



Solidariteit voor het Gezin

Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL)

(Besluit van de Vlaamse Regering van 19 december 2008)

Voorrang aan het multidisciplinair overleg aan het bed van de patiënt

Uiteraard wenst Solidariteit voor het Gezin mee haar verantwoordelijkheid op te nemen als het gaat over de organisatie van zorg- en dienstverlening aan huis en dus is haar bereidheid groot om toe te treden tot het bestuur van de 15 SEL's in Vlaanderen.

Wij hopen daarbij dat van de gelegenheid van deze nieuwe installaties zal gebruik gemaakt worden om overal in Vlaanderen een werkingsmodel te creëren dat de zorgbehoevende patiënt/cliënt centraal plaatst.

Wij vinden met name dat er in het verleden veel te veel middelen bleven hangen aan structuren (met bijbehorende personeelskosten) en dat er te weinig middelen overbleven om het overleg rond het bed van de patiënt (en zijn omgeving) te ondersteunen. Binnen onze visie is de structuur van het SEL dus ondergeschikt aan de eigenlijke werking. Met andere woorden: de structuur van het SEL zien wij enkel en alleen nodig om de strikt lokale werking mogelijk te maken, de transparantie van het systeem te waarborgen en als centraal aanspreekpunt te dienen. Binnen deze structuur is er enerzijds sprake van bestuurders in de algemene vergadering, de raad van bestuur, het dagelijks bestuur, enz.. en anderzijds van personeelsleden met een louter uitvoerende taak.

Aldus is de algemene vergadering, de raad van bestuur en het dagelijks bestuur samengesteld uit vertegenwoordigers van zorg- en hulpverleningsorganisaties, van beroepsgroepen, van belangengroepen, enz... maar oefenen zij geen betaalde functie uit. Zij bewaken de uitvoering van de decretaal opgelegde taken van het SEL.

De personeelsleden van de SEL staan uiteraard wel op de loonlijst (van een VZW van het SEL) en voeren uit hetgeen werd beslist door de voormelde bestuursorganen.

De rol van de SEL's is duidelijk: onderschatting, noch overschatting zijn op hun plaats.

De tekst van het decreet is eigenlijk niet mis te verstaan. Wij zijn dan ook van oordeel dat, wanneer er te veel middelen opgaan aan structuren, er niet langer voldaan wordt aan de taken die het SEL verplicht is op zich te nemen.

De 12 beschreven taken in het decreet zijn belangrijk en verdienen dus de nodige aandacht.

Ze mogen echter door sommige grote spelers niet ge(mis)bruikt worden door daar een structuur om de structuur van te maken met een (overdreven) personeelsomkadering die daarna gaandeweg een verlengstuk wordt van die organisaties. Het lijkt een karikatuur, maar

in bepaalde SIT's is het helaas werkelijkheid dat uiteindelijk slechts kruimels overblijven voor het eigenlijke zorgoverleg.

We moeten er ook rekening mee houden dat lang niet elke organisatie en lang niet elke individuele zorgverstreker in staat is om energie te stoppen in het volgen van de agenda's van de verschillende bestuursniveaus, laat staan om hier ook actief een inbreng in te hebben.

De meeste zorgverstrekkers hebben hun prioriteit gelegd bij het verzorgen van hun patiënt. Zij zien een zeer grote meerwaarde in het uitwerken van een goed uitgebouwd en duidelijk zorgenplan waarin zij zelf ook een rol hebben. Zij hechten er ook belang aan dat hun patiënt in de beste condities verzorgd wordt en zijn bereid hiertoe een daadwerkelijke bijdrage te leveren. Alleen op die manier stellen zij het volste vertrouwen in een overlegcoördinatie waarin elke actor gerespecteerd wordt en in zijn rol erkend wordt. Zij wensen daar, omwille van hun inspanningen, ook billijk voor vergoed te worden.

De 12 decretale opdrachten op een rij:

1. Overzicht opmaken en bijhouden van alle zorgaanbieders binnen zijn werkgebied en beschikbaar stellen via website.

Een dergelijk geactualiseerd bestand vergt geen blijvende grote inspanning. Er zijn immers voldoende sociale kaarten aanwezig 'op de (commerciële) markt' die deze taak zo mogelijk nog lichter maken. In vele regio's wordt die trouwens reeds actief gebruikt.

Thuiszorgzakboekjes (al dan niet digitaal) zijn vb. in heel West-Vlaanderen via de website van de SIT's voor het publiek toegankelijk gemaakt. We gaan er dus van uit dat hetgeen reeds bestaat ook gerespecteerd wordt.

Het plaatsen van deze informatie op een website (als dat al niet gebeurd is) mag dus niet overschat worden.

Tenslotte mag ook de inspanning die het vergt om per zorgregio een overzicht aan te leggen en het up to date houden, niet overdreven worden.

2. Actief bekend maken van het overzicht aan de kleinstedelijke afdelingen, de gebruikers, enz...

Zelfde opmerking als bij taak 1.

Als deze bekendmaking op een gestructureerde manier gebeurt (dit wil zeggen: eenvormig voor alle betrokken gemeenten), dan mag ook deze taak niet overschat worden.

Geef dit in handen van een (goede) drukker en die maakt daar een erezaak van.

Bovendien zou het (en is het) de verantwoordelijkheid van elke zorgverlener moeten zijn, om op vraag informatie te kunnen geven over de zorgsector (al dan niet met behulp van de voornoemde website).

3. Sluiten van samenwerkingsovereenkomsten met ziekenhuizen, rust- en verzorgingstehuizen, kortverblijven, enz... Doel: vlotte overgang van thuissituatie naar residentiële voorziening (en omgekeerd).

We zouden het appreciëren moest het SEL een ‘modelovereenkomst’ opmaken en deze laten implementeren in elk ziekenhuis, rusthuis, thuiszorgorganisatie, enz... van het SEL-gebied. We kunnen evenwel de realiteit niet omzeilen. Deze is dat elke zorgenverstrekker die zichzelf respecteert (of die nu zelfstandig werkt, dan wel ingebed zit in een organisatie) binnen zijn praktijk voldoende netwerk ontwikkelde om te participeren in het ontslagmanagement van diverse actoren.

Het is zeer de vraag of bepaalde verzuilde structuren zullen bereid zijn om de zaken in een opwelling van pluralisme ineens open te gooien.

De poging kan dan wel nobel zijn, wat heb je er aan als ze niet realistisch is?

Conclusie: de inspanning die het SEL in verband met deze opdracht zal moeten leveren zal zich wellicht moeten beperken tot een inventarisatie van de reeds bestaande overeenkomsten. Aan de hand van die inventaris kunnen zorg- en hulpverleners (rechtstreeks of onrechtstreeks vertegenwoordigd via de bestuursorganen van het SEL) proberen om de akkoorden te verruimen. Daar kan het SEL dus een meerwaarde toe bieden.

Bij ons weten beschikken alle ziekenhuizen in Vlaanderen over gesprekspartners op de eerste lijn om afspraken mee te maken. Er staan ook voldoende multidisciplinair samengestelde organisaties klaar om zorgprogramma's te implementeren, transmurale afspraken mee te maken, communicatiemodellen mee te ontwikkelen, enz...

4. Ondersteunen van de progressieve invoering van multidisciplinaire zorgtrajecten.

Iedereen weet dat zorgtrajecten tot nader order gestuurd worden vanuit het federale niveau (RIZIV). Het lijkt er niet aan te komen dat plots de SEL's (of zelfs de GDT's) hier het laken naar zich toe zullen trekken.

Laat ons dus deze taak niet overschatten.

De situatie op vandaag is dat er slechts één zorgtraject uitgewerkt is, met name dat over diabetes. We spreken hier enkel over de zorgtrajecten waar de ‘thuiszorg’ in brede zin mee gemoeid is. Zo is tot nader order enkel de huisarts (en apotheker) betrokken in het zorgtraject rond chronische nierinsufficiëntie. Het is zeer de vraag of er nog andere zorgtrajecten zullen volgen.

Als er al een rol weggelegd is voor de SEL's, dan is het die van facilitator of verwijzer naar terzake onderlegde diensten of personen. Het SEL hoeft zelf geen trajecten uit te werken.

5. Aanreiken en promoten van het elektronisch zorgplan.

Bij wijze van voorbeeld bestaan reeds modellen van E-zorgplannen in Vlaams Brabant en Limburg en moet dit model (zo nodig) aangepast worden aan de plaatselijke situatie in andere provincies. De oefening om tot een E-zorgplan te komen hoeft dus niet steeds herhaald te worden.

Dit kan opgelost worden door te werken met een werkgroep, een testfase, enz;

Wij pleiten er uiteraard voor om in Vlaanderen te werken met één model.

6. Organiseren (ondersteunen) van multidisciplinaire vorming (doel: leren omgaan met multidisciplinaire zorgtrajecten, multidisciplinaire samenwerking bevorderen, elektronische toepassingen ondersteunen).

Daar bestaat in de sector natuurlijk al heel wat knowhow rond.

Bovendien, wanneer het gaat over gespecialiseerde vorming, dan leeft bij ons de overtuiging dat daar toch beroep moet gedaan worden op gespecialiseerde lesgevers. Dus zal het SEL hier hoogstens als contactpersoon fungeren, als diegene die de vorming bespreekt met de lesgever en probeert tot een pakket te komen, enz...

In deze opdracht ligt overigens ook een mooie taak weggelegd voor het SEL. Ook hier lijkt het mechanisme van te werken met een stuurgroep (werkgroep) interessant, getrokken door een medewerker van het SEL.

Interessante zaken uit plaats X zijn misschien ook inpasbaar op plaats Y

7. Bewaken van procedures 'evaluatie zelfzorgvermogen' en 'kwaliteitsvolle uitwerking van het zorgenplan'.

Er kunnen ons inziens voldoende garanties worden ingebouwd om na te zien of een zorgenplan wel degelijk voldoet aan alle ter zake geldende voorwaarden:

Voor ons is een zorgenplan pas volwaardig als er ook een formeel overleg heeft plaats gehad. Dus vragen we dat de SEL's zouden nagaan of er wel degelijk overleg gepleegd werd, daar waar dit nu pas gebeurt ter gelegenheid van een inspectie (minstens jaarlijks).

- Nagaan of het overleg daadwerkelijk heeft plaats gevonden (moet blijken uit de aanwezigheidslijst).
- Was er overleg? Blijkt uit de duidelijke, persoonlijke identificatie van de betrokkenen en hun handtekening.
- Werd het zorgenplan gebruikt dat door het SEL werd aanvaard?
- Werd het zorgenplan opgesteld met instemming van de patiënt? Handtekening van de patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger.
- De aanwezige zorgverstrekkers verklaren zich bereid de samenwerking in de thuiszorg te regelen volgens een bepaalde code (door het SEL bepaald) en te handelen naar de geest van het decreet.

8. Adviezen verlenen van goede praktijkvoorbeelden en eventuele probleemsituaties.

Het SEL kan inderdaad fungeren als een platform waar goede praktijkvoorbeelden op gebracht worden. Deze kunnen ter informatie overgemaakt worden aan alle aangesloten hulp- en zorgverstrekkers (particulier of aangesloten bij een organisatie).

Wat probleemsituaties betreft, kan het SEL desgevraagd op deze vragen een antwoord proberen geven. We moeten er wel over waken dat de antwoorden correct, coherent en consequent zijn. Met andere woorden vragen we ons af of deze niet op bestuursniveau moeten gebracht worden (tenzij ze natuurlijk geen grote impact hebben).

In zeer veel gevallen zal het raadzaam zijn om als antwoord op de probleemstelling, een specialist te raadplegen, bijvoorbeeld een vertegenwoordiger van de betrokken beroepsgroep.

Ook hier vinden we dat er aan kruisbestuiving moet gedaan worden.

Goede oplossingen moeten naar buiten toe gecommuniceerd worden, uiteraard ook over de grenzen van het SEL heen.

9. Toezicht houden op organisatie van MDO's.

Het behoort inderdaad tot de taak van het SEL om bij de opmaak van de zorgenplannen toe te zien op de naleving van de voorwaarden. Met andere woorden: werden alle vormvereisten vervuld, zijn er voldoende scores gebeurd, werden alle handtekeningen geplaatst, enz... Van het SEL wordt niet verwacht dat zij de zorgenplannen inhoudelijk stoffeert. Van het SEL wordt wél verwacht dat zij nagaat of alle administratieve voorwaarden vervuld werden.

Er moet een algemeen kader komen van kwaliteitsnormen (geldend voor heel Vlaanderen). Het is niet aan een individuele SEL om deze uit te werken, anders lopen we het risico dat er tal van versies komen.

Het toezicht op de navolging van deze kwaliteit kan door het SEL gebeuren.

De normen die gelden voor een vergoedbaar GDT-overleg (federale materie) zijn wat ze zijn, maar kunnen zonder problemen verschillen van de MDO-normen (Vlaamse materie).

Zo bijvoorbeeld geldt bij een GDT-overleg dat de aanwezigheid van de huisarts op het overleg bepalend is voor een vergoeding en is dit geen bepalende factor om als MDO erkend te worden.

Wie evenwel reeds vanuit GDT vergoed wordt heeft geen recht meer op een MDO-vergoeding.

10. Faciliteren van MDO door toe te leiden naar een RDC, een OCMW of naar een zorgaanbieder die zijn bereidheid heeft kenbaar gemaakt (in Brussel kan het ook naar een LDC).

Wij zijn ervan overtuigd dat in elk van de gevallen waarin een zwaarzorgbehoevende thuis verzorgd wordt (en het dus nodig is om zorgoverleg te plegen) er een instantie bij betrokken is die perfect in staat is om als overlegcoördinator op te treden met alle consequenties die aan deze taak verbonden zijn. Er is sowieso de huisarts, de mutualiteit van de patiënt (RDC), het OCMW van de gemeente, de betrokken dienst thuisverpleging of de zelfstandige verpleegkundige, de dienst voor gezinszorg, enz...

We kunnen ons niet van de indruk ontdoen dat het slechts in zeer uitzonderlijke gevallen zou mogelijk zijn dat in een bepaalde situatie van zwaarzorgbehoevendheid er geen hulp- of zorgverlenende instantie zou betrokken zijn die niet de tegenwoordigheid van geest zal hebben om een zorgoverleg te plannen. Zoals gezegd kunnen we ons niet voorstellen dat er zich dergelijke situaties zouden voordoen omdat de erkenningsnormen en de strenge inspectiecriteria, gekoppeld aan kwaliteitsnormen, er al lang voor gezorgd hebben dat de 'amateurs' van het terrein verdwenen zijn.

Dit zorgoverleg rond het bed van de patiënt gebeurt wel degelijk op een kwaliteitsvolle manier. De SEL-structuur kan evenwel zijn nut hebben om de administratieve eenvormigheid te bewaken.

‘Faciliteren’ interpreteren wij als ‘honoreren’. Het mogelijk maken dat de betrokken hulpverleners hun engagement verlenen.

‘Faciliteren’ interpreteren wij niet als ‘zelf organiseren’

11. Zelf organiseren van een MDO als dit binnen een redelijke termijn niet zou gebeurd zijn (1 maand).

Wij verwijzen hierbij naar de commentaar bij opdracht 10.

Akkoord om een vangnet te voorzien. Het zal blijken dat dit in de praktijk om voornoemde redenen overbodig zal zijn.

12. Adviseren van lokale besturen bij opmaak van lokaal sociaal beleidsplan.

Tot nu toe is dit grotendeels dode letter gebleven. Uit navraag bij diverse gemeente- en OCMW-besturen blijkt dat SIT's weinig of geen advies hebben verleend.

Toegegeven: het werd doorgaans ook niet gevraagd.

Vb. in Oost-Vlaanderen was het het Oostvlaams Zorgplatform dat zich profileerde als de instantie waar gemeenten beroep konden op doen bij de opmaak van hun lokaal sociaal beleidsplan. Maar of ze het ook deden is zeer de vraag.

Wél werden zorgverstrekkers door gemeentebesturen dikwijls rechtstreeks gecontacteerd en uitgenodigd om mee te werken aan het uitschrijven van hun beleidsplannen.

Welke middelen zijn er nodig om de SEL's toe te laten deze opdrachten te vervullen?

Ons lijkt het dat voor een correcte uitvoering van deze 12 decretaal vastgelegde opdrachten, er voldoende moet zijn met een omkadering per SEL van:

- 1 voltijds coördinator (niveau A1 of universitair)
- 1 halftijdse administratieve kracht (met goede notie van tekstverwerking en website)

Het feit dat niet alle SEL-regio's evenveel inwoners tellen hoeft niet te betekenen dat er voor grotere SEL's meer personeelsleden moeten aangeworven worden dan voor kleinere SEL's. De norm is immers berekend op die grotere SEL's. Toch kan je de kleinere SEL's niet met nog minder personeel bemannen omdat dan het secretariaat van de SEL's te weinig bereikbaar zou zijn.

Omgekeerd zullen SEL's die samensmelten dan weer en te zware omkadering kennen.

Het weze duidelijk dat we het enkel hebben over de decretaal voorziene opdrachten van een SEL en niet over de eventuele taken die een aantal SIT's in het verleden gaandeweg zijn gaan vervullen, maar waarvoor de Vlaamse decreetgever geen middelen voor voorziet.

Met andere woorden: wat een GDT er nog aan opdrachten bij krijgt is federaal te regelen (én te financieren), maar mag de (beperkte) middelen van een SEL niet bezwaren.

De rol van een SEL mag bovendien niet overschat worden als het gaat over het bewerkstelligen van een kwaliteitsvolle verbetering van de zorg- en hulpverlening in Vlaanderen.

Dit leiden we af uit de uiteenlopende profileringen en invullingen van taken van de verschillende SIT's in Vlaanderen, zonder dat we kunnen spreken van significante verschillen in de doelgroepen. Met andere woorden: het hangt van de regio in Vlaanderen af of een SIT/SEL actief is op dit of op dat terrein, veel of weinig aandacht besteedt aan overleg, veel of weinig laat 'opborrelen' uit de micro-lokale werkingen, structureel is uitgebouwd of niet, de 'macht' bij de participerende leden legt, dan wel de beslissingen laat nemen door een handvol gemandateerden binnen het dagelijks bestuur, enz...

Gelukkig bepaalt dit niet of een hulpbehoevende in die regio goed verzorgd wordt of niet of dat overlegstructuren goed of niet goed werken.

Het bepalen van hoe een dienstverlening inhoudelijk moet uitgebouwd zijn is met andere woorden geen taak voor de SEL's. Hun taak is het om het overleg rond het bed van de patiënt te faciliteren, om er de nodige middelen voor te waarborgen en het cliëntgericht overleg te honoreren.

Overstructurering is bij dit alles onnodig en bovendien gevaarlijk. De meeste partners (behalve de hele grote en die zijn op één hand te tellen) beschikken over volstrekt onvoldoende mankracht om op alle niveaus een zicht te houden.

Dus haken ze maar af, met als gevolg dat die enkele 'groten' de (ongevraagde) taak op zich nemen om structuur na structuur op te zetten en daardoor maken dat er geen geld meer overblijft voor de kernopdracht.

Hieruit is voor Solidariteit voor het Gezin maar één conclusie te trekken:

De prioriteit moet dringend gaan naar de basiszorg.

Er is te weinig bewezen dat na al die jaren van SIT-werking de eerstelijnsgezondheidszorg versterkt werd.

De realiteit is dat de verzuilde netwerkvorming nog toeneemt.

Solidariteit voor het Gezin is ook grote voorstander van het zelfmanagement van de patiënt en van het heel concreet toepassen van dit principe. Door de aard zelf kan deze samenwerking rond de zorgvrager enkel op het microniveau gebeuren.

De bestuursniveaus van de SEL's en ook haar personeelsomkadering bevinden zich echter op het mesoniveau (of nog hoger). Vanop dit niveau kan er geen multidisciplinaire samenwerking/overlegcoördinatie georganiseerd worden.

Tenzij het werkelijk zou voorkomen dat noch een RDC, noch een OCMW, noch een zorgenverstrekker in staat of in de mogelijkheid zou zijn om dergelijk overleg te organiseren, kan een SEL zelf het initiatief nemen, maar gelet op onze vorige commentaren, zal dit slechts uitzonderlijk voorkomen.

Het SEL moet dus enkel 'faciliteren', terwijl de individuele zorgcoördinatie rond de patiënt gebeurt door de zorgvrager zelf, zijn familie of een door de zorgvrager gekozen betrokken zorgverstrekker.

Het overleg en de coördinatie van de zorg- en hulpverlening moet uiteraard op een goede manier gebeuren (onderbouwd, respect voor elkaars autoriteit, elk zijn verantwoordelijkheid,

gemakkelijk consulteerbaar, transparant, eenvoudig aanpasbaar in functie van de noden, permanent bereikbaar, enz...).

Wil men dit op een correcte manier laten gebeuren, dan vergt dit nogal wat voorbereiding en inspanning (tijd) vanwege de overlegcoördinator. Als we het erover eens zijn dat de taak van de overlegcoördinator niet te onderschatten valt qua tijdsbesteding, qua sturende capaciteit, qua kennis van het terrein, qua organisatorisch talent, enz...dan moeten we het er ook over eens zijn dat deze functie waargenomen wordt door een persoon van een zeker opleidingsniveau en met de nodige ervaring.

Die persoon kent een brutoloonkost van €4.284,06 per maand of **€26,77 per uur**.

Binnen Solidariteit voor het Gezin greep een bevraging plaats onder de overlegcoördinatoren teneinde in te schatten hoeveel tijd er opgaat aan voorbereiding, aan vergaderen en aan verwerking van een multidisciplinair zorgoverleg (MDO). Het betreft een tijdsregistratie die gevoerd werd tijdens de maand september 2008.

Op een steekproef van 13 MDO's komt het erop neer dat gemiddeld 4 uur en 41 minuten besteed werd per MDO (zie bijlage 1):

- Voorbereiding: Overleg, telefonische afspraken, opmaken van uitnodigingen, planning van data, zoeken naar locatie, opmaak van GDT-formulieren, enz...
- Team: verplaatsing, voorstelling, bespreking, maken van afspraken, administratie ter plaatse.
- Verwerking: Opmaken en versturen van verslag en GDT-formulieren, zorgenplan, briefing, opzoeken van informatie...

Kostprijs per MDO = €26,77 x 4u 41' = **€125,37**

Aangevuld met kosten voor accommodatie en administratie (€4,63): **€130 per MDO**.

Als we dit (bij wijze van voorbeeld) enten op de situatie in Oost-Vlaanderen (Ovosit), dan zien we dat er in 2008 1.333 nieuwe zorgenplannen werden opgemaakt die als MDO kunnen worden bestempeld.

Dit zou dan een jaarlijks budget vertegenwoordigen van **€173.290** (in Oost-Vlaanderen te financieren met de budgetten van 3 SEL's).

Ook voor diegenen die deelnemen aan dit overleg (zonder dat zij de rol van overlegcoördinator vervullen) moet er een vergoeding zijn. Ook zij doen immers inspanningen om het overleg te doen slagen, in het belang van de patiënt.

Voor diegenen die een gezondheidsberoep uitoefenen (die dus over een RIZIV-nummer beschikken), kan de vergoeding gebeuren via het RIZIV (GDT):

- €43,11 per GDT-overleg indien het overleg doorgaat op het adres van de klant/patiënt.
- €32,33 per GDT-overleg indien het overleg elders (vb. ziekenhuis) doorgaat.

Daarnaast moet ook de zorgbemiddelaar vergoed worden: hij/zij zorgt er immers voor dat het zorgenplan ingevuld wordt en bijgehouden blijft, hij/zij zorgt ervoor dat om de 3 maanden de afhankelijkheidsscore wordt ingevuld, dat iedere zorg- en hulpverstrekker op de hoogte blijft van de wijzigingen, enz...

Het is ook de zorgbemiddelaar die aanwezig is tijdens het inspectiebezoek.

Ons voorstel is om voor zijn/haar administratieve rol, de zorgbemiddelaar een forfaitair bedrag van €25 per patiënt/cliënt waarvoor een zorgenplan bestaat, te betalen en dit per jaar.

Budget: €25 x 1.333 = **€33.325**

Voor diegenen die geen gezondheidsberoep uitoefenen, en dus niet kunnen genieten van RIZIV-toelage, pleiten we ervoor dat diezelfde vergoeding zou gegeven worden vanuit de SEL-middelen.

Voor alle duidelijkheid: voor de aanwezigheid van de overlegcoördinator op het MDO wordt geen extra vergoeding meer voorzien, vermits deze vergoeding al begrepen is in het bedrag van €130.

Dus budgetteren we deze aanwezigheidsvergoeding op 2 'niet-gezondheidsberoepers' per MDO – dus 1 niet vergoed door GDT.

Uit diverse vaststellingen blijkt dat gemiddeld 43 % van de MDO's doorgaan ten huize van de patiënt en 57 % elders (ziekenhuis, enz...).

Binnen ons voorbeeld geeft dit 573 MDO's ten huize van de patiënt en 760 MDO's elders.

€43,11 x 573 =	€24.702
€32,33 x 760 =	<u>€24.570</u>
	€49.272

Per MDO: €36,96

Cruciaal bij dit alles is dat, om een betoelaging te krijgen, alle regels moeten gevolgd worden. De SEL-medewerkers hebben dan ook een belangrijke rol in de controle op de naleving.

Samengevat budget per MDO:

- vergoeding voor de overlegcoördinator:	€130
- vergoeding voor de deelnemers aan het overleg:	
+ gezondheidsberoepen (budget RIZIV)	€ 0
+ niet-gezondheidsberoepen (1 geval per MDO)	<u>€ 36,96</u>
- rol zorgbemiddelaar:	<u>€ 25</u>
Totaal =	€191,96

Waar zijn de budgetten voor dit alles te vinden?

Wij willen hier niet de discussie voeren (laat staan de oplossing brengen) over hoe en waar dit budget moet gevonden worden. Van één ding zijn we zeker: de Vlaamse toelage is groot genoeg om dit te financieren.

Het enige wat we willen bekomen is dat de toekomstige SEL's prioriteit zouden schenken aan het zorgoverleg dicht bij de patiënt. Desnoods moet dit dan maar gebeuren ten koste van andere taken die de SIT's gaandeweg (maar eigenlijk ook ongevraagd) zijn gaan vervullen.

Het multidisciplinair overleg vinden wij immers zodanig cruciaal binnen de uitvoering van het decreet op de eerstelijnsgezondheidszorg, dat er desnoods bepaalde taken (en personeelskosten) zullen moeten voor sneuvelen.

Zoals reeds eerder vermeld: wat een GDT er nog aan opdrachten bij krijgt is federaal te regelen (én te financieren), maar mag de (beperkte) middelen van een SEL niet bezwaren.

Het is uiteraard aan het bestuur van het SEL (algemene vergadering – raad van bestuur – dagelijks bestuur) om te beslissen over de besteding van de rest van het budget.

De decreetgever legde trouwens de budgetten vast:

- vast bedrag van €60.000 per SEL

bestaande uit een personeelskost van **€51.000***

= FTE coördinator: €37.000

= HTE administratieve kracht: €14.000

en een werkingskost van **€9.000***

(wij vragen ons hierbij af hoe sommige SEL's de zware personeelsomkadering en of administratieve kost kunnen verantwoorden).

- * Uit de memorie van toelichting 'nota aan de leden van de Vlaamse regering (VR 2008 1010 Doc. 1117)

- Dit 'vast bedrag' wordt aangevuld met €0,20 per inwoner.

+ Het totaal vast bedrag bedraagt aldus in Vlaanderen:
(€60.000 x 15 = €900.000)

+ Het totaal bedrag (berekend volgens inwonersaantal) bedraagt €1.283.488
(6.417.440 inwoners x €0,20)

+ Algemeen totaal = €2.183.488

Dus gaat de wetgever ervan uit dat er binnen de SEL's kan besteed worden:

(Bron: memorie van toelichting bij het ontwerp van decreet).

Aan personeelskosten: €51.000 x 15 = € 765.000 (35 %)

Aan werkingskosten: €9.000 x 15 = € 135.000 (6 %)

Aan 'eigenlijke taken' = €1.283.488 (59 %)

Voorziene budgetten nieuwe SEL-structuren 2010:

West-Vlaanderen:	€ 470.098
Oost-Vlaanderen:	€ 461.697
Limburg:	€ 285.338
Antwerpen:	€ 523.141
Vlaams-Brabant:	€ 332.046
Brussel:	€ 120.000
Totaal:	€2.192.32

Quid met initiatieven zoals educatieve activiteiten, campagnes, toneelvoorstellingen, voordrachten, folders, affiches enz... die onder te brengen zijn onder de noemer : gezondheidspromotie en –preventie?

Uit rondvraag bij een aantal zorg- en hulpverstrekkers weten we dat, ook al zijn de doelstellingen nobel, dikwijls het beoogde effect van deze lokale activiteiten uitblijft.

We delen al diegenen die tot de doelgroep van de activiteiten behoren in in 4 groepen:

- Groep A: diegenen die, doordrongen van de meerwaarde, achter de activiteit staan en erop aanwezig zijn en al dan niet hebben meegewerkt aan de organisatie en voorbereiding.
- Groep B: diegenen die aanwezig zijn op de activiteit omdat het onderwerp hen interesseert en zij daar een professionele meerwaarde in zien. Zij nemen deel aan activiteiten die ze voor zichzelf interessant vinden en laten de andere links liggen.
- Groep C: diegenen die het als een verplichting aanzien om deel te nemen omdat ze ervan uitgaan dat door afwezig te blijven, zij mogelijks later bepaalde opportuniteiten zouden missen, of vrezen in een slecht daglicht te worden gesteld.
Deze groep ziet geen meerwaarde in de activiteit op zich, maar neemt deel omdat ze voor zichzelf vinden dat ze er nu eenmaal niet kunnen aan ontsnappen.
- Groep D: diegenen die vooruitgestuurd worden vanuit hun organisatie en aldus zorgen voor een aanwezigheidspolitiek. Ook hier is de persoonlijke meerwaarde ver te zoeken.
- Groep E: diegenen die geen interesse hebben voor de activiteit, er geen meerwaarde in zien en er ook niet naartoe gaan.

Dwalen we echt als bij ons de indruk leeft dat groep E te vaak een grote (de grootste?) groep vormt en dat ook de groepen C en D nogal wat vertegenwoordigers tellen?

Toch zien we een meerwaarde in het bij elkaar brengen van de lokale partners. We vinden de ‘geest van ontmoeting’ belangrijk omdat het een voedingsbodem kan zijn voor het ‘echte’ lokaal sociaal beleid’. Alleen denken we niet dat al deze initiatieven op dat vlak voltreffers zijn. Het spontaan, collegiaal (amicaal) omgaan met elkaar, de professionele problemen met elkaar delen, zich als bondgenoot weten, enz... zijn voor wat ons betreft, na te streven idealen. We vragen ons evenwel af of al die activiteiten het juiste medium zijn en of niet steeds dezelfde ernaar toe komen.

Waarmee niet gezegd wordt dat vormingsactiviteiten – infosessies – infovergaderingen – geen nut hebben.

De SEL's beschikken ons inziens nog over voldoende middelen om dergelijke initiatieven te ondersteunen.

Kruisbestuiving:

Volgens ons is dit een element dat nog te weinig (zo mogelijk niet) aan bod komt. Met name: de gevallen van 'good practice' uit de ene regio die ook interessant kunnen zijn voor de andere regio's. Deze ervaringen worden te weinig gedeeld. Inclusief de activiteiten in het kader van GVO (Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding). Dit uiteraard over de grenzen van de SEL's en van de provincies heen.

Specifiek: over de situatie in Oost-Vlaanderen (OVOSIT) en Limburg (Listel).

In Oost-Vlaanderen (en Limburg: LISTEL) zou de 'oude ploeg' graag verder gaan onder één koepel. In Oost-Vlaanderen zijn decretaal 3 SEL's voorzien, in Limburg 2 SEL's. Solidariteit voor het Gezin is voorstander van een zo groot mogelijke structuur omdat dit kostenbesparend werkt en vooral omdat dit past binnen haar voorstel om zoveel mogelijk aandacht te besteden aan de lokale werking (het overleg aan het bed van de patiënt). De 'bovenstructuur' is er voor haar enkel nodig om een en ander administratief te bewaken, en dus kan dit best gebeuren op zo weinig mogelijk niveaus.

Gent, 3 september 2009

(Bijlage 1)
 Tijdsinvestering van een MDO-vergadering

Voorbereiding	Team	Verwerking	Totaal
0u 30'	2u 20'	0u 40'	3u 30'
1u 20'	3u 00'	0u 30'	4u 50'
1u 40'	2u 00'	1u 30'	5u 10'
2u 10'	1u 55'	1u 30'	5u 35'
1u 45'	1u 45'	1u 30'	5u 00'
0u 45'	1u 30'	2u 10'	4u 25'
1u 50'	1u 35'	1u 30'	4u 55'
1u 55'	1u 45'	1u 30'	5u 10'
1u 30'	2u 00'	1u 15'	4u 45'
1u 35'	2u 00'	1u 05'	4u 40'
0u 50'	2u 00'	2u 00'	4u 50'
0u 30'	1u 30'	2u 00'	4u 00'
1u 25'	2u 00'	0u 45'	<u>4u 10'</u>
			61u 00'
		Gemiddeld: 61 u / 13 =	4u 41'