**FAQ**

1. Op welke manier gebeurt de governance van dit project (nu en in de toekomst)?

Er is een provinciale werkgroep opgestart, met deelname van:

* Netwerkcoördinatie (3)
* De huidige ELP-coördinatoren (3)
* Voorzitters functie 1 (3)
* De eerstelijnszones (3)
* Psychologen (3) en orthopedagogen (1)
* PSYNC consortium (1)
* Procesbegeleiding (1)
* Ervaringsdeskundigheid (1)

Vanuit de procesgroep wordt het denkproces gevoerd en uitvoerend werk/voorstellen voorbereid. Beslissingen worden momenteel nog steeds door de netwerken (netwerkcomité of strategische werkgroep) genomen. Per netwerk is er ook een werkgroep die als reflectie-orgaan dient. Hiernaast zijn er ook o.a. bij de eerstelijnszones en bij de psychologenkringen diverse werkgroepen ontstaan die zich meebuigen over de conventie.

Hoe dit in de toekomst aangepakt zal worden ligt momenteel nog niet vast. De focus ligt momenteel op de uitrol van de conventie op de huidige werkwijze.

1. Op welke manier en met welke (kern)partners wordt de uitrol van deze conventie in goede banen geleid?

Zie deels hierboven voor de samenstelling van de provinciale procesgroep. Samenwerking met de actoren in de eerstelijnszones staat centraal.

1. Op welke manier, door welke (kern)partners en via wel platform zal opvolging, evaluatie en bijsturing gebeuren?

De toekomstige beslissingsmandaten liggen nog niet vast. Het wordt wel belangrijk dat we dit goed uitwerken i.f.v. een efficiënte en effectief governance-model.

Vanuit de facturatietool komt een dashboard waarmee de cijfers en contingent opgevolgd kunnen worden en waar mogelijk bijgestuurd. Dit dashboard zal GDPR-gewijs geen concrete cliëntgegevens bevatten, maar eerder inzicht brengen in de inzet van het contingent, mogelijke cliëntstromen en andere tendensen,…

1. Wordt er op een manier rekening gehouden met de persoonlijke budgetten toegekend vanuit VAPH?

Moeilijk om deze vraag te beantwoorden zonder extra duiding, want deze vraag is op verschillende manieren te begrijpen. Het is belangrijk om te melden is dat we geen dubbele financiering kunnen toelaten. Het persoonlijk budget kan aangewend worden om sessies te betalen voor de cliënt waarvoor het bedoeld is. Dus als er op een andere manier terugbetaling is dan kan dit niet.

1. Voor de spreiding van de ELP-functie in de regio kunnen goed bereikbare locaties voor PZON (personen met een zorgnood) nuttig zijn: Hebben de ziekenhuizen daarin een rol op de campus of via hun decentrale consultaties? Is de nabij tov een huisartsenwachtpost een meerwaarde voor sociaal kwetsbare PZON?

Regionale spreiding van ELP’ers is zeer belangrijk. Uit vraag is niet af te leiden of men vanuit een ziekenhuis een ELP functie wil organiseren of er psychologen worden uitgenodigd om sessies in het ziekenhuis te organiseren. Het eerste kan nog niet beantwoord worden, gezien de nodenanalyse en basisvisie hiervoor nog duidelijkheid moeten scheppen. Spreiding en toegankelijkheid spelen hierbij een belangrijke rol.

1. Is er behoefte aan goede ruimtes voor groepssessies?

Ja. De groep moet uit minimum 4 cliënten bestaan, maar dit mogen er ook meer zijn. De sessies moeten door minstens 2 personen gegeven worden. Ofwel twee klinisch psychologen/orthopedagogen, ofwel 1 klinisch psycholoog/orthopedagoog met een arts, ervaringsdeskundige of een andere hulpverlener. Gepaste ruimtes zijn hierbij uiteraard zeker welkom. Er zal een grote nood zijn aan goeie groepsruimtes.

1. Als een organisatie een budget uren aanvraagt, dient de psycholoog dan als bediende tewerkgesteld te zijn of kan zowel het bediende als zelfstandig statuut.

Als een organisatie uren aanvraagt, is dat altijd met psychologen als loontrekkenden. De vergoeding wordt dan toegekend aan de organisatie. Indien men als organisatie met zelfstandigen werkt, moeten deze als zelfstandige een overeenkomst aangaan met het netwerk.

1. Wat is de betekenis van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden?

Uit de overeenkomst : Verwacht wordt dat alle relevante actoren die binnen het netwerk GGZ betrokken zijn bij de uitvoering van de twee functies samen werken om deze te integreren in het totale zorg- en welzijnslandschap zowel op macro (overheden), meso (netwerken GGZ en lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden) als op microniveau (multidisciplinaire organisatiemodel in de buurt/wijk).

Inhoud samenwerkingsovereenkomst omvat:

1. Afspraken rond de governance en samenwerking met het lokaal multidisciplinaire samenwerkingsverband – de opvolging kadert in de overeenkomst met het netwerk GGZ in uitvoering van artikel 63, § 2, van het koninklijk besluit van 25 april 2002
2. Afspraken rond de ondersteuning vanuit het netwerk GGZ voor de invoering en integratie van de 2 functies: via multidisciplinaire teams op buurt- of wijkniveau met eerstelijnsactoren (microniveau, met integratie van de functie eerstelijnspsychologische zorg) én werkwijze binnen een netwerk van gespecialiseerde ambulante GGZ (mesoniveau, met integratie van de gespecialiseerde functies)
3. Afspraken rond de integratie van de zelfstandige klinisch psychologen/orthopedagogen (vb. rol van de lokale psychologenkring) in de governance van en de samenwerking in het netwerk GGZ.
4. Afspraken omtrent het proces van aanmelding van een patiënt en indicatiestelling voor psychologische zorg (aanmelding, verwijzing, terugverwijzing, outreaching, …) en vindplaatsgericht werken.
5. Een groeipad voor te stellen inzake aanbod van groepsinterventies binnen de in artikel 13 voorgestelde percentages van inzet van middelen in de functies eerstelijnspsychologische en gespecialiseerde zorg.
6. Afspraken rond (wetenschappelijke) begeleiding, vorming, innovatie in de praktijkvoering, zelfevaluatie, kwaliteitscultuur en populatiemanagement
7. Afspraken rond de verdeling van de beschikbare middelen op basis van risicostratificatie van de bevolking. Om zo te komen tot een evenwichtige spreiding van 13 “1° Via het ziekenhuis, de elektronische facturatie te realiseren zoals bedoeld in artikel 13” 16 de beschikbare capaciteit aan eerstelijns- en gespecialiseerde psychologische zorg over het werkingsgebied van het netwerk GGZ
8. Afspraken rond registratie (parameters) om de resultaten inzake de 4AIM te beoordelen en de uitvoering van de opdrachten van het netwerk GGZ te beoordelen.
9. In voorkomend geval, afspraken rond de financiële opvolging.
10. Afspraken rond visie op en inzet van ervaringsdeskundigen.

Wat dit concreet zal inhouden zal verduidelijkt moeten worden in de samenwerkingsovereenkomst die op 31/12 getekend moet zijn. Dit is absoluut geen evidente timing, waarin heel wat opdrachten tegelijkertijd behandeld moeten worden. Er is echter geen uitstel toegestaan. We zien dit hierdoor eerder in een groeipad, waarin we vooral engagementen zullen neerpennen die naarmate het proces vordert verder geconcretiseerd worden.

1. Wij willen de mogelijkheden bekijken om onze WGC open te stellen voor psychologen in dienst van OCMW/CAW of CGGZ die op die manier in onze wijken actief kunnen zijn enerzijds voor onze patiënten maar net zo goed voor de brede bevolking in de wijk. Is dit mogelijk?

Ja dat kan. Er kunnen sessies worden georganiseerd in een WGC. Dit geldt ook voor psychologen die in dienst zijn bij het OCMW of CAW.
Belangrijk hierbij is dat als de psycholoog vanuit het OCMW komt dat zij het contract met het netwerk gaan ondertekenen en niet het WGC. Als het WGC zelf een psycholoog in loondienst neemt, dan ondertekenen zij een overeenkomst met het Netwerk. Als het WGC werkt met een zelfstandige psycholoog, dient deze zelf een overeenkomst aan het gaan met het netwerk.

1. Hoe kunnen we bijdragen tot analyse van de noden waartoe deze middelen moeten ingezet kunnen worden?

Hierbij verwijzen we naar de nodenanalyse die online verspreid wordt en vragen we deze zeker in te vullen (oa op de websites van de netwerken). Houd bij het invullen van deze [nodenanalyse](https://forms.office.com/r/G5fXxpbfTA) in het hoofd dat het gaat rond de noden bij lichte tot matige klachten.

Indien we deze nodenanalyse willen doen op basis van epidemiologische gegevens zouden we hier jaren voor moeten uittrekken, wat tijd is die we helaas niet hebben. We hebben ervoor gekozen om snel te starten. Daarom gaan we op basis van een eerste nodenanalyse starten. Niet alles ligt hierbij vast en er wordt eveneens met tijdelijke contracten gewerkt. Hierdoor kunnen we vanuit het Public Mental Health perspectief de wendbaarheid bewerkstelligen.

1. Hoe kunnen we projecten indienen die aanvullend zorgaanbod voor ogen hebben?

Momenteel kan dit nog niet. We dienen te vertrekken vanuit de nodenanalyse.

Een mogelijkheid is om via projectfiches bij de erkende organisaties te bevragen welk aanbod men zou willen organiseren. Dan kunnen we op basis van de nodenanalyse bepalen of hier nood aan is. De focus ligt momenteel echter op de overschakeling van de ELP’ers die in de huidige conventie zitten.

1. Wat met een privépraktijk die werkt met verschillende medewerkers (psychologen in dienstverband), komen die ook in aanmerking? Behoren wij ook tot die 'zorgorganisaties'? Hoe gaat alles dan in zijn werk? Hoe verloopt de selectie van deze organisaties/praktijken? Graag hadden wij ook meer info gehad.

Normaal verloopt dit via COBRHA, maar privépraktijken zijn hier niet in opgenomen. Die privépraktijken kunnen een aanvraag doen bij het begeleidingscomité. Het is nog niet duidelijk hoe de aanvraag zal verlopen en hoe men zal selecteren (wij vragen dit wel na).

Begeleidingscomité: de conventie is opgesteld vanuit de transversale overeenkomsten commissie, dat zijn mensen vanuit de mutualiteiten, vertegenwoordigers van patiënten, vertegenwoordigers van psychologen, huisartsen, netwerken, enz. Heel grote groep op federaal niveau en uit alle gewesten. Vanuit die commissie is het begeleiding comité opgestart. Dit zijn voor een groot deel dezelfde mensen. Hier komen alle operationele zaken toe vb. wijzigingsclausule, populatiemanagementtool, enz.

1. Het budget is beperkt, hoeveel erkende organisaties en ortho’s/psycho’s zullen kunnen intekenen of is er geen beperking?

Er is uiteraard een beperking. We hebben maar x aantal middelen ter beschikking. Momenteel is een van onze werknemers in kaart aan het brengen hoeveel budgetten er kunnen vrijgemaakt worden per ELZ, per netwerk, enz op basis van de populatiemanagementtool vanuit de overheid. Later komt de vertaling naar het aantal psychologen orthopedagogen en organisaties die er kunnen instappen. Die berekening is nog niet concreet. Het is ook moeilijk om alles te begroten in het budget. Denk maar aan het aantal sessies binnen ELP of gespecialiseerde zorg. Er zijn heel wat verschillende factoren mee gemoeid.

1. Denken vanuit (erkende) organisaties heeft als valkuil dat het ‘vindplaatsgericht aanbod’ op de helling komt. Hoe zal gewaarborgd worden dat het aanbod zo dicht mogelijk bij de mensen terecht komt?

Regionale spreiding, toegankelijkheid en vindplaatsgericht werken lijken belangrijke aspecten van deze conventie, die we nu gericht bevragen naar toekomstige invulling van onze basisvisie.

1. Kan mij nog niet voorstellen hoe psychologische zorg zou verlopen vanuit organisaties. Kan er een virtueel voorbeeld gegeven worden? Zal dit verlopen zoals bij zelfstandigen? Is dit ook voor bestaand cliënteel?

Eigenlijk is deze conventie niet bedoeld voor bestaand cliënteel, maar voor nieuwe mensen die de weg nog niet hebben gevonden naar de zorgverlening. Het draait om vroegdetectie en vroegtijdige interventie. Vb: WGC, zij kunnen zelf een psycholoog in dienst nemen om deze sessies te kunnen uitvoeren.
Het is een aanvulling op het bestaand aanbod voor nieuwe mensen.

1. Gaat het om een contingent die per betrokken therapeut wordt toegekend- waar deze niet boven kan? Hoe kan burger/psycholoog zekerheid hebben op terugbetaling bij aanvang van een traject?

De cliënt betaalt enkel het remgeld, de psycholoog krijgt de rest van het via de facturatietool. Het contingent per betrokken psycholoog, het aantal uren per week, staat vast. Er mag niet boven de uren gegaan worden, dit mocht wel in de vorige conventie omwille van Corona en de vaststelling dat het volledige contingent niet opgevuld was. Bij de nieuwe conventie verwachten we dat het contingent wel volledig opgevuld zal zijn. Het is aan de netwerken om goed bij te houden of iedereen zijn contingent behaalt of ze er niet over hun aantal sessies gaan. We gaan hier goed over moeten nadenken om dit in goede banen te leiden. Als een burger bij een psycholoog gaat die een overeenkomst heeft, wordt het traject vergoed.

1. Moet de cliënt woonachtig zijn in de eerstelijnszone waar hij/zij aanklopt voor hulp? En misschien nog een stap ervoor, klopt de cliënt bij de organisatie aan of bij het netwerk?

De cliënt kan naar eender welke psycholoog gaan en hoeft hiervoor niet bij het netwerk aan te kloppen. Voor de psycholoog of orthopedagoog is het wel belangrijk dat hij aangesloten is bij het netwerk van zijn regio.

Kotstudenten kunnen dus bijvoorbeeld een KP/KO contacteren in de stad waar zij op kot zitten. Er is hier geen enkele beperking in voorzien.

ELP is rechtstreeks toegankelijk, de cliënt kan meteen gaan aankloppen bij de psycholoog of orthopedagoog. Als dit een psycholoog is actief binnen een organisatie, dan kan de cliënt daar ook aankloppen.

Inzake ambulant gespecialiseerde zorg is dit nog aan ons om goed uit te denken hoe we dit gaan aanpakken. In de conventie wordt vermeld dat iemand die nood heeft aan ambulante gespecialiseerde zorg bij een netwerk moet worden aangemeld. We moeten nog goed nadenken hoe we deze toeleiding gaan doen zodat de persoon echt wel op de juiste plek terecht komt.

1. De vindplaats bij uitstek van kinderen en jongeren is de school. Hoe elp-werking organiseren/structureren zodat CLB, ondersteuningsnetwerken,… niet naast maar samenwerken?

Dit is het geïntegreerd zorgaanbod. We moeten samenwerken met al deze partners i.p.v. geïsoleerd te werken. Deze week hebben we enkele jongeren bevraagd (een 7 tal), die aangaven dat ze liever niet op school naar de psycholoog gaan gezien dit niet evident is en daar veel stigma rond heerst. Het lijkt ons wel zeer logisch en zinvol om met het CLB samen te werken. Een psycholoog of orthopedagoog binnen het CLB kan ook een bilan opstellen voor bv. ambulant gespecialiseerde zorg.

1. Bij gespecialiseerde psychologische zorg is er een groot verschil tussen gemiddeld en maximum aantal sessies. Hoe zal dit gemiddelde gemonitord/gewaarborgd worden?

Via een dashboard. Er zijn momenteel verschillende werkgroepen, waaronder ook een werkgroep voor dit dashboard. Het is aan de netwerken om psychologen/orthopedagogen aan te spreken als er over de gemiddelde sessies wordt gegaan. Wij dienen dat bij te sturen en daarover in gesprek te gaan, wat geen gemakkelijke opdracht is.

1. Wordt er nagedacht over een dynamische nodenanalyse? De noden zullen de komende jaren evolueren en tot wijziging in budgetbesteding moeten leiden, lijkt me. Hoe kunnen we hier rond samen werken?

We zijn nu een nodenanalyse aan het doen om te starten in hoog tempo. We zullen in de toekomst zeker aandacht besteden aan verdere nodenanalyse en monitoring

1. Hoe verloopt de financiering voor de organisaties? Cliënt betaalt en RIZIV past bij? Of hoe zal dit gaan?

De cliënt betaalt het remgeld en via de facturatietool krijgt de KP/KO/Organisatie de rest van het geld.

1. De psychologische zorg binnen de somatische geneeskunde lijkt in dit verhaal weinig ruimte te hebben

De (huis)artsen waren in de conventie betrokken. Zij waren voorstanders voor een samenwerking en het gebruik van het bilan.
Verdere verduidelijking vraag: samenwerking binnen deze conventie voor mensen met somatische klachten, hoe zien jullie dit?

Dit moet blijken uit de nodenanalyse, maar het lijkt zeker interessant om hiervoor groepssessies aan te bieden (hoe omgaan met, …) met een psycholoog en iemand van de afdeling. We denken vooral na over hoe we veel mensen bereiken met dezelfde klachten en hoe we ze hierbij kunnen helpen.

1. Schets van een situatie in AZ: vraag van zowel specialist (arts) als patiënt naar aanbieden (eerstlijns)psychologische zorg binnen het ziekenhuis. Bv. perinatale zorg (gynaecologie) tinitus (NKO), ethylisme (Gastro).

Verduidelijking: vlotte verwijzing vanuit verschillende specialismen takken. Patiënten ervaren vaak een onderliggend psychisch probleem.

We zullen vooral moeten zoeken naar hoe we een aanbod kunnen creëren maar dan niet exclusief voor dat ziekenhuis. Hoe kan dat aanbod in de communicatie met de zorgverstekkers in de regio beschikbaar worden. Vooral nadenken over een open deur zodat dit aanbod ook kan gebruikt voor cliënten buiten ziekenhuizen én dat dit aanbod voldoende laagdrempelig is.

1. De nodenanalyse gaat om het in kaart brengen van de noden van de cliënten toch? Wordt dit ook bij cliënten bevraagd? Want nu vullen de organisatie/ortho/psycho die survey in of begrijp ik het verkeerd?

Heel veel mensen kunnen die noden analysen invullen. We hebben ook gezorgd voor een vertegenwoordiger van de patiënten belangen in de procesgroep. We hebben aan haar gevraagd hoe ze haar achterban kan infomeren of vragen voor de nodenanalyse in te vullen. Het formulier met de bevraging van de noden wordt zeer breed verspreid, dus iedereen kan het invullen.

Cliënten spelen inderdaad een belangrijke rol in de noden analyse. We zien wel dat de cliënten met lichte en matige problematieken niet zo snel vindbaar zijn. Wie het wel kan invullen zijn ervaringsdeskundigen die bv. betrokken worden in raden.

1. Als de verwijzing voor gespecialiseerde zorg via het netwerk verloopt, wordt er dan breder gekeken naar andere ambulante aanbieders ook (bv CGG)? En hoe loopt deze verwijzing dan (zonder dat je op gesloten deuren botst?)

Het zal belangrijk zijn om goed na te denken hoe we principes van matched care kunnen toepassen en dat de cliënt op de goeie plek terecht komt, wat ook een CGG kan zijn uiteraard. Hierover moet in het proces verder nagedacht worden en het is ook een belangrijke taak van de multidisciplinaire samenwerkingsverbanden.