



Dienst voor  
Geneeskundige Verzorging

---

## **GGZ - Overleg rond de patiënt en de rol van de referentiepersoon**

Versie goedgekeurd in Verzekeringscomité van 18 juli 2011

### **Inleiding**

De therapeutische projecten gingen van start op 1/4/2007 en zullen eindigen op 31/3/2012. Gedurende deze periode zijn er op vele wijzen evaluaties gebeurd van deze experimentele projecten. We denken hierbij aan het transversaal overleg door de overlegplatforms, het onderzoek uitgevoerd door het KCE, de studie van de patiënten- en familieorganisaties en de jaarverslagen van de projecten.

In de jaarverslagen en evaluaties komen verschillende positieve aspecten van de projecten naar voren.

Het samenbrengen van kennis en ervaring in multidisciplinair overleg tussen verschillende partners in de zorgverlening werd door de projecten positief ervaren. Door de samenwerking hebben de verschillende partners van een regio elkaar beter leren kennen. Doordat men elkaars mogelijkheden en beperkingen beter kent, kan men efficiënter inspelen op de situatie van de patiënt, vraaggericht werken en zorg op maat aanbieden. Samenvattend kan men stellen dat zeker op patiëntniveau de intersectorale en voorzieningsoverschrijdende samenwerking bevorderd werd.

Het zorgoverleg wordt door de zorg- en hulpverleners als ondersteunend ervaren en het oplossen van knelpunten verloopt vaak vlotter. Zorg- en hulpverleners ervaren dat hun kijk op een patiënt verbreed wordt en het project biedt een forum waarin patiënt en familie en hulpverleners hun verhaal kunnen doen.

Meer concreet werd door verschillende projecten ook de samenwerking tussen de eerstelijnszorg en de geestelijke gezondheidszorg positief onthaald.

De voornaamste knelpunten van de therapeutische projecten hadden betrekking op een volgens de projecten te rigide regelgeving omtrent het overleg rond de patiënt: het aantal keer overlegmomenten, het ritme waarin het overleg dient plaats te vinden en de partners die op het overleg aanwezig moeten zijn.

Wanneer de therapeutische projecten eindigen wenst het Riziv uiteraard de positieve aspecten die uit de projecten zijn voortgevloeid te continueren en een oplossing te bieden voor de knelpunten.

Dit kan natuurlijk niet zonder ook rekening te houden met het zich veranderende landschap van de geestelijke gezondheidszorg waarbij we verwijzen naar de projecten in het kader van artikel 107<sup>1</sup> van de ziekenhuiswet.

In onderstaande tekst wordt een voorstel geformuleerd voor het structureel verder zetten van het overleg rond de patiënt waarbij we voorzien dat dit overleg zowel mogelijk moet zijn in regio's waar zich projecten artikel 107 ontplooiën als in regio's waar dit voorlopig nog niet het geval is. Tevens dient de uit te werken regelgeving zowel van toepassing te zijn op kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen.

**Doelgroep: patiënten waarvoor overleg/samenwerking tussen partners verder aangemoedigd en gefinancierd kan worden**

De doelgroep van de therapeutische projecten waren patiënten met een complexe en langdurige psychiatrische problematiek.

In de toekomst willen we de beoogde patiëntenpopulatie als volgt omschrijven:

- A. Patiënten waarvoor het noodzakelijk is dat een **“begeleidingsplan”** wordt opgesteld waarvan de duurtijd minstens 12 maanden bedraagt. Het opstellen en uitvoeren van dit plan vergt coördinatie tussen minstens drie verschillende types van zorg- of hulpverleners waarvan minstens één uit de sector geestelijke gezondheidszorg.
- B. Daarenboven gaat het om patiënten met een **psychiatrische problematiek** waarvoor een hoofddiagnose is gesteld op basis van de Diagnostic en Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) of de International Classification of Diseases (ICD X),. Bovendien is de aandoening van herhalende aard of is ze potentieel van herhalende aard. De volgende pathologieën als hoofddiagnose behoren niet tot de doelgroep:
  - dementie
  - andere cognitieve stoornissen met medische, vasculaire of traumatische oorzaak
  - epilepsie
  - mentale retardatie
  - neurologische stoornissen
- C. **Factoren die betrekking hebben op de patiënt (aan al deze voorwaarden dient te worden voldaan):**
  - a. Comorbiditeit: dwz minstens twee DSM IV of ICD 9 codes, en
  - b. verergering van de intensiteit of de frequentie van de symptomen, en
  - c. voorgaande opname(s) in psychiatrisch ziekenhuis, een PAAZ of een K-dienst: opname van minstens 14 dagen uiterlijk één jaar geleden, of tenlasteneming gedurende minstens 14 dagen door de mobiele equipes die zijn voorzien in het kader van artikel 107. Daarnaast kan het gaan om opnames in andere ziekenhuisdiensten waar een psychiater in consult is bijgeroepen

---

<sup>1</sup> De Koning kan in specifieke financieringswijzen voorzien om, op experimentele basis en beperkt in de tijd, een prospectieve en programmeergerichte financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken.

De hervorming voorziet 5 functies:

1. Activiteiten inzake preventie, promotie van de ggz, vroege detectie, screening en diagnosestelling
2. Ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen
3. Rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie
4. Intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is
5. Specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is

(nomenclatuurnummers 599443, 599465, 596562, 596584). Dit is een voorwaarde bij de eerste ten laste neming en bij een nieuwe ten laste neming die niet aansluit bij een vorige periode van ten laste neming. Bij een verlenging die aansluit bij een vorige periode van ten laste neming geldt deze voorwaarde niet. En,

- d. ingevolge de psychiatrische aandoening heeft de patiënt verlies van bepaalde vaardigheden of beschikt slechts over beperkte vaardigheden in minstens drie van de volgende domeinen:

#### **Voor volwassenen en ouderen**

- de basisautonomie: dit domein omvat de activiteiten die onmisbaar zijn voor de bevrediging van de persoonlijke basisbehoeften: zich voeden, zich wassen, zich ontlasten en zich kleden;
- de woonautonomie: het betreft hier de noodzakelijke vaardigheden voor de dagdagelijkse organisatie op huishoudelijk vlak: koken, het huishouden doen, wassen en strijken, zorg dragen voor zijn gezondheid en zijn veiligheid;
- de autonomie binnen de gemeenschap: dit domein omvat de vaardigheden die vereist zijn om zich te verplaatsen in de samenleving, om de middelen die de samenleving biedt aan te wenden, om inkopen te doen, geld te beheren en de wetten en de reglementen van de samenleving te respecteren;
- taal en communicatie: dit domein betreft de communicatie in zijn receptieve en expressieve aspecten. De beoogde vaardigheden hebben hoofdzakelijk betrekking op de mogelijkheden om contact te hebben met anderen;
- maatschappelijke aanpassing: de hier beoogde vaardigheden zijn die vaardigheden die vereist zijn om zich in te schakelen in een groep of een vereniging. Het betreft hier de houding tegenover zichzelf (zelfkennis en zelfbeeld), de houding tegenover anderen (inter-persoonlijke relaties), de deelname aan het leven van de gemeenschap;
- werk: hier gaat het om de essentiële componenten voor een professionele integratie: motivatie, basisbekwaamheden, vaardigheden, de capaciteiten om zich in te schakelen in een ploeg;
- schoolse kennis: dit domein omvat de intellectuele vaardigheden van het individu, zowel wat elementaire kennis betreft als wat lezen, schrijven en rekenen betreft;
- motoriek: dit domein omvat de motorische vaardigheden van een individu, zoals: lichaamshouding, basisvaardigheden op motorisch vlak, fijne motoriek, psychomotorische vaardigheden en de mogelijkheden voor het verrichten van fysieke activiteiten;
- aangepast persoonlijk gedrag: dit domein omvat bepaalde gedragingen, houdingen of symptomen die maatschappelijk ongewenst zijn. Waar de vorige domeinen betrekking hebben op vaardigheden die zouden moeten verworven worden of hersteld worden, legt dit domein de nadruk op houdingen of gedragingen die zouden moeten verdwijnen.

#### **Voor kinderen en jongeren**

- de basisautonomie: dit domein omvat de activiteiten die onmisbaar zijn voor de bevrediging van de persoonlijke basisbehoeften: wassen, aankleden, eten, ...
- autonomie binnen de gemeenschap: leren omgaan met geld, (kleine) aankopen doen, zelfstandig verplaatsen (fiets, openbaar vervoer, ...)

- taal en communicatie: dit domein betreft de communicatie in zijn receptieve en expressieve aspecten. De beoogde vaardigheden hebben hoofdzakelijk betrekking op de mogelijkheden om contact te hebben met anderen;
- functioneren in het gezin of in de gezinsvervangende context: het gaat hier om de handhaving van een vertrouwensrelatie met ouders of andere zorgverantwoordelijken, en van bekwaamheden in het samenleven met andere kinderen, al dan niet broers en zussen
- sociale aansluiting: de hier beoogde vaardigheden zijn die vaardigheden die vereist zijn om aan te sluiten bij leeftijdsgenoten. Het betreft hier de houding tegenover zichzelf (zelfkennis en zelfbeeld), de houding tegenover anderen (inter-persoonlijke relaties), de deelname aan het buurtleven
- school: hier gaat het om de essentiële componenten voor een inschakeling in een schoolcontext: motivatie, basisbekwaamheden, sociale vaardigheden, de capaciteiten om te functioneren in een gezagsrelatie. Het gaat zowel om de cognitieve vaardigheden als om het psychisch en emotioneel functioneren die deze kunnen onderdrukken.
- motoriek: dit domein omvat de motorische vaardigheden van een individu, zoals: lichaamshouding, basisvaardigheden op motorisch vlak, fijne motoriek, psychomotorische vaardigheden en de mogelijkheden voor het verrichten van fysieke activiteiten;
- aangepast persoonlijk gedrag: dit domein omvat bepaalde gedragingen, houdingen of symptomen die maatschappelijk ongewenst zijn. Waar de vorige domeinen betrekking hebben op vaardigheden die zouden moeten verworven worden of hersteld worden, legt dit domein de nadruk op houdingen of gedragingen die zouden moeten verdwijnen.

Naast de patiënten die beantwoorden aan bovenvermelde criteria behoren ook de patiënten die op het moment dat de therapeutische projecten aflopen nog ten laste genomen worden door een therapeutisch project tot de doelgroep. De hierna beschreven bepalingen inzake begeleidingsplan, betrokken partners, ... zijn ook op deze patiënten van toepassing.

### **Begeleidingsplan**

Het opstellen van het begeleidingsplan vertrekt vanuit een expliciete identificatie van de behoeften van de patiënt en zijn directe omgeving. Het plan wordt opgesteld in die situaties waar afstemming tussen verschillende hulp- en zorgverleners nodig is. Een kopie van het plan wordt bewaard bij de patiënt thuis.

In het begeleidingsplan worden alle taakafspraken omschreven die door de zorg- en hulpverleners betrokken bij de behandeling van de patiënt opgenomen worden. Hierin kunnen ook engagementen worden opgenomen voor de patiënt zelf of zijn familie. De taakafspraken moeten beantwoorden aan de algemene doelstellingen die men formuleert m.b.t. de patiënt en zijn directe omgeving. Het is niet de bedoeling om de begeleiding of de therapie tot in detail te beschrijven, maar wel om de gegevens te noteren die belangrijk zijn voor de afstemming van de zorg en begeleiding die de verschillende zorg- en hulpverleners bieden.

Het begeleidingsplan legt enerzijds algemene doelstellingen vast voor de patiënt en anderzijds meer precieze taakafspraken per zorgepisode :

- Een eerste algemeen deel betreft de identificatiegegevens van de patiënt en de contactgegevens van de betrokken zorg- en hulpverleners, sociale diensten en van de mantelzorgers. Het is belangrijk dat de patiënt of zijn familie op elk moment weet met welke diensten hij contact kan leggen op basis van een lijst van telefoonnummers en e-mailadressen. Dit dient voor de patiënt duidelijk te zijn voor 24 uur op 24 uur en 7 dagen op 7<sup>2</sup>. In dit deel wordt tevens aangegeven wie de referentiepersoon is van de patiënt (zie verder).
- Een tweede deel beschrijft in algemene termen de gegevens die van belang kunnen zijn voor de verdere zorg- en hulpverlening (bijvoorbeeld: hulpverleningsgeschiedenis, de persoonlijke zorgbehoeften, de sociale situatie van de patiënt). Het is niet de bedoeling dat in dit plan de psychiatrische diagnosegegevens worden opgenomen. Dit deel is zo beschreven dat bij verspreiding van het begeleidingsplan onder de zorg- en hulpverleners die bij het overleg betrokken zijn de privacy van de patiënt, noch het beroepsgeheim geschonden worden.
- Het begeleidingsplan bevat vervolgens de algemene doelstellingen die met de patiënt nagestreefd worden. De taakafspraken zijn 'activiteiten'/ 'handelingen' om deze doelstellingen te bereiken.
- Specifieke delen van het begeleidingsplan beschrijven per episode van zorg (zie verder) de vooropgestelde taakafspraken, de zorgactiviteiten en de verantwoordelijkheden van zowel de betrokken zorg- en hulpverleners als de mantelzorgers en de patiënt zelf. Aangezien de patiënt (meestal) aanwezig zal zijn op het overleg heeft hij ook inspraak in de taakafspraken die voor elk van de partners rond de tafel vastgelegd worden. Tevens zal hij ook zelf taken krijgen. Bij de beschrijving van de zorgactiviteiten en het vastleggen van verantwoordelijkheden wordt aangegeven voor welke behoeftedomeinen activiteiten worden voorzien. Indien relevant wordt per episode van zorg aangegeven hoe de sequentie van activiteiten wordt georganiseerd. De uitvoering van de verschillende taakafspraken dient namelijk binnen een geplande zorgepisode niet tegelijkertijd plaats te vinden. Soms zal een opdracht pas aanvang nemen wanneer een vorige afgerond is.

Een episode van zorg wordt afgebakend als de periode tussen twee geplande overlegmomenten van zorg- en hulpverleners. In het begeleidingsplan wordt expliciet (onder de vorm van kalenderdatum of weken) aangegeven wat de eerstvolgende periode is van een geplande episode van zorg.

Geplande episodes kunnen onderbroken worden door bijzondere gebeurtenissen (bijv. crisissen, of vragen van patiënten of familie) die tussentijds overleg wenselijk maken. De referentiepersoon is eveneens verantwoordelijk voor het signaleren van de nood aan niet geplande overlegmomenten. Hij kan hiervoor contact opnemen met de GDT die verantwoordelijk is voor de organisatie en coördinatie van het overleg.

De taakafspraken en verantwoordelijkheden worden uitgedrukt in de tijd en worden op elk overlegmoment binnen het zorgteam en bij voorkeur in samenspraak met patiënt en/of familie geëvalueerd, eventueel bijgesteld en/of beëindigd en daarover wordt gerapporteerd in het begeleidingsplan. De zorg- en hulpverleners kunnen wijzigen doorheen de periode van tenlasteneming.

---

<sup>2</sup> Dit betekent echter niet dat alle betrokken zorg- en hulpverleners 24 uur op 24 uur en 7 dagen op 7 beschikbaar moeten zijn.

Daar waar rubrieken van het begeleidingsplan overeenkomen met een bestaand zorgplan, kunnen deze in het begeleidingsplan overgenomen worden of kan ernaar verwezen worden. Een uittreksel van het betrokken zorgplan dient dan te worden toegevoegd aan het begeleidingsplan.

### **Verspreiding van het begeleidingsplan**

Dit begeleidingsplan is niet alleen een instrument voor de zorg- en hulpverleners, het is vooral ook een leidraad voor de patiënt (of zijn familie) zelf.

De huisarts wordt beschouwd als een betrokken partner. Hij dient te worden uitgenodigd op ieder overleg. Indien hij niet aanwezig is op het overleg wordt het begeleidingsplan hem systematisch overgemaakt door de GDT zodat hij kan opvolgen welke zorg- en hulpverlening er aan zijn patiënt geboden wordt en welke doelstellingen men tracht te bereiken. Dit kan op beveiligde elektronische wijze worden overgemaakt.

Indien er een GMD is voor de patiënt, dient dit plan en de naam van de referentiepersoon te worden vermeld in het GMD. Er dient nog verder onderzocht te worden hoe dit kan georganiseerd en gecontroleerd worden.

Het begeleidingsplan zou ook bijvoorbeeld ter beschikking moeten kunnen gesteld worden op moment van hospitalisatie van de patiënt omwille van psychiatrische redenen. Op die manier weet het ziekenhuis welk het gevolgde traject is en welke de verstrekkers zijn die betrokken zijn of waren bij de behandeling van de patiënt. Zoveel als mogelijk, zou de patiënt zelf het plan moeten meenemen naar het ziekenhuis. Soms zal dat niet mogelijk zijn, vb. psychose. Aanvullend zullen de VI's onderling technisch de mogelijkheid onderzoeken om een CareNet bericht te sturen naar het ziekenhuis dat er voor de betrokken patiënt in de loop van het laatste jaar vergoeding voor een referentiepersoon gefactureerd is. Indien nodig kan het ziekenhuis contact opnemen met de GDT van de regio of de huisarts van de patiënt om de gegevens van de referentiepersoon te krijgen.

Het begeleidingsplan is een instrument voor de coördinatie van de activiteiten rond de patiënt. Er worden binnen het zorgteam duidelijke en expliciete afspraken gemaakt met betrekking tot toegang en gebruik van dit begeleidingsplan.

Het opslaan van informatie, het gebruik en communicatie van de gegevens in een begeleidingsplan gebeurt volgens de geldende deontologische principes binnen de zorg- en hulpverlening. Iedereen die een begeleidingsplan ter beschikking krijgt heeft een morele verantwoordelijkheid om de privacy van patiënt en omgeving af te schermen door het accuraat bewaren en gepast gebruik van het begeleidingsplan.

### **Overleg rond de patiënt: aanwezige partners**

Het opstellen en uitvoeren van dit begeleidingsplan vergt coördinatie tussen minstens drie verschillende types van betrokken zorg- of hulpverleners. Minstens één van deze partners is een zorgverlener uit de sector geestelijke gezondheidszorg: een psychiatrisch ziekenhuis, een PAAZ, een psychiatrisch verzorgingstehuis, een initiatief voor beschut wonen, een centrum geestelijke gezondheidszorg, een dienst psychiatrische zorg in de thuissituatie gefinancierd via initiatief voor beschut wonen, een centrum voor psychosociale revalidatie met RIZIV-overeenkomst, een zelfstandig gevestigde psychiater.

Daarnaast is minstens één van de partners een zorgverlener uit de eerstelijnsgezondheidszorg (lijst wordt vastgesteld door het Verzekeringscomité): huisarts,

thuisverpleegkundige (zelfstandig of in dienstverband), kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, vroedvrouwen.

Op het overleg kunnen in principe alle betrokken zorg- en hulpverleners aanwezig zijn die (potentieel) een rol spelen in het plan van ten laste neming van de patiënt, hieronder worden ook begrepen: school, CLB, bijzondere jeugdzorg, OCMW, CAW, mutualiteit, dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, een zelfstandige klinisch psycholoog of orthopedagoog.

Het is aangewezen dat de patiënt (of zijn familie) aanwezig is op het overleg; dit is door vele therapeutische projecten als zeer positief ervaren. Het is echter geen verplichting.

Het aantal keren dat overleg moet worden gevoerd en de duurtijd is afhankelijk van elk patiënt.

Het aantal keren dat overleg kan gefinancierd worden wordt beperkt tot 3 keer per jaar. Er wordt vanuit gegaan dat het overleg tussen 30 en 90 minuten in beslag neemt, en er dient minstens 2 keer per jaar een overleg plaats te vinden.

### **Organisatie en coördinatie door GDT of SEL/CCS waarmee GDT hiertoe een akkoord heeft gesloten**

Indien voor een bepaalde patiënt overleg aangevraagd wordt, neemt de aanvrager steeds contact op met de GDT van de betrokken zorgregio. De GDT kan per patiënt bepalen of ze de organisatie zelf op zich neemt of laat uitvoeren door een SEL of een centre de coordination de soins waarmee ze een akkoord gesloten heeft.

Het organiseren en coördineren van het multidisciplinair overleg tussen hulpverleners, zorgverleners, mantelzorgers in de thuiszorg en de patiënt omvat de volgende taken:

- Het uitklaren van de zorgvraag: gaat met de aanvrager voor overleg na of de patiënt behoort tot de doelgroep van de reglementering en wat de te bereiken doelstelling is van het multidisciplinair overleg; dit wordt zo mogelijk getoetst met de patiënt en andere betrokkenen.
- Kennis van de sociale kaart van het werkingsgebied, inclusief op vlak van de geestelijke gezondheidszorg
- Inventariseren van alle betrokken zorg- en hulpverleners op niveau van de patiënt
- Plannen van het multidisciplinair overleg en afspraken maken
- Coördineren (en desgevallend het leiden) van het gesprek tijdens het multidisciplinair overleg
- Conclusies van de deelnemers aan het multidisciplinair overleg formuleren in termen van concrete afspraken.
- Toezien op de opmaak van het begeleidingsplan overeenkomstig de afspraken die gemaakt zijn tijdens het overleg.
- Ontvangen van het begeleidingsplan van de referentiepersoon en nadien overmaken van het begeleidingsplan aan de huisarts van de patiënt, aan de patiënt en aan alle andere zorg- en hulpverleners
- Administratieve opvolging tav de GDT

Tijdens het multidisciplinair overleg wordt een referentiepersoon aangeduid (zie verder).

De GDT kan deze opdracht zelf uitvoeren of een akkoord afsluiten met een SEL, een centre de coordination de soins. Deze diensten kunnen op hun beurt enkel de partners aanspreken waarmee ze binnen het kader van hun eigen regelgeving akkoorden kunnen afsluiten/hebben

afgesloten. Indien, bij voorbeeld, een PZT deze opdracht op zich zou willen nemen, dient ze zich te richten tot het SEL of een CCS voor een samenwerkingsakkoord.

De GDT is verantwoordelijk voor de ondersteuning en begeleiding van degenen naar wie ze de organisatie en coördinatie van het overleg delegeert (bij voorbeeld een draaiboek aanbieden, een elektronisch begeleidingsplan ontwikkelen en ter beschikking stellen).

In ieder geval dient de GDT op elk moment de volgende gegevens ter beschikking kunnen stellen van het Riziv:

- een overzicht van de overlegvergaderingen met vermelding van de aanwezigen, de duur, de plaats;
- de samenwerkingsovereenkomsten in geval van delegatie van de organisatie en coördinatie;
- ten behoeve van de controlediensten: kopie van de begeleidingsplannen;
- overzicht van alle financiële stromen: ontvangen vergoedingen van het Riziv/ziekenfondsen en toegekende bedragen aan partners.
- ...

In regio's zonder GDT kunnen de betrokken verantwoordelijkheden opgenomen worden door een PZT of een ziekenhuis dat net zoals een GDT hiervoor een akkoord kan sluiten met een centre de coordination de soins.

### **De referentiepersoon**

De referentiepersoon heeft een vertrouwensrelatie met de patiënt en is verantwoordelijk voor:

- het opstellen van het begeleidingsplan overeenkomstig de afspraken die gemaakt zijn tijdens het overleg, en het overmaken aan de GDT die het overmaakt aan alle betrokken zorg- en hulpverleners, de patiënt en zijn huisarts;
- bewaart het originele begeleidingsplan;
- de algemene coördinatie omtrent de uitvoering en bijsturing van het begeleidingsplan;
- is aanspreekpersoon voor zowel de patiënt en zijn familie als de zorg- en hulpverleners (inclusief de huisarts) rondom de patiënt die het begeleidingsplan in de praktijk brengen en treedt op als aanspreekpunt voor zorgverleners. In het begeleidingsplan wordt voorzien wie op welk moment gecontacteerd moet worden in geval van een dringende opname in een ziekenhuis. De referentiepersoon wordt van dergelijke wijzigingen in de situatie van de patiënt verwittigd van zodra dit mogelijk is.;
- treedt op indien partners zich niet houden aan afspraken;
- neemt initiatief voor tussentijds overleg via de GDT in geval van, bij voorbeeld, een crisissituatie;
- Regelt de continuïteit tijdens avond/ weekend/ verlof: huisarts van wacht, spoed, ...

De rol van referentiepersoon kan opgenomen worden door zorgverleners zoals bepaald in KB 78 en zijn uitvoeringsbesluiten én klinisch psychologen én maatschappelijk assistenten én orthopedagogen. De referentiepersoon heeft in elk geval steeds zelf een directe zorgrelatie met de patiënt. In functie van de concrete situatie van de patiënt dient gekeken te worden welke zorgverlener het best geplaatst is om referentiepersoon te zijn. Voor een aantal patiënten zal de huisarts de aangewezen persoon zijn om deze rol op te nemen. Bij andere patiënten komt de thuisverpleging reeds dagelijks aan huis en is deze goed geplaatst om de rol van referentiepersoon op te nemen. Ook maatschappelijk assistenten of psychologen kunnen referentiepersoon zijn ten aanzien van de patiënt. Voor kinderen kan dit een zorgverlener van het CLB zijn.



De referentiepersoon kan ook wijzigen doorheen het traject, bij voorbeeld wanneer andere accenten moeten worden gelegd, wanneer hij van instelling naar thuissituatie gaat, wanneer de patiënt van verblijfplaats verandert. Hij wordt tijdens het overleg aangeduid onder de betrokken zorgverleners – dit kan ook een verstrekker zijn uit een instelling/dienst.

### **GDT – administratieve afhandeling**

De GDT is steeds verantwoordelijk voor de volgende taken:

- Controle of de voorwaarden voor de vergoeding van het overleg voldaan zijn
- Facturatie van het overleg + vergoeding coördinatie + vergoeding referentiepersoon
- Uitbetalen bedragen aan deelnemers overleg, aan coördinator en aan referentiepersoon

In regio's zonder GDT dient de administratieve afhandeling te gebeuren door het betrokken ziekenhuis of de PZT die de taak van organisatie en coördinatie in onderling overleg op zich neemt. Het Riziv zal voor deze regio's de nodige gegevens van het betrokken ziekenhuis of de PZT doorgeven aan de verzekeringsinstellingen.

### **Financiering**

#### **Financiering van het overleg**

Voor individuele zorgverleners zoals bepaald in KB 78 en zijn uitvoeringsbesluiten én psychologen en orthopedagogen, die werken in de eerste lijn en die geen deel uitmaken van een instelling of dienst waarbij het overleg reeds deel uitmaakt van de opdracht (bijvoorbeeld huisarts, psychiater, psycholoog, verpleegkundige, kinesist, ergo,...), dient een vergoeding te worden voorzien voor deelname aan het overleg rond de patiënt. Indien deze zorg- of hulpverlener een opdracht krijgt toegewezen in het begeleidingsplan van de patiënt, worden deze taakafspraken aangerekend via de bestaande kanalen (nomenclatuur, forfaits, tegemoetkomingen Gemeenschappen/Gewesten). Met andere woorden, er is geen bijkomende specifieke financiering voor deze zorgactiviteit.

Voor de andere zorg of –hulpverleners dan deze bedoeld in voorgaande paragraaf (bij voorbeeld personeelsleden van OCMW, verzekeringsinstellingen, PVT, PAAZ, psychiatrisch ziekenhuis, IBW) die deelnemen aan het overleg kan de GDT die zelf een zorgverlener is één gezamenlijke tegemoetkoming aanrekenen. Ook als er verschillende dergelijke deelnemers zijn, dan krijgt de GDT slechts één tegemoetkoming voor het overleg. De GDT beslist hoe die tegemoetkoming besteed wordt. Duidelijke voorafgaande afspraken met de betrokken zorg- of hulpverleners hierover is aangewezen.

Deze tegemoetkoming is enkel verschuldigd als:

- voldaan wordt aan de voorwaarden van de doelgroep,
- het begeleidingsplan wordt opgemaakt en/of opgevolgd,
- minstens 3 verschillende zorg- of hulpverleners betrokken zijn waarvan minstens één uit de sector geestelijke gezondheidszorg en één uit de eerstelijnsgezondheidszorg,
- in het begeleidingsplan worden minstens 3 taakafspraken omschreven voor de zorg- of hulpverleners; hiervan is er minstens één voor een zorgverlener uit de sector geestelijke gezondheidszorg.

Indien tijdens het eerste overleg (aparte pseudo-code) rond de patiënt blijkt dat er slechts taakafspraken zijn voor één dienst of instelling dan is de tegemoetkoming voor de individuele zorg- of hulpverlener verschuldigd als:

- voldaan wordt aan de voorwaarden van de doelgroep,
- minstens 3 verschillende zorg- of hulpverleners betrokken waren waarvan minstens één uit de sector geestelijke gezondheidszorg en één uit de eerstelijnsgezondheidszorg;
- in het begeleidingsplan de opdracht(en) van die ene dienst/instelling/partner worden opgenomen.

Het is niet mogelijk voor eenzelfde patiënt binnen het jaar twee keer een eerste overleg te factureren zonder dat er een begeleidingsplan opgesteld wordt waarbij taakafspraken worden toevertrouwd aan minstens 3 verschillende zorg- of hulpverleners, waarvan minstens één uit de sector geestelijke gezondheidszorg.

De tegemoetkoming is enkel verschuldigd aan de individuele zorgverleners, psychologen en orthopedagogen, of zorg- of hulpverleners van diensten/instellingen die effectief deelnemen aan het overleg. Overleg via telefoon of via mail komt niet in aanmerking voor de tegemoetkoming.

De betaling van dit overleg gebeurt via een geïntegreerde dienst voor thuiszorg (GDT), die toeziet op het respecteren van de voorwaarden.

In overeenstemming met de actuele GDT-reglementering wordt er een hogere vergoeding voorzien wanneer het overleg bij de patiënt thuis doorgaat: momenteel 43.51 euro bij de patiënt thuis en 32.63 euro elders.

Kostprijs individuele zorgverleners en klinisch psychologen en orthopedagogen: 44 euro \* 1,5 individuele zorgverlener per overleg \* 4000 patiënten \* 3 keer overleg per jaar = 792.000 euro.

Kostprijs andere zorg-en hulpverleners via GDT: 44 euro \* 4000 patiënten \* 3 keer overleg per jaar = 528.000 euro.

Het forfait voor deelname aan het overleg mag door maximum 4 zorgverleners worden aangerekend.

Deze bedragen zullen jaarlijks op 1 januari geïndexeerd worden ingevolge toepassing van de gezondheidsindex.

De “nabehandeling” zoals bedoeld in art 3 van de overeenkomst met de ziekenhuizen wordt, op korte termijn, en in het kader van dit overleg, buiten beschouwing gelaten, tenzij het behoort tot één van de (minstens) 3 taakafspraken in het begeleidingsplan.

### **Financiering van de organisatie en coördinatie van het overleg**

Tijdsduur activiteiten per overleg

Vorbereiden overleg: 1e overleg 2 uur, opvolgoverleg 1 uur

- Uitklaren zorgvraag
- Inventariseren betrokken zorg-en hulpverleners
- Plannen van het multidisciplinair overleg en afspraken maken

Verplaatsing: 30 min

Overleg: 1e overleg 1 uur, opvolgoverleg 45 minuten

- Coördineren (en desgevallend het leiden) van het gesprek tijdens het multidisciplinair overleg
- Conclusies van de deelnemers aan het multidisciplinair overleg formuleren in termen van concrete afspraken

Na het overleg: 1 uur

- Toezien op de opmaak van het begeleidingsplan overeenkomstig de afspraken die gemaakt zijn tijdens het overleg
- Ontvangen van het begeleidingsplan van de referentiepersoon en nadien overmaken van het begeleidingsplan aan de huisarts van de patiënt, aan de patiënt en aan alle andere zorg- en hulpverleners
- Administratieve opvolging tav de GDT

→ Tijdsduur: 1<sup>e</sup> overleg 4,5 uur, opvolgoverleg 3,25 uur

Kostprijs per uur A1: 35,05 euro

Uitgaande van een eerste overleg en 5 opvolgoverleggen gedurende 2 jaar: 121,21 euro per overleg. Dit bedrag kan maximum 3 keer per jaar aangerekend worden.

De GDT ontvangt voor de organisatie en coördinatie een extra vergoeding per georganiseerd overleg van 121,21 euro. Indien ze de opdracht delegeert stort zij dit bedrag door aan de betrokken instelling/dienst.

Totale kostprijs: 121,21 euro \* 4000 patiënten \* 3 keer overleg per jaar = 1.454.520 euro.

Dit bedrag zal jaarlijks op 1 januari geïndexeerd worden ingevolge toepassing van de gezondheidsindex.

### **Financiering van de referentiepersoon**

Het betreft hier een nieuwe opdracht in het kader van de federale geestelijke gezondheidszorg.

De GDT factureert op basis van het ontvangen begeleidingsplan het bedrag voor de referentiepersoon aan de mutualiteit van de patiënt.

Indien de referentiepersoon loontrekkend is, is deze vergoeding voor de betrokken dienst/instelling waarin deze persoon werkzaam is. Ook voor diensten/instellingen betreft het immers een nieuwe, bijkomende opdracht die vandaag niet in het takenpakket voorzien is en dus niet via hun basisfinanciering vergoed wordt.

Budget

Tijdsduur activiteiten per jaar

- Begeleidingsplan

- Het opstellen van het begeleidingsplan overeenkomstig de afspraken die gemaakt zijn tijdens het overleg, en het overmaken aan de GDT die het overmaakt aan alle betrokkenen: 2u30 (1uur 1<sup>e</sup> overleg, 3 kwartier opvolgoverleg)
- de algemene coördinatie omtrent de uitvoering en bijsturing van het begeleidingsplan treedt op indien partners zich niet houden aan afspraken: 2 uur
- Aanspreekpersoon: 3 uur
  - is aanspreekpersoon voor zowel de patiënt en zijn familie als de zorg- en hulpverleners (inclusief de huisarts)
  - neemt initiatief voor tussentijds overleg via de GDT in geval van, bij voorbeeld, een crisissituatie, ...

→ 7,5 uur per jaar

Kostprijs per uur, rekening houdende met verhouding 1/3 psycholoog (42,53 per uur), 2/3 A1 met bijkomende kwalificatie (35,83 per uur): 38,06 euro.

Kostprijs referentiepersoon per overleg: 38,06 euro \* 7,5 uur / 3 keer overleg per jaar = 95,16 euro.

Voor de vergoeding van de referentiepersoon wordt een bedrag voorzien van 285,48 euro per patiënt per jaar. Dit wordt per overleg gefactureerd aan de verzekeringsinstellingen voor een bedrag van 95,16 euro en dit maximum drie keer per jaar.

Totale kostprijs: 95,16 euro \* 4000 patiënten \* 3 keer overleg per jaar = 1.141.920 euro.

Dit bedrag zal jaarlijks op 1 januari geïndexeerd worden ingevolge toepassing van de gezondheidsindex.

### **Financiering GDT voor administratieve afhandeling**

De GDT behouden dezelfde registratiekost die zij in het kader van de huidige GDT-reglementering ontvangen, zijnde 13,80 euro.

Totale kostprijs: 13,80 euro \* 4000 patiënten \* 3 keer overleg = 165.600 euro

Dit bedrag zal jaarlijks op 1 januari geïndexeerd worden ingevolge toepassing van de gezondheidsindex.

Voor de regio's waar geen GDT actief is zal een ziekenhuis of een project psychiatrische thuiszorg instaan voor de administratieve afhandeling. Deze instelling kan hiervoor hetzelfde bedrag aanrekenen als de GDT's.

### **Wettelijk kader 3**

Dit voorstel voor het structureel verder zetten van het overleg rond de patiënt en het vergoeden van de werkzaamheden van de referentiepersoon zal reglementair vastgelegd worden in een KB in toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 1<sup>o</sup>, van de ZIV-wet.

---

<sup>3</sup> Op termijn moeten de bepalingen van artikel 3 van de overeenkomst met de psychiatrische ziekenhuizen geïntegreerd worden in dit concept.

