledig te beschouwen, wel minstens 2-ledig en mogelijk 3-ledig.


Een compensatie wordt voorzien voor de

- IC-bedden op de HIC-afdeling (die worden verondersteld leeg te staan en daarom wordt een forfaitaire vergoeding voorzien voor deze erkende bedden): basis = A-honorarium (forfaitair)
- bijkomend bevroren bedden en plaatsen waaruit de extra VTE gegenereerd worden voor de bestaffing: basis = forfaitair honorarium afhankelijk van aard en aantal bedden en plaatsen
- ingeval na creatie HIC het aantal in te zetten artsenuren is gestegen, wordt een vergoeding voorzien voor de extra artsenuren ; als het aantal artsenuren niet is gestegen in vergelijking met de situatie voor de creatie van HIC, is er hiervoor geen extra compensatie


Het is niet zo dat elk netwerk zonder HIC (niet-woestijngebieden) daarboven nog een vergoeding voor de financiering van 11 artsenuren ontvangt. Deze 11 artsenuren zijn, zoals in het voorbeeld van de webinar opgenomen (20 + 4 HIC) via de inzet van 41 T-bedden, opgesplitst in 3,2 uur artsenuren (leegstaande IC-bedden) en 7,8 uur artsenuren door de gestegen inzet. Als andere bedden en plaatsen gebruikt worden voor de creatie van een HIC, wijzigt het aantal van extra te financieren 11 artsenuren eveneens.

5. BELEID

5.1. “Hoe wordt een ‘woestijng gebied’ gedefinieerd?”


 D Op basis van de IMC van 20/11/2017 kregen de netwerken Mosaïque, Brabant Wallon, Proxirélux, het Brussels Regionaal Netwerk, GGZ Kempen en SaVHA een supplementaire financiering toegekend doordat deze als ‘woestijng gebieden’ worden beschouwd.

5.2. “Ik wil ook even wijzen op de noodzaak aan een HIC werking voor ouderen; zeker bij cognitieve problematiek aan de orde”

 De HIC-werking is gericht op alle volwassenen met ernstige complexe psychiatrische stoornis. Ook ouderen hebben toegang tot de HIC-werking.

Uw reflectie zal ook worden meegenomen in de hervorming van het geestelijk gezondheidsbeleid voor ouderen, welke op dit moment wordt uitgewerkt door de technische werkgroep ouderen.

5.3. “Worden de netwerken die de vlucht vooruit hebben genomen niet opnieuw wat benadeeld tav die netwerken die nog niks uitgewerkt hebben ?”

 Neen. Deze netwerken die al een HIC hebben krijgen een bijkomende financiering van 6 VTE (mobiele teams met liaison naar spoed).

Het uiteindelijk doel van de intensifiëring van de residentiële zorg is om in heel België een crisiszorgpad uit te rollen. Het netwerk dient te bekijken wat het bestaande crisiszorgaanbod is om vervolgens een crisiszorgpad volgens het stepped care principe binnen het netwerk uit te rollen met alle crisiszorgpad. Dit crisiszorgpad bestaat uit de samenwerking van verschillende spelers in het netwerk. Waaronder de triage (1) spoedgevallen, (2) mobiele crisisteams en (3) ID/HIC. Deze derde oproep vormt dus onderdeel van een opbouwscenario.

De netwerken die al een HIC hebben kunnen zich toespitsen op de uitbouw van de samenwerking tussen de ID/HIC en de spoedgevallendiensten.

5.4. “Mag je in deze derde oproep ook nog HIC's bijmaken zonder extra injectie VTE? ik bedoel: het netwerk heeft al een HIC en krijgt extra injectie VTE voor versterking 2a teams naar spoed, maar mag je dan ook nog realloceren naar HIC volgens de regels in fase 1 en 2?”



U kan de aanvraag indienen, zolang deze conform is aan de voorwaarden die opgesteld zijn in de omzendbrief Ref. PSY/GGZ/SDS/4 . De inhoudelijke evaluatie wordt uiterlijk tegen 15 juli 2022 bekend gemaakt aan het betrokken netwerk en ter informatie aan de IMC meegedeeld.

5.5. “Wat zijn de selectiecriteria en wie selecteert er als er meerdere kandidaten per netwerk zijn, wanneer er dus meerdere projecten ingediend worden?”



De aanvragen zullen worden getoetst aan de voorwaarden die omschreven zijn in de omzendbrief Ref. PSY/GGZ/SDS/4.

5.6. “Moeten netwerken met een HIC ook een dossier indienen voor de 6 extra VTE mobiele crisisteam?”



Het netwerk dient hiervoor een aanvraag per mail door te sturen naar psysoc@health.fgov.be tegen 15 juni 2022.

Deze aanvraag moet omvatten:

- De uitgebreide visie over de concrete invulling en werking van de bijkomende 6 VTE. Deze uitwerking omvat de samenwerking tussen de mobiele crisisteam, de HIC en de spoedgevallendienst(en) binnen het netwerk, alsook de samenwerking met de ambulante zorgsector als andere partners geestelijke gezondheidszorg. Indien er reeds een crisiszorgpad uitgerold of in ontwikkeling is binnen het netwerk dienen de bijkomende VTE hierin ingebed te worden.
- Het implementatietraject.
- Wanneer de aanwervingen van start zouden gaan.

Het is niet de bedoeling om de 6 VTE louter toe te voegen aan de reguliere werking van de mobiele crisisteam, wel om de verbindingen te maken tussen de mobiele crisisteam, de HIC en de spoedgevallendienst(en) binnen het netwerk, alsook de samenwerking met de ambulante zorgsector als andere partners geestelijke gezondheidszorg.

Aan de werkgroep intensifiëring is de vraag gesteld om een beknopt kader uit te werken voor de inzet van de 6 VTE mobiele crisisteam om de verbindingen te maken tussen de mobiele crisisteam, ID/HIC en de spoedgevallendienst(en). Weet wel dat de 6 VTE louter is voor de HIC-dienst en de bovenstaande verbindingen te maken. Het is niet de bedoeling om deze louter toe te voegen aan werking van de mobiele crisisteam.

5.7. “Kan er in een projectdossier een project ingediend worden waarin we een HIC in het netwerk oprichten volgens het model, met afbouw van bedden afkomstig van verschillende voorzieningen in het netwerk? Dus niet vanuit 1 voorziening?”



De HIC kan uitgebouwd vanuit verschillende voorzieningen en dient te voldoen aan de modaliteiten van de werkgroep intensifiëring. Het netwerk kan één HIC-aanvraag indienen met bedbevrozing vanuit de erkenning van meerdere ziekenhuizen, zolang deze conform is aan de voorwaarden die opgesteld zijn in de omzendbrief Ref. PSY/GGZ/SDS/4. De inhoudelijke evaluatie wordt uiterlijk tegen 15 juli 2022 bekend gemaakt aan het betrokken netwerk en ter informatie aan de IMC meegedeeld.

Het budget wordt gefinancierd aan de contractant.

5.8. “Bestaat de mogelijkheid op ID up te graden naar HIC?”



Deze aanvraag is enkel mogelijk met een bijkomende bedbevrozing en op voorwaarde dat dit budgetneutraal kan plaatsvinden. Daarnaast moet deze voldoen aan alle modaliteiten beschreven door de werkgroep intensifiëring. U kan deze hier raadplegen: <https://www.psy107.be/index.php/nl/overlegorgaan/werkgroep-intensifiëring>

Minister Vandenbroucke voorziet een budget van 15 miljoen euro dat gelijkwaardig verdeeld is over alle netwerken, met bijzondere aandacht voor de woestijngebieden. De scope van deze oproep is om 1 HIC voorziening uit te bouwen per netwerk geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. Voor bijkomende HIC's wordt het adviesrapport “programmatie” afgewacht van de werkgroep intensifiëring binnen het overlegorgaan volwassenen en de werkzaamheden van de FRZV inzake programmatie.

Voor de bijkomende HIC in de netwerken die reeds over een HIC beschikken werd geen financiering voorzien voor de medische functie, deze dient dus volledig budgetneutraal ingezet te worden.

De aanvraag dient tegen 15 juni 2022 ingediend te worden via het netwerk aan psysoc@health.fgov.be

- 5.9. “De HIC/ID modellen beantwoorden aan de behoeften van de PAAZ’en, die, dankzij de doeltreffendheid van de netwerkvorming, hoofdzakelijk patiënten in crisis opvangen, complex. Het huidige kader is ontoereikend en is gekoppeld aan accreditatienormen die al 50 jaar niet meer zijn veranderd. Ik ben ongerust over de programmering. Momenteel is er een grote ongelijkheid in het aantal bedden/oppervlakte. Zal bij deze programmering van de HIC-ID-diensten rekening worden gehouden met de ondersteuning van de regio's die een lager dan gemiddeld aantal bedden hebben, rekening houdend met het beschikbare ambulante aanbod en de kenmerken van de bevolking?”



In afwachting van de programmatie-oefening in de werkgroep intensifiëring van het overlegorgaan 107 en de werkzaamheden van de FRZV inzake programmatie, wil de nieuwe oproep minstens 1 HIC-dienst per netwerk GGZ voor volwassenen realiseren.

Uw reflectie zal worden doorgegeven aan de werkgroep intensifiëring van het overlegorgaan 107.

- 5.10. “Hoe valt het te verklaren dat er ook vandaag nog geen HIC's of ID's in Brussel zijn (en slechts 1 in Wallonië, voor zover ik weet), terwijl er toch verschillende projecten zijn ingediend en geweigerd (of geen antwoord hebben gekregen)? Hoe valt te verklaren dat er geen rekening wordt gehouden met de realiteit van het aantal bedden in Brussel, dat geen extra bedden meer kan bevriezen? Hoe valt te verklaren dat geen rekening wordt gehouden met de grote moeilijkheden in verband met de in observatiestelling, wat is er voor deze regio's (Brussel en Wallonië) gepland?”



Het Brussels netwerk valt onder de regeling van een woestijngebied. Minister Vandenbroucke voorziet voor dit netwerk een bijkomstige financiering krijgen van 12 VTE.

- 5.11. “Kan een netwerk een tweede HIC aanvragen die budgetneutraal is en een support van 6 FTE voor het mobiel crisisteam kunnen krijgen?”



De support van 6 VTE is per netwerk voor het mobiel crisisteam volwassen/ouderen. Weet wel dat de prioriteit ligt op het uitrollen van 1 HIC dienst per netwerk in België (cfr. Vraag 6.8).

Voor de bijkomende HIC in de netwerken die reeds over een HIC beschikken werd geen financiering voorzien voor de medische functie, deze dient dus volledig budgetneutraal ingezet te worden.

Het doel van deze derde oproep is om te experimenteren met 1 HIC dienst per netwerk in nauwe samenwerking met de mobiele crisisteams, de spoedgevallendiensten en de actoren in het netwerk. Dit is het minimum dat de overheid wenst uit te bouwen zodat elk netwerk hiermee kan experimenteren en in samenwerking met academici lessons learned kunnen getrokken worden. Het doel is om in latere fases het crisiszorgpad verder uit te bouwen in het netwerk in samenhang met de epidemiologische situatie van het netwerk.

5.12. “In de oproep voor projectvoorstellen voor een HIC-unit, dat het mobiel crisisteam het minimumaantal moeten behalen, wat is dit?”



Conform de IMC-richtlijn “In gans België is er volgens deze berekening een nood aan 46,1 equipes 2A en 47,0 equipes 2B. In principe moet elke equipe 2A bij voorkeur minstens 12 VTE tellen (1 equipe per 150K inwoners) en elke equipe 2B minstens 9 VTE”.

De ingezette VTE voor het mobiel crisisteam hoeft niet alleen uit bedbevriezing te komen. Dit kan aangevuld worden met de uitbreiding van de mobiele teams in het kader van de bijkomende investering van 20 miljoen euro, op voorwaarde dat deze worden ingezet in de crisisteams 2A. Dit minimum is nodig om een maturiteit om de werking van het mobiele crisisteam te voorzien, gezien het mobiel crisisteam een belangrijke speler is binnen het crisiszorgpad.

Indien het minimum VTE van het netwerk niet ingevuld is, kan het netwerk ook bijkomende investeringen doen om het mobiel crisisteam in te vullen.

5.13. “Moet een HIC ingebed worden in een psychiatrisch ziekenhuis of kan dit ook in een Algemeen ziekenhuis? Of zelfs op niet ziekenhuisterrein?”



Er staat nergens in de tekst van de werkgroep intensifiëring dat dit in een psychiatrisch ziekenhuis moet zijn. Echter gezien ook gedwongen opnames op een HIC kunnen lijkt het logischer dat dit een unit is in een psychiatrisch ziekenhuis.

5.14. “Wat is het model van HIC ongeplande zorg?”



HIC is een specifieke gespecialiseerd unit met aanwezige expertise inzake infrastructuur en omkadering. Het is een unit in functie van het netwerk niet enkel voor één organisatie. Het doel is om de personen terug te integreren in de maatschappij.

De HIC, ID, Spoedgevallendiensten (AZ, PZ) zijn allen onderdelen van het ongepland crisis zorgaanbod.

WAT? Model van ongeplande zorg

| | SPOED | CRISIS |
|-----------------|---|--|
| BASIS | Beschikbare psychiatrische expertise (basisspoed) | Basisexpertise onder de vorm van extra vrij beschikbaar bed (crisisbed) en voldoende omkadering (supra geplande zorg intensifiëring bestaande dienst). |
| GESPECIALISEERD | Specifieke unit met aanwezige expertise inzake infrastructuur en omkadering (vb EPSY) | Specifieke unit met aanwezige expertise inzake infrastructuur en omkadering (vb Psychiatric Intensive Care Unit of High Intensive Care) |

5.15. “Moet de architectuur opgenomen worden in de aanvraag?”



Ja, Dit moet volgens het stepped care principe. Zoals bijvoorbeeld: de specifieke eenheid van de intensive care bedden als de ontmoetingsruimte van familieleden.

5.16. “Kan een netwerk meerdere aanvragen indienen?”



Het netwerk kan maar 1 aanvraag indienen.

5.17. “Moet de aanvraag ondertekend zijn?”



Ja, maar voor het indienen tegen 15 juni 2022 kan de aanvraag in eerste instantie zonder alle handtekeningen aangeleverd worden omdat dit soms teveel tijd zal vragen. De getekende versie zal uiteindelijk wel moeten bezorgd worden aan de FOD Volksgezondheid. De aanvraag moet gedragen zijn door het netwerk (cfr. Netwerkcomité) en ondertekend zijn.

5.18. “Waar kan ik de HIC-monitor raadplegen?”



U kan deze raadplegen op <https://www.psy107.be/index.php/nl/overlegorgaan/werkgroep-intensifiëring>

5.19. “In welke mate kan afgeweken worden van het model van 20 bedden en 4 crisisbedden?”



In de oproep is er sprake van “een HIC werking met bijvoorbeeld 20 + 4 bedden ...”

In die zin kan in lichte mate van het model afgeweken worden zoals in de eerste oproep en zoals de modellen die terug te vinden in de presentatie van mijnheer Thierry Delrue (onderdeel financiering).

5.20. “Indien het netwerk over meerdere HIC’s beschikt is de versterking van de mobiele crisisteams in verhouding tot het aantal HIC’s?”



Neen, een netwerk krijgt enkel een versterking van 6 VTE voor het mobiel crisisteam ongeacht het aantal HIC’s.

5.21. “Kan een netwerk die nog niet over een HIC beschikt, 2 HIC-aanvragen indienen?”



Het netwerk kan 1 HIC aanvraag indienen. Ziekenhuizen kunnen in deze samenwerken. Voor bijkomende HIC’s wordt het adviesrapport “programmatie” afgewacht van de werkgroep intensifiëring binnen het overlegorgaan volwassenen en de werkzaamheden van de FRZV inzake programmatie. In Nederland is er bijvoorbeeld sprake van 1 HIC op 400.000 inwoners.

5.22. “Kan er afgeweken worden van de timing van 15 juni 2022?”



Voor de netwerken die een aanvraag al kunnen indienen, raden wij aan om deze in te dienen. Gezien de minister van Volksgezondheid prioriteit geeft aan derde oproep intensifiëring van de residentiële zorg. Omwille van specifieke redenen kan er afgeweken worden van de timing, gelieve de FOD Volksgezondheid hiervan te informeren. De analyse van het dossier zal bijgevolg door de FOD Volksgezondheid mogelijks uitgesteld worden.

5.23. “Is het mogelijk om een HIC aan te vragen, alsook een ID- dienst?”



De derde oproep " intensifiëring van de residentiële zorg " beoogt de uitbouw van ten minste één HIC-dienst per netwerk.

De aanvraag dat door het netwerk geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen moet worden ingediend, moet uit 3 delen bestaan (cfr. Omzendbrief).

Tijdens de webinar van 13/5/2022 is niets gezegd over de ID's, aangezien deze niet budgettair neutraal zijn vanwege de medische functie.

Netwerken kunnen echter in hun aanvraag aangeven of er belangstelling is voor de uitbouw van een ID, zodat daar in de toekomst rekening mee kan worden gehouden.

6. LEXICON

AZ: Algemeen Ziekenhuis

FOD: Federale Overheidsdienst

FRZV: Federale Raad voor ZiekenhuisVoorzieningen

GGZ: Geestelijke Gezondheidszorg

HIC: High Intensive Care

ID: Geïntensifieerde dienst

IZ: Intensieve Zorg

PAAZ: Psychiatrische Afdeling in een Algemeen Ziekenhuis

PZ: psychiatrisch Ziekenhuis

7. VRAGEN?

Contacteer psysoc@health.fgov.be



Dienst Psychosociale Gezondheidszorg

Galileelaan 5/2 • 1210 Brussel •
www.health.belgium.be

