
Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Kenm.: FRZV/D/498-1 (*)

Advies van de FRZV voor k-dag (fase 2)

Namens de Voorzitter,
Margot Cloet

De Secretaris,
Pedro Facon



(*) Dit advies werd behandeld tijdens de plenaire vergadering van 12/09/2019 en dezelfde dag bekrachtigd door het Bureau

1. Situering van het advies

In een schrijven van 17 juli 2017 vroeg Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Maggie De Block aan de FRZV om een correcte en uniforme financiering voor K(d) en K(n) uit te werken zowel voor de reeds bestaande als voor de nog te openen bedden en zowel tussen de algemene ziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen. De directe aanleiding hiervoor was een aanpassing van het BFM voor de k-dag in de algemene ziekenhuizen. In het advies FRZV/D/460-1 d.d. 28.09.2017 werd in een eerste fase een voorlopige financiering uitgewerkt voor k-dag met het engagement om daarna verder in te gaan op de programmatie, normering en financiering van alle psychiatrische partiële modules (2^{de} fase) en de afstemming met de K-diensten (3^{de} fase). Op 17 november 2017 antwoordde Minister Maggie De Block de verdere aanpassingen aan de B2-financiering voor de k-dag in de algemene ziekenhuizen tijdelijk stop te zetten in afwachting van fase 2 en fase 3. In een brief d.d. 25.04.2018 bracht het bureau van de FRZV de vraag naar een aangepaste financiering voor k-dag nog eens in herinnering.

Met dit advies wordt een concreet voorstel geformuleerd voor de financiering en programmatie van k-dag dat verder bouwt op het eerder uitgebrachte advies van de FRZV van 28.09.2017 en inspeelt op het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren conform de visie van de IMC van 10 december 2012.

Als gevolg van de 6^{de} staatshervorming ressorteert het erkennings- en normeringsbeleid van de ziekenhuizen onder de bevoegdheid van de gemeenschappen en gewesten. Ten einde te komen tot een aangepaste financiering rekening houdend met de specifieke financieringsmechanismen van de algemene en psychiatrische ziekenhuizen en een raming te maken van de budgettaire weerslag zijn in dit advies de krijtlijnen uitgetekend voor nieuwe personeelsnormen. Het is aangewezen op een IMC te komen tot de nodige afstemming inzake normering tussen de federale overheid en gemeenschappen en gewesten en tussen de gemeenschappen en gewesten onderling. In deze context verwijzen we naar de revalidatieconventies voor kinderen en jongeren met psychische problemen die als gevolg van de 6^{de} staatshervorming werden overgeheveld naar de gemeenschappen en gewesten.

2. Situering van k-dag in het hulpverleningslandschap

Volgens een stepped care en balanced care model, ontvangen patiënten idealiter een behandeling die niet zwaarder of ingrijpender is dan nodig. In een herstelgerichte visie betekent dit: zo dicht mogelijk bij hun eigen leefomgeving.

Zorg op maat

Zo heeft de **daghospitalisatie** zich ontwikkeld als een zorgvorm die zich bevindt tussen het ambulante en het residentiële zorgaanbod. De kinderen en jongeren die naar het daghospitaal komen hebben nood aan intensievere behandeling dan ambulante hulpverlening, maar kunnen of moeten (soms is een residentiële opname voor het kind of het gezin (nog) niet haalbaar) wel elke dag naar huis, waardoor er geen 24-uurs opname nodig is. Door het dagelijks terugkeren naar de thuissituatie wordt in een daghospitaal meer aan de hechtingsbehoefte van kinderen en jongeren

tegemoet gekomen. Zo is deze zorgvorm voor de behandeling van jongere kinderen (zuigelingen, peuters, kleuters) vaak beter geschikt dan volledige hospitalisatie.

De k-plaatsen nemen dus als zorgvorm een unieke plaats in in het intersectorale zorglandschap voor kinderen en jongeren.

Vormen en doelstellingen.

in de praktijk bestaan er meerdere toepassingen van de daghospitalisatie:

- primaire daghospitalisatie: er is een directe indicatie voor een dagbehandelingsprogramma
- secundaire daghospitalisatie: de dagbehandeling wordt voorafgaand aan (step-up) of bij het aflopen van (step-down) een residentieel traject ingezet
- diagnostische indicatie: waarbij directe observatie van het kind/de jongere in meerdere situaties en over langere termijn een noodzakelijke schakel in het diagnostisch proces is, en niet kan waargemaakt worden op ambulante basis. .

Samenwerking

Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen de klinische samenwerking en de juridisch-organisatorische samenwerking. Het doel is niet te raken aan de juridische zelfstandigheid van ziekenhuizen, maar hen aanmoedigen om zich actief in te zetten binnen de netwerken die in het kader van het Nieuw Geestelijk Gezondheidsbeleid voor Kinderen en Jongeren zijn opgericht. Ingeval van spreiding van de dag-plaatsen is een samenwerking tussen alle dag-plaatsen of tussen k-dagplaatsen en K-bedden een must voor het garanderen van continuïteit van zorg binnen een netwerk en het kunnen terugvallen op een soort back office voor de ondersteunende functies.

- Daghospitalisatie kan gerealiseerd worden als dagleefgroepen met een eigen therapeutisch programma, maar kan ook plaatsvinden in de context van een leefgroep waar ook kinderen rond de klok verblijven en enkele dagpatiënten worden toegevoegd. De continuïteit van de behandeling door gekwalificeerd persoon moet verzekerd worden.
- Samenwerking binnen een bredere zorg- of welzijnscontext is noodzakelijk, opdat de dagplaatsen zouden kunnen terugvallen op ondersteunende functies of een soort back office (onthaal, technische en andere ondersteunende diensten, personeelsmanagement, enz.) en zo de efficiëntie kan verhogen.

Indicaties

Kinderen kunnen in een psychiatrisch daghospitaal worden opgenomen voor een brede waaier aan problematieken, die in aard niet erg afwijken van die van een residentiële unit. k-dagplaatsen kunnen zowel breed generalistisch als specifiek voor een bepaalde doelgroep (eetstoornissen, infantwerking) ingezet worden. Eén of meer van volgende kenmerken bepalen veelal de indicatie tot dagbehandeling:

- de draagkracht van de omgeving: de leefomgeving van het kind/de jongere moet in staat zijn de dagelijkse zorg voor het kind in de ochtend, avond en nacht op zich te nemen.
- de draagkracht van de jongere: hij/zij moet in staat zijn 2 leefomgevingen (daghospitaal en thuisomgeving) dagelijks te combineren en de overgangen vlot te maken.

- praktische redenen: het kind/de jongere moet dagelijks het traject over en weer naar huis kunnen maken, hetzij zelfstandig, hetzij met hulp van de ouders of iemand uit het persoonlijk netwerk.

Intensieve participatie van de leefcontext bij partiële hospitalisatie. Het aantal contacten met de ouders ligt hoog, omwille van de veelal dagelijkse ontmoetingen en het dagelijks over en weer gaan van de verhalen over de andere leefcontext. Door deze intensieve contacten krijgt men sneller zicht op de waarden, normen en leefregels van het gezin en kan er sneller een generalisatie van de behandelwinst naar de thuissituatie optreden. Het gericht hanteren van dit samenwerkingsverband met de ouders vergt een nog intensievere gezinsgerichtheid dan bij een residentiële opname. Naast de vele informele contacten is er de formele participatie van de thuiscontext. Kinderpsychiatrie is gezinspsychiatrie. Diagnostische en behandeldoelen gelden niet enkel voor de jongere, maar ook voor het gezin. Samen met de jongere en zijn context wordt op weg gegaan naar een beter evenwicht voor het gezin waarin ieders krachten (uiteraard dus ook die van de jongere) meer ontwikkelingskansen krijgen. Uiteraard zijn deze doelstellingen aangepast aan de ontwikkelingsfase waarin de jongere zich bevindt.

Onderwijs als obligate partner

Kinderen en jongeren hebben recht op onderwijs en hebben leerplicht. Onderwijsdoelstellingen vormen een belangrijk onderdeel van het globaal therapeutisch plan. Als kinderen disfunctioneren is school vaak het eerste terrein waarop de uitval zich manifesteert. De combinatie van cognitieve en sociale vereisten die de schoolomgeving stelt en het grote belang dat er maatschappelijk wordt gehecht aan het schools functioneren maken psychische en psychiatrische moeilijkheden snel zichtbaar op school. Regelmatig zijn de schoolse vereisten (cognitief en/of sociaal) mede oorzaak van de psychische decompensatie.

- Jongeren moeten dus een onderwijsaanbod op maat krijgen terwijl ze in daghospitalisatie zijn, hetzij via een ziekenhuisschool, een onderwijsenveloppe¹, een thuischool of thuisonderwijs. Steeds is intensieve samenwerking met het therapeutisch team noodzakelijk.

Maatschappelijke inbedding

Een opname in een kinderpsychiatrisch daghospitaal mag niet leiden tot vervreemding van het gewone leven. In de mate van het mogelijke wordt dus contact gemaakt met de buurt, het verenigings- en het gemeenschapsleven in de nabije omgeving.

3. Zorgaanbod voor k-dag

Meerdere factoren leiden tot een **verhoogde en aangepaste nood** aan k-plaatsen in de hulpverlening:

- Door de ervaring met k-dagplaatsen is er meer zicht gekomen op hun meerwaarde en mogelijkheden in de behandeling van minderjarigen met psychische en psychiatrische

¹ In Vlaanderen werd aan alle K-diensten een gesloten onderwijsenveloppe toegekend. In 2016 bedroeg de onderwijsenveloppe per K-plaats € 5.606,87. Op 8 plaatsen is dit 44.854,96, of +/- 0,7 vte en op 6 plaatsen 33.641,22€ of +/- 0,53 vte. Indien er geen extra budget wordt vrijgemaakt voor het stijgend aantal dagplaatsen, zal de gemiddelde toeslag per kind dalen.

problemen. In de mate van het mogelijke zouden kinderen en jongeren met nood aan intensieve behandeling ALTIJD op een k-dagplaats moeten kunnen opgenomen worden indien hun situatie dit toestaat (zie § indicaties hogerop). De opnamedruk in de K-bedden verhoogt ook de opnamedruk in k-dag. De programmatie van k-dagplaatsen dient dus te worden verhoogd, waardoor de opnamedruk in de K-bedden kan verminderen. Er is nood aan een breder referentiekader en meer cijfermateriaal zodat er beter geprogrammeerd kan worden in functie van bevolking, leeftijdsgroepen, prevalentie en incidentie, gemiddelde opnameduur, verhouding k-dag en K-bed, vooropgestelde bezettingsgraad, sociaal-economische determinanten van het werkingsgebied, e.a. parameters (cf. punt 5).

- In elk geval zou er voldoende **flexibiliteit en spreiding** moeten zijn om vlot in te kunnen spelen op de noden.
 - Flexibele wisselwerking tussen K-bed en k-dag als communicerende vaten en aangepast aan de ad hoc noden van de jongere
 - Flexibiliteit in duur van aanwezigheid per dag (bv. inzet van dagdelen i.p.v. hele dagen, zodat combinatie met halve schooldagen mogelijk is)
 - Flexibiliteit in aantal dagen aanwezigheid (bv. programma's met 1-5 dagen per week aanwezigheid, waarbij de degressie in de honoraria van toezicht berekend wordt op basis van het aantal dagen aanwezigheid)
 - Meer geografische spreiding van het aanbod van dagplaatsen, zodat maatschappelijke inbedding mogelijk wordt

4. Personeelsomkadering

4.1. Omschrijving van personeelsbehoeften

Een multidisciplinair aanbod

Het doel van een opname in een partiële hospitalisatieplaats is de behandeling (en/of de vermindering van de impact) van een psychiatrische problematiek van jongere en context en het verbeteren van hun functioneren op meerdere levensdomeinen. In het behandelplan, dat zoveel mogelijk in samenwerking met de jongere en diens context wordt opgemaakt, wordt meestal uitgegaan van een algemene doelstelling voor de behandeling met daaruit voortvloeiende specifieke doelstellingen voor verschillende functioneringsdomeinen. De behandeling dient doelgericht en professioneel te worden opgevat. Ze behelst steeds een combinatie van groeps- en individuele therapeutische elementen. Er is een brede waaier aan oefenmogelijkheden nodig in diverse therapeutische omgevingen om de jongere in staat te stellen motivatie aan te boren, te experimenteren met nieuw gedrag, en eigenheid en zingeving te vinden. Er is veelal psychotherapeutisch herstel nodig van aangerichte psychische kwetsuren binnen en buiten de gezinscontext. Eerder is reeds geargumenteed dat onderwijs integraal deel uitmaakt van dit multimodale plan.

Als de opname een diagnostische indicatie heeft, dan wordt een intensief observatieschema toegepast, dat eveneens impliceert dat de jongere in meerdere situaties moet geobserveerd worden en in een grote verscheidenheid aan situaties en activiteiten (o.a. testing) om zijn/haar mogelijkheden, talenten, kwetsbaarheden en beperkingen in kaart te krijgen.

Per definitie is dus een professioneel, gespecialiseerd, multidisciplinair team nodig.

De leefgroep als sociotherapeutische organisatie-eenheid

Kinder- en jeugdpsychiatrische opnames (dagopnames evengoed als residentiële opnames) worden klassiek georganiseerd vanuit een centrale "leefgroep". Dit is een samenlevingsverband van 6-8 kinderen/jongeren (kleinere groep naarmate jongere leeftijd), waarin zich op natuurlijke wijze situaties voor doen waarin geoefend kan worden met prosociaal gedrag, emotieregulatie, luisteren en spreken, geven en nemen, afstand en nabijheid, samenwerken, wederzijdse tolerantie en respect, leefregels en grenzen, Begeleidend personeel in de leefgroep gidst een jongere bij deze uitdagingen van het "gewone leven" (sociotherapie). In het berekenen van de personeelsnoden wordt best geredeneerd vanuit de noodzaak aan continuïteit van deze leefgroeporganisatiestructuur.

De leefgroepbegeleiding

Centraal in een team staat de leefgroepbegeleiding. Zij hebben tegelijk een zorgende, pedagogische en therapeutische opdracht. Zij benutten de vele spontane ervaringsmomenten om de jongeren te helpen bij hun zoektocht naar zelfrealisatie door die gewone dagelijkse situaties in relatie te brengen tot hun individuele werkpunten. Zij reflecteren samen met de jongeren en helpen hen om hun gedachten te ordenen, hun frustratietolerantie en oplossingsvaardigheden te vergroten en hun emoties draaglijk te maken. Ze zijn voortdurend en actief aanwezig in de leefgroep. Ze zijn aanspreekbaar tijdens alle niet-gestructureerde groepsmomenten. Daarnaast organiseren zij ook therapeutische sessies (sociale vaardigheidstraining, emotieregulatietraining, thematische groepsgesprekken, ervaringsgericht leren, kooksessies, sport, ...). Zij zullen ook opvoedend optreden: grenzen stellen waar nodig, corrigerend handelen, kansen tot herstel bieden, informatie en uitleg geven, waardering en/of teleurstelling tonen en uitspreken, verwachtingen stellen, positieve en negatieve consequenties aan gedrag stellen, enz. Zij zijn vaak ook degenen die de ouders 's morgens en 's avonds ontvangen en bijpraten en die dagelijkse ervaringen met hen uitwisselen. Ze nemen deel aan de gezinsgesprekken om de jongere bij te staan in het verwoorden van zijn/haar mening en om observaties omtrent het functioneren van de jongere in de leefgroep te duiden.

Veiligheid

Kinderen en jongeren die opgenomen worden in een kinderpsychiatrisch daghospitaal zijn veelal overgevoelig, prikkelbaar en snel overspoeld, met emotionele uitbarstingen en moeilijk stuurbaar gedrag tot gevolg. Veelal is er voor één of meerdere jongeren een (sub)acute zelfdestructieve of agressieve dreiging. De aanwezigheid van andere jongeren biedt veel kansen tot wederzijdse leerprocessen, maar leidt ook tot talloze confrontaties en conflicten. De leefgroepsleiding reguleert dus tegelijk de groepsdynamiek en de individuele zorgnoden per jongere. Zij zorgen voor een rustig, veilig klimaat waarin jongeren gedoseerd kunnen voelen en denken. Veiligheid kan enkel ontstaan in een context waarin er voldoende personeel is om zowel aandacht te geven aan individuele jongeren die het moeilijk hebben als aan de groep die zich in de nabijheid van zulke moeilijke momenten bevindt. Alleen als jongeren zich veilig voelen, kunnen ze ruimte vinden om na te denken, om hun emoties te delen en om te experimenteren met nieuw gedrag.

Kinderen en jongeren zijn – volgens de huidige reglementering - in een daghospitaal (minstens) 7 uur aanwezig. Dit is het equivalent van een hele verpleegdagshift. Daarom is per leefgroep een continue beschikbaarheid van 2 leefgroepbegeleiders een minimum vereiste. Voor

sommige doelgroepen zou dat meer kunnen zijn. We adviseren meer flexibilisering naar minimum 4 uur. Het effect van de versoepeling van minimum 7 uur naar minimum 4 uur zal resulteren in een hogere caseload voor het behandelteam en een hogere administratieve belasting. In deze context moet ook aandacht uitgaan naar het vervoer van kinderen. Zeker in bepaalde regio's stellen zich op dat vlak problemen.

Multidisciplinair therapeutisch/diagnostisch aanbod

Vanuit de centrale leefgroep participeren de kinderen en jongeren alleen of met meerderen aan gerichte therapeutische (gestructureerde, systematische, veranderingsgerichte) activiteiten. Om voldoende impact te hebben omvat het aanbod best volgende modaliteiten:

- Evidence based programma's
- Mogelijkheid om individueel en op groepsniveau te werken (educatief)
- Combinatie van talige (individuele gesprekstherapie, cognitieve gedragstherapie, mentalisatietherapie, logopedische therapie...) en non-verbale ingangspoorten (psychomotorische therapie, ergotherapie, muziektherapie, danstherapie, creatieve therapie, EMDR, agressie- en emotieregulatietraining, empathietraining,...). Het evenwicht in dit therapeutisch aanbod binnen een team is afhankelijk van de ontwikkelingsleeftijd waarmee gewerkt wordt en soms ook psychopathologie-specifiek
- Opvolging en verpleegkundige zorg voor de kinderen (somatische problemen met pedopsychiatrische ziekte, voedingsproblemen, enz...);
- Mix van psychotherapeutische kaders

Het is belangrijk dat jongeren participeren aan een brede waaier van therapeutisch aanbod, om zowel te kunnen surfen op talenten en affiniteiten die intrinsiek aanwezig zijn, als om de confrontatie aan te gaan met minder evidente uitdagingen en in beide te kunnen groeien. In een diagnostisch traject is de observatie van de jongeren in deze diverse situaties van belang, naast gerichte psychodiagnostische testing.

Een gediversifieerde groep van therapeutisch geschoolde medewerkers (pedagogen, opvoeders, psychologen, muziek-, creatieve, psychomotorische, logopedische en/of ergotherapeuten, verpleegkundigen) zal samen moeten instaan voor dit aanbod, dat in een juiste balans en afwisseling met ontspanningsmomenten zal aangeboden worden.

Kinderpsychiatrische leiding

De medisch-psychiatrische verantwoordelijkheid ligt bij de kinder- en jeugdpsychiater. Hij/zij zal het team leiden voor het medisch-psychiatrisch beleid, de multidisciplinaire vergaderingen voorzitten, zorg dragen voor het medisch-psychiatrisch dossier en de eindredactie van de verslaggeving. De kinderpsychiater stelt met het team het diagnostisch en/of behandelplan op, in afstemming met de jongere en zijn/haar context, bewaakt de uitvoering en stuurt bij wanneer nodig. Hij/zij is verantwoordelijk voor het eventuele medicatiebeleid. Hij/zij verzorgt ook regelmatige contacten met de jongeren, de ouders, de verwijzer en partners in het zorgnetwerk.

Takenpakket

Aard	Per unit van 8 jongeren	Tijd
Aanmeldingen	Screening, triage, beheer, selectie	1u/w
Teamvergad.	Patiëntbesprekingen	3u/w
	Operationele en interne beleidsvergad.	2u/w
Patiënten	Opnamegesprekken	1u/w
	Individuele gesprekken	3u/w
	Gezinsgesprekken	4u/w
	Groepsgesprekken	1u/w
Verslaggeving	Adviesgesprekken	2u/w
	Opnameverslagen	1u/w
	Ontslagverslagen	1u/w
Beleid	Eindbrieven	3u/w
	Externe vergaderingen	2u/w
TOTAAL		24u
Intakes	(Systeem)diagnostische raadpleging voor opname	2 van 2u/w
Nazorg	Patiënten contacten na ontslag	ongelimiteerd

De financiering van de arts, verbonden aan een k-dagtherapeutische unit, is niet mee opgenomen in de financiering die het ziekenhuis ontvangt voor de exploitatie van de dagplaatsen. De vergoeding voor de medische activiteit ressorteert immers onder de bevoegdheid van het RZIV en de financiering ervan kan niet ten laste van het BFM worden genomen. In bijlage bevindt zich een nota die meer ingaat om het aspect financiering van de medische activiteit. We verwijzen hierbij naar de revalidatieconventies voor kinderen en jongeren met psychische problemen waar de medische activiteit in het revalidatieforfait is opgenomen. Zoals eerder aangegeven vallen deze conventies sedert de 6^{de} staatshervorming onder de bevoegdheid van de gemeenschappen en gewesten.

Gezins- en contextuele therapie

Hoger bespraken we reeds de intensieve contacten en samenwerking met de context van de jongere. De problematiek van kinderen/jongeren is inherent verweven met zijn/haar gezins/leefcontext(en), zowel primair (gedeelde genetische kwetsbaarheden en/of negatieve opvoedingseffecten of gedeelde traumatische levenservaringen) als secundair (impact van ontwikkelingspsychiatrische problemen op de ouder-kind relatie). Met dat gegeven moet dus uiteraard ook aan de slag worden gegaan. Soms moeten meerdere opvoedingscontexten (nieuw samengestelde gezinnen en/of een verblijfcontext (pleeg- of jeugdzorg) apart begeleid worden. Wekelijkse **contextgesprekken** zijn de regel om parallelle en complementaire verander- of aanpassingsprocessen tot stand te brengen. Meer en meer worden ouders ook mee betrokken bij therapeutische sessies en/of de psychotherapie in de leefgroep. Het therapeutisch plan wordt samen met hen opgemaakt en ze hebben er hun eigen doelen in.

Gezien de ernst van de problematiek bij de kinderen in daghospitalisatie zijn er meestal al andere hulpverleners betrokken. Uiteraard worden zij idealiter tijdens de opname verder bij het traject betrokken via persoonlijk **netwerkoverleg** en deelname aan teambesprekingen, zodat de jongere en de context een continue en geïntegreerd traject kunnen lopen.

Er wordt maximaal ingezet op **transfer van informatie** - binnen de netwerkgedachte - op verschillende manieren: face-to-face, outreachend, "samen doen", telefonische beschikbaarheid, netwerktafels, administratieve zorgvuldigheid.

School

Tijdens een daghospitalisatieperiode zou een minimum aan leerbegeleiding moeten mogelijk blijven, zodat zo (een deel van) het leerplan kan verder lopen en de school betrokken kan worden bij de reïntegratie. Een 7-tal uren per week zou er minstens onderwijs moeten kunnen aangeboden worden.

Maatschappelijk werk, onthaal, maatschappelijke reïntegratie

Het exploreren en adviseren van alle aanmeldingen, het voorbereiden van een opname, een eventueel huisbezoek, de school- en andere contacten met verwijzers en andere betrokkenen tijdens de opname, het opvolgen van alle sociale administratie, deelname aan netwerkoverleg voor- tijdens en na een verblijf in het daghospitaal, enz. behoren tot het takenpakket van de maatschappelijk werker. Tijdens de opname wordt de terugkeer naar de eigen/een andere verblijfsomgeving best goed voorbereid en begeleid. Dit kan best op maat en zo flexibel mogelijk verlopen, eventueel progressief, met afwisselend dagen thuis en in het daghospitaal en of via halve therapiedagen in combinatie met halve schooldagen². In elk geval dient de opgedane kennis tijdens de opname goed overgebracht te worden naar de context van de jongere, zodat herval in de oude patronen kan voorkomen worden. Mogelijks is er begeleiding nodig bij de instap in de school, in een nieuwe vrijetijdsbesteding, bij een nieuwe therapeut, een nieuwe verblijfsplaats, enz.

De jongere en de context worden in het ideale geval nog een tijdje door het team van het daghospitaal begeleid tot ze de overgang maakten naar een ambulante therapeutisch aanbod, of tot de thuissituatie stabiel is en met rust en tevredenheid de jongere kan opvoeden.

Samenwerking in het team

Multidisciplinaire samenwerking impliceert samenwerken vanuit een gedeelde behandelvisie, op een geïntegreerde manier, in continue afstemming met mekaar, met het kind en diens context en met verwijzers. Hiervoor is frequent en regelmatig formeel overleg noodzakelijk. Elkeen moet in de behandeling (of observatie) hetzelfde globale doel nastreven vanuit zijn/haar discipline. Pas dan kan de jongere voelen dat de stroom in één richting gaat.... Samenwerking in één behandelplan vergt voldoende overleg en afstemming, zowel om kort op de bal te spelen als om bij regelmaat voldoende intensief te kunnen nadenken.

Verslaggeving en registratie

Voor elke jongere wordt een diagnostisch of behandelplan opgemaakt. Daarin wordt aandacht gegeven aan de sterktes van het kind en het gezin. Daarnaast wordt een omschrijving van de eventuele verklaringen voor de problematiek geschetst, alsook een samenvattende (eventueel hypothetische) diagnostische omschrijving, die zowel elementen van 1) categoriale diagnostiek als

² Halve dagen dagtherapie zijn in de huidige reglementering niet mogelijk. Ook het werken met een progressieve afbouw van het aantal dagen therapie per week is niet evident, gezien de snelle degressie van de toezichtshonoraria.

van 2) betekenisgeving en 3) handelingsgerichte diagnostiek bevat. Hieruit vloeit dan het behandelplan voort, dat in samenspraak met ouders en jongeren wordt opgemaakt en door hen wordt onderschreven. Dit behandelplan wordt continu opgevolgd en aangepast in de tijd. Aan het einde van het verblijf worden de bereikte doelen uitgezet en wordt (met akkoord van de ouders (en van de jongere indien boven 12 jaar) verslag gericht aan de verwijzer en eventuele andere nodige/nuttige geadresseerden.

Een gerichte, "slimme" registratie van gegevens is aangewezen. Deze bevat in het ideale geval een beperkt en haalbaar aantal betrouwbare "routine uitkomstmaten", die in staat stellen om de werking te beschrijven en een beperkte uitkomstanalyse te verrichten. Een goede registratie moet een meerwaarde opleveren voor zowel de zorgaanbieders als voor de beleidsverantwoordelijken op overheidsniveau. De huidige registratie beantwoordt hier niet aan.

Globale aansturing van het team gebeurt door een behandel- of teamcoördinator, die ook de operationele werking en het nabije people-management mee behartigt en die samen met de kinder- en jeugdpsychiater en de gezinstherapeut het behandelkernteam uitmaakt.

Voor een leefgroep van 6 tot maximaal 8 kinderen en jongeren:

- **Groepsbegeleiding:** om continuïteit van 2 personen in te zetten (rekening houdend met wettelijke afwezigheden) is er een personeelskader van 2.45 VTE op jaarbasis nodig.
- **Gezinstherapeut:** ziet alle gezinnen op wekelijks formeel gezinsgesprek³. Om alle gezinnen te bereiken vinden deze gesprekken ook plaats in de avonduren. Tussendoor is hij/zij ook aanspreekbaar voor acute vragen en overleg. De gezinstherapeut bewaakt op het teamoverleg de gezinsgerichtheid van het behandelplan. De gezinstherapeut is vaak ook lid van het kernteam dat de globale therapeutische kaders uitwerkt. Minimum aanwezigheid = 0,7 VTE voor 8 en 0,6 FTE voor 6 kinderen. De gezinstherapeut is best ook nog een aantal uren extra ter beschikking om jongeren en hun context in nazorg te begeleiden om een warme overdracht te realiseren.
- **Therapeuten** (exclusief artsen) zien de jongeren individueel of in groep veelal 2-3 x/week. Zij hebben ook tijd nodig voor voorbereiding en verslaggeving, voor teamoverleg en vorming. Meestal wordt een sleutel van 60/40 gehanteerd: 60% patiëntencontact en 40% andere. In een weekschema van de kinderen/jongeren zitten gemiddeld 3 uren individuele therapie, 10 uren therapie in kleine groep en 4 uren therapie in de hele groep. In totaal is er dus nood aan:
 - **voor 6 kinderen:**
Simulatie: $(6 * 3) + (2 * 10) + 4 = 42$ uren face to face (60%) + 28 uren andere (40%) = 70 therapie-uren/week = 3640 therapie-uren/jaar of 1,75 VTE.
Op jaarbasis is een voltijds therapeut echter netto slechts 1620u inzetbaar. $3640/1620 = 2,2$ VTE.
 - **voor 8 kinderen:**
Simulatie: $(8 * 3) + (2 * 10) + 4 = 48$ uren face to face + 32 uren andere = 80 therapie-uren/week = 4160 therapie-uren/jaar = 2 VTE of $4160/1620 = 2,6$ VTE.

³ Gezien het aantal nieuw-samengestelde gezinnen en/of complexe leefsituaties hoog is in de kinder- en jeugdpsychiatrische populatie, is het aantal contextgesprekken hoger dan het aantal aanwezige kinderen in de leefgroep.

In beide simulaties heeft elk kind/jongere per week 17 therapie-uren (op 35 uur aanwezigheid; exclusief gezinstherapie en onderwijs). De therapieën wisselen af met aanwezigheid en activiteiten in de leefgroep.

- **Maatschappelijk werk:** per leefgroep 0,4 VTE voor 8 plaatsen en 0,3 VTE voor 6 plaatsen.
- **Teamcoördinatie:** per leefgroep 0,4 VTE voor 8 plaatsen en 0,3 voor 6 plaatsen. Deze persoon zou best voltijds aanwezig zijn. De functie wordt dus best gecombineerd over meerdere leefgroepen en/of met een andere functie.
- **Kinder- en jeugdpsychiater:** het aantal uur kinder- en jeugdpsychiatertijd wordt niet in de tabel opgenomen (cf. punt 4.3). De financiering valt onder de bevoegdheid van het RIZIV.

4.2. Verhouding leefgroep van 6 kinderen t.o.v. 8 kinderen

Deze verhouding wordt als volgt bepaald:

Voor kinderen vanaf 6 jaar: 10% voor de leefgroep van 6 kinderen en 90% voor de leefgroep van 8 kinderen. Voor kinderen onder de 6 jaar: $\frac{3}{4}$ voor de leefgroep van 8 kinderen en $\frac{1}{4}$ voor de leefgroep van 6 kinderen. Deze verhouding moet beschouwd worden als een financieringsnorm.

4.3. Overzicht van het aantal VTE voor een leefgroep van 6 kinderen en 8 kinderen

Personeelsoverzicht voor partiële hospitalisatie

	6 plaatsen	8 plaatsen
Leefgroepleiding	2,45	2,45
Therapeuten	2,2	2,6
Gezinstherapeut	0,6	0,7
Maatsch. Werk	0,3	0,4
Teamcoördinatie	0,3	0,4
TOTAAL	5,85	6,55
Norm op 20	19,5	16,4
Norm per jongere	0,98	0,82

Bedenkingen bij deze berekening

- De personeelsinzet geldt voor een bezettingsgraad van 70% op een noemer van 251 dagen (365 minus weekend en feestdagen).
- Er werd in deze simulatie niet voorzien in administratieve, technische of logistieke ondersteuning (B1-financiering).
- De berekening toont aan, dat een leefgroep met 8 jongeren een meer efficiënte personeelsinzet toelaat, maar de praktijk toont aan dat het samenleven van méér dan 6 zeer jonge kinderen met ernstige psychiatrische en ontwikkelingsstoornissen quasi onhaalbaar is.

- In de huidige praktijk ligt de personeelsnorm lager en zien we dat er daarbij vooral ingeboet wordt op de coördinerende en contextgerichte functies. Daardoor wordt de werking vooral “naar binnen” gekeerd en wordt er minder aan integratie, transitie, trajectwerking, enz. gedaan, waardoor de verwezenlijkingen binnen de daghospitalisatie vaak niet generaliseren naar de eigen leefomgeving en/of de volgende stap in het hulpverleningstraject.
- Voor de volledig budgettaire impact verwijzen we naar punt 6 van dit advies.

4.4. Mogelijkheid tot verdere differentiatie in functie van specifieke programma's

Sommige k-hospitalisaties richten zich naar een specifieke populatie die een verhoogde zorgintensiteit vergt. Zo gaven we reeds het voorbeeld van de baby's, peuters en kleuters, waar slechts kleinere groepjes van +/- 6 kinderen tegelijk aanwezig kunnen zijn en die meer verzorging nodig hebben, waardoor de nodige relatieve personeelsnorm hoger ligt. Ook jeugdpsychiatrische dagwerking voor zeer kwetsbare adolescenten met complexe multiproblematiek, die nog meer individuele programma's en 1/1 begeleiding vragen, vergt een meer intensieve personeelsinzet (bv. pilootprojecten 'For K', dubbeldiagnose met verstandelijke beperking, enz.).

Het zou dus moeten mogelijk zijn om voor sommige k-werkingen op basis van complexiteit en differentiatie vanuit de inhoud van het werk, de organisatievorm en/of de maatschappelijk nood een hogere personeelsfinanciering te verantwoorden. Een te zeer doorgedreven differentiatie is financieel moeilijk haalbaar. Zorgaanbieders kunnen zelf kiezen hoe ver ze gaan met interne differentiatie. De extra kosten hiervan moeten binnen het groter geheel van de werking kunnen geabsorbeerd worden. Ook daarom is samenwerking belangrijk.

4.5. Bezettingsgraad

Algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen hebben verschillende financieringsmechanismen.

Voor de psychiatrische ziekenhuizen wordt de huidige bezettingsgraad van 70% behouden voor de financiering van de personeelsomkadering. Dat impliceert dat tot 70% een 100% financiering van de personeelsomkadering wordt gewaarborgd. Bij de vaststelling van het BFM wordt rekening gehouden met de bezettingsgraad van het ganse ziekenhuis.

Voor de algemene ziekenhuizen moeten we rekening houden met de financiering op basis van de verantwoorde activiteit. Voor de psychiatrische bedden zijn de erkende bedden de facto ook verantwoorde bedden.

5. Programmatie

5.1. Verhoogde nood aan k-dag

We verwijzen hiervoor naar punt 2 van dit advies. Door het verhogen van de programmatie voor k-dag kan de huidige druk op de K-diensten worden verlicht.

5.2. Gebrek aan relevante data

Programmatie moet berekend worden uitgaande van prevalentie en incidentie, gemiddelde verblijfsduur en vooropgestelde bezettingsgraad.

Er zijn nagenoeg geen relevante gegevens beschikbaar inzake prevalentie en incidentie voor kinderen en jongeren. We willen dan ook in dit advies aandringen om relevante data te verzamelen en te analyseren met het oog op het in kaart brengen van de noden inzake geestelijke gezondheid. De registratie van deze gegevens kan onder meer verlopen via een aangepaste MPG-registratie, de Nationale Gezondheidsenquête, ... In dit verband verwijzen we naar het advies van de toenmalige NRZV inzake een nieuwe MPG-registratie (ref. FRZV/D/PSY/420-1) d.d. 8 november 2012, dat tot op heden zonder gevolg is gebleven.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) bevestigt dat in België weinig tot geen gegevens beschikbaar zijn over de aard en de ernst van geestelijke gezondheidsproblemen en nog veel minder over de aard en ernst van zorgbehoeften. Het KCE pleit ook voor een betere gegevensverzameling inzake zorgaanbieders, zorginterventies, inhoud en effectiviteit. Gelet op het huidig tekort aan gedegen cijfermateriaal is volgens het KCE de vraag van hoeveel K/k-capaciteit nodig is niet eenduidig te beantwoorden. Wel zijn gemotiveerde beslissingen mogelijk na overleg met de sector, op basis van literatuur, internationale gegevens, ... (cf. presentatie in de werkgroep ad hoc K/k door het KCE op 18 april 2018).

Hierna volgt een aanzet voor de parameters om te komen tot een aangepaste programmatie:

- Prevalentie- en incidentie
- De leeftijdsgroep (bijvoorbeeld de groep van 0 tot en met 17 jaar (momenteel 14 jaar))
- Het gebruik op jaarbasis van een bed of stoel wordt beperkt tot 251/365 dagen.
- Gemiddelde opnameduur
- De verhouding tussen k en K
- De verhouding tussen k-dag en k-nacht
- Sociaal-economische determinanten van het werkingsgebied
- ...

De huidige programmatienorm is als volgt:

k-dag + k-nacht voor algemene en psychiatrische ziekenhuizen: 0,32 per 1.000 kinderen
K voor algemene en psychiatrische ziekenhuizen: 0,32 per 1.000 kinderen

In de schoot van het federaal overlegorgaan voor de doelgroep kinderen en jongeren werd een werkgroep programmatie opgericht. Voor de verdere uitwerking van een nieuwe programmatie wordt verwezen naar deze werkgroep. In afwachting hiervan adviseert de FRZV de huidige programmatienorm toe te passen op de leeftijdscategorie van 0 tot en met 17 jaar. Het is dan ook belangrijk dat verder wordt samengewerkt met deze werkgroep.

6. Budgettaire aspecten

6.1. Er wordt uitgegaan van het principe van een uniforme personeelsomkadering in de AZ en PZ.

6.2. Quotum-regeling

De huidige berekening van het quotum op basis van 251 dagen per jaar (365 verminderd met 104 weekenddagen en 10 betaalde feestdagen) blijft behouden voor de psychiatrische ziekenhuizen.

6.3. Financiële weerslag op het BFM

6.3.1. Weerslag 1^{ste} fase op de onderdelen B1, B2 en B4 van de algemene ziekenhuizen (cf. advies FRZV/D/460- 1 d.d. 28.09.17): 11.756.914,46 € bij ongewijzigde programmatie; 18.494.433,63 € voor een programmatie berekend op basis van de leeftijdscategorie van 0 tot minder dan 18 jaar.

6.3.2. Weerslag 2^{de} fase voor de algemene en psychiatrische ziekenhuizen op de volledige invulling van de programmatie berekend op basis van de leeftijdscategorie van 0 tot minder dan 18 jaar: € 8.865.778,73 €.

Deze weerslag heeft enkel betrekking op de meerkost van de upgrade van de k dagplaatsen (3,4 VTE per 20 plaatsen voor de leefeenheden van 8 plaatsen en 6,5 VTE per 20 plaatsen voor de leefeenheden van 6 plaatsen).

7. Infrastructuur

7.1. Infrastructuur valt sedert de 6^{de} staatshervorming volledig onder de bevoegdheid van de gemeenschappen en gewesten

7.2. Aanbeveling om inplantingsmogelijkheden buiten de ziekenhuiscampus mogelijk te maken.

8. Aanbevelingen

8.1. Financiering medische activiteit

8.1.1. Inhoudelijk en beleidswerk

8.1.2. Herziening degressieve RIZIV-nomenclatuur

8.2. Voldoende middelen voor de ziekenhuisscholen of forfaitaire onderwijsenveloppes voor alle erkende kinderpsychiatrische bedden en plaatsen

Bijlagen:

- Voorstelling van de kernelementen
- Financiering medische activiteit
- Erkende en geprogrammeerde k-dag plaatsen en k-nacht bedden
- Budgettaire weerslag (1^{ste} en 2^{de} fase)

Financiering medische activiteit

De arts genereert inkomsten via:

- honoraria van toezicht
- honoraria voor verslaggeving bij opname en bij ontslag
- honoraria gekoppeld aan de multidisciplinaire teambespreking

De honoraria van toezicht kennen een degressie over het tijdsverloop van een opname. Na 90 dagen zijn ze tot een verwaarloosbare grootte gedaald. We noteren hierbij volgende problemen:

- 1) De intensiteit van medisch-psychiatrische inzet is over de hele periode van opname dezelfde. Bij aanvang is ze sterk diagnostisch en in functie van het opstellen van het behandelplan. Vervolgens wordt ze sterk therapeutisch en ook erg gericht naar de bredere context en naar het einde van opname toe, moeten het ontslag en de eindverslaggeving worden voorbereid alsook de herintegratie in de eigen context.
- 2) De opnameduur overstijgt soms de 90 dagen en vanaf dan werkt de arts omzeggens gratis.
- 3) Indien we jongeren op maat willen laten participeren aan het dagtherapeutisch programma, waarbij ze bv. 2 dagen per week deelnemen en andere dagen blijven schoollopen, dan loopt de degressieteller gewoon met de kalender door vanaf de eerste dag van opname

Bovendien worden een aantal onderdelen, die deel uitmaken van het takenpakket van de arts, momenteel niet vergoed in de geldende financiering:

- 1) de arts die eindverantwoordelijke is voor de medisch-psychiatrische behandeling van elke jongere zal in functie hiervan ook contacten hebben, die momenteel niet vergoed worden via de geldende nomenclatuur:
 - a. contacten hebben met de gezins- en familieleden, die mee deel uitmaken van het therapeutisch proces.
 - b. contacten met andere betrokken hulpverleners om een gezamenlijk therapeutisch traject uit te zetten en op te volgen
- 2) de arts voert ook het algemeen medisch-psychiatrisch beleid in een unit en zal hiertoe zowel een aantal interne als externe beleidsvergaderingen moeten kunnen opvolgen
- 3) de arts wordt ook verantwoordelijk gesteld voor de opvolging van een accrediterings- en kwaliteitsbeleid, inclusief een beleid m.b.t. veiligheid, agressiehantering, afzondering, suïcidaliteit, enz.

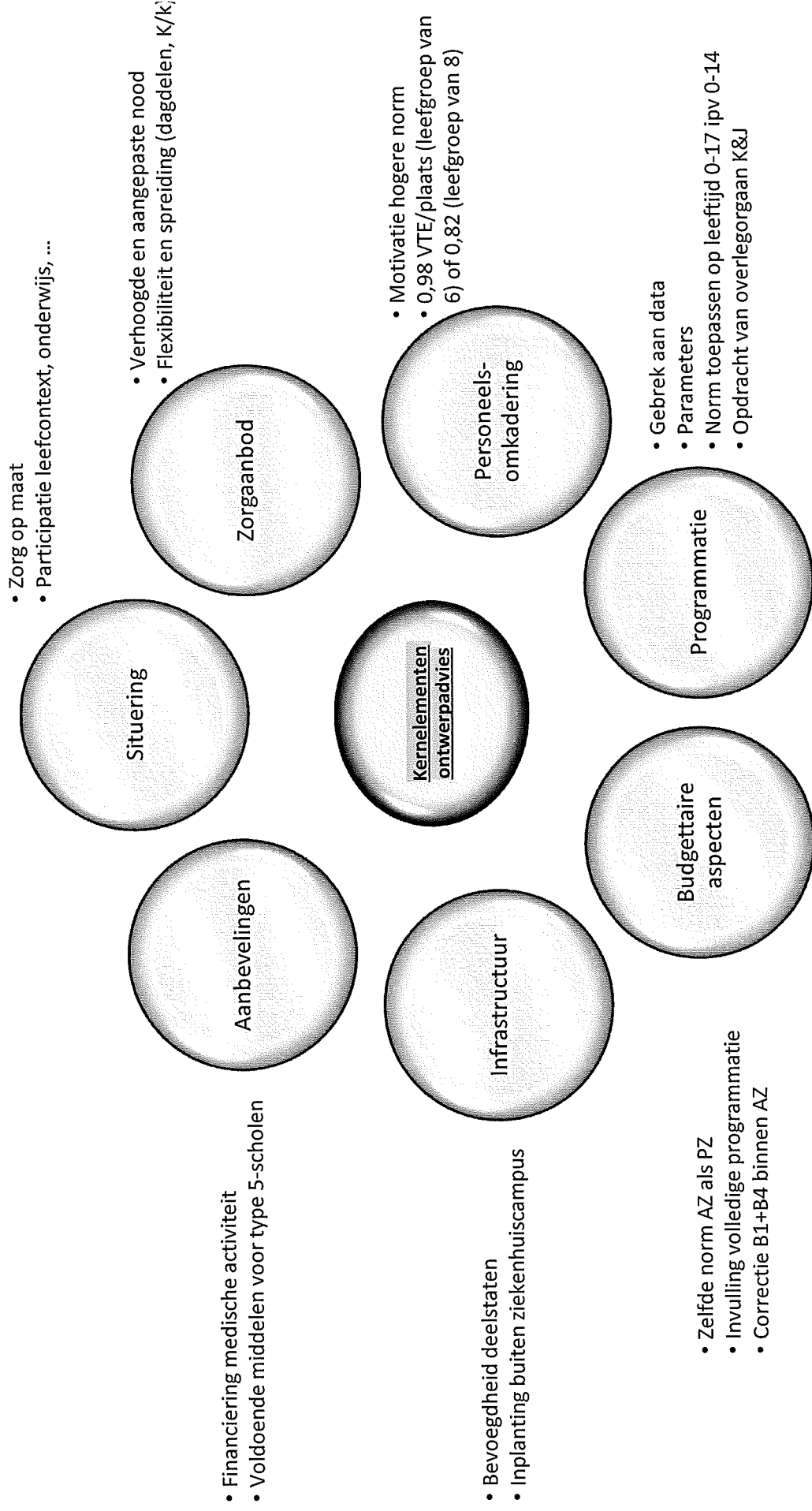
Idealiter zouden dus:

- de contextcontacten tijdens een opname gehonoreerd moeten kunnen worden via nomenclatuur;
- de toezichtshonoraria niet langer degressief mogen verminderen (ook niet na 90 dagen). Minimaal zouden enkel de dagen mogen verrekend worden in de degressieteller waarop

werkelijk een behandeling gebeurt, hetgeen eigenlijk een historisch gemaakte fout zou herstellen;

- de interne en externe beleidsopdrachten een vorm van financiering moeten kennen.

FRZV - Werkgroep k-dag



Simulatie Financiering van de K-dagbedden - Werkgroep "K-bedden" - vervolg vergadering 27 juni 2019

Nuttige gegevens

1) Kdag- en K-nachtbedden erkend op 27/06/2019

Brussels Gewest (waaronder Jette VUB)

	Kdag	Knacht	totaal
Algemene ziekenhuizen	53	0	53
Psychiatrische ziekenhuizen	67	9	76
Totaal	120	9	129

Vlaanderen

	Kdag	Knacht	totaal
Algemene ziekenhuizen ⁽¹⁾	169	8	177
Psychiatrische ziekenhuizen ⁽¹⁾	36	42	78
Totaal	205	50	255

(1) : waarvan 64 nieuwe K-dagbedden erkend sinds juni 2017 op het "quotum" van 141 K-dagbedden door de federale minister "voorbehouden" voor de Vlaamse gemeenschap

Waals Gewest (met inbegrip van de Duitstalige gemeenschap)

	Kdag	Knacht	totaal
Algemene ziekenhuizen	57	0	57
Psychiatrische ziekenhuizen	99	20	119
Totaal	156	20	176

Totaal België

	Kdag	Knacht	totaal
Algemene ziekenhuizen	279	8	287
Psychiatrische ziekenhuizen	202	71	273
Totaal	481	79	560

2) Nationale programmatie op basis van de cijfers van de populatie op 01/01/2019

programmatiecriteria: 0,32 plaatsen partiële K-bedden (K-dag en K-nacht) per 1.000 kinderen van minder dan 15 jaar globaal in de algemene en psychiatrische ziekenhuizen

K-dagbedden en K-nachtbedden geprogrammeerd op basis van de populatie op 1/1/2019: 618,59 (619)

Vergelijking geprogrammeerde bedden versus erkende bedden (K-dagbedden + K-nachtbedden)

	Geprogrammeerd	erkend	verschil
Totaal België ⁽¹⁾	618,59	560	58,59

(1): in het beschikbare saldo van 59 K-dagbedden en K-nachtbedden, is er al een akkoord voor 45 bijkomende K-dagbedden Dus, reëel beschikbare saldo: 14 K-dag/K-nachtbedden (58,59 - 45)

Indien programmatiecriteria: 0,32 plaatsen/partiële K-bedden (Kdag en Knacht) per 1.000 kinderen van minder dan 18 jaar

Vergelijking geprogrammeerde bedden versus erkende bedden (K-dagbedden + K-nachtbedden)

	Geprogrammeerd	erkend	verschil
Totaal België ⁽¹⁾	737,72	560	177,72

(1): in het beschikbare saldo van 178 K-dagbedden en K-nachtbedden, is er al een akkoord voor 45 bijkomende K-dagbedden Dus, reëel beschikbare saldo: 133 K-dag/K-nachtbedden (178 - 45)
(populatie van minder dan 18 jaar op 1/1/2019: 2.305.387 individuen)

Bevolkingsverdeling van minder dan 18 jaar op 1/1/2019 per leeftijd:

(bron: statbel)

Minder de 1 jaar	117.819				
1 jaar	120.194				
2 jaar	123.121				
3 jaar	124.742				
4 jaar	128.198				
5 jaar	128.952	0-5 jaar]	743.026	38,4%	743.026
6 jaar	131.825				
7 jaar	133.201				
					32,2%

8 jaar	135.597		
9 jaar	134.653		
10 jaar	135.222		
11 jaar	132.517		
12 jaar	131.631		
13 jaar	128.552		
14 jaar	126.878	[6-14 jaar]	1.190.076 61,6%
15 jaar	123.832		
16 jaar	123.104		
17 jaar	125.349	[6-17 jaar]	1.562.361 67,8%
Totaal minder dan 18 jaar	2.305.387		2.305.387
Totaal minder 15 jaar	1.933.102		1.933.102

Simulatie Financiering van de K-dagbedden - Werkgroep "K-bedden" - 8 februari 2019

1) Financiering 1^{ste} fase voor de erkende K-dagbedden in de algemene ziekenhuizen

		onderdeel B1	onderdeel B2	onderdeel B4	totaal
aantal erkende bedden beginsituatie:	184	0,00	0,00	3.037.772,00	3.037.772,00
nuttige gegevens voor de berekening van onderdeel B4:					
-) +5 VTE / 20 bedden					
-) kosten per VTE:	69.709,00				
(27.336,75 x 2,5 x 1,02)					
-) bedrag reeds gefinancierd	168.842,00				
(165.531,16 x 1,02)					
(zie advies FRZV 28/9/2017)					
aantal erkende bedden sinds juni 2017	95	1.074.171,95	2.648.931,08	1.655.588,75	5.378.691,78
nuttige gegevens voor de berekening van onderdeel B1 op basis advies FRZV/D/460-3, budget nodig voor 164 bedden	1.818.000,00				
nuttige gegevens voor de berekening van onderdeel B2					
-) 1 punt per bed					
-) waarde van het punt	27.883,49				
(27.336,75 x 1,02)					
nuttige gegevens voor de berekening van onderdeel B4:					
-) +5 VTE / 20 bedden					
-) kosten per VTE:	69.709,00				
(27.336,75 x 2,5 x 1,02)					
aantal bedden die nog erkend moeten worden ten opzichte van de 141 bijkomende K-dagbedden waarvoor reeds een akkoord werd gegeven, er rekening mee houdend dat er 6 K-dagbedden werden erkend in een psychiatrisch ziekenhuis (141 - 90 - 6) = 45	45	508.818,29	1.254.756,83	784.226,25	2.547.801,37
nuttige gegevens voor de berekening van onderdeel B1 op basis advies FRZV/D/460-3, budget nodig voor 164 bedden	1.818.000,00				
nuttige gegevens voor de berekening van onderdeel B2					
-) 1 punt per bed					
-) waarde van het punt	27.883,49				
(27.336,75 x 1,02)					
nuttige gegevens voor de berekening van onderdeel B4:					
-) +5 VTE / 20 bedden					
-) kosten per VTE:	69.709,00				
(27.336,75 x 2,5 x 1,02)					
Saldo nog niet erkende geprogrammeerde bedden als alle niet-geprogrammeerde bedden erkend worden in algemene ziekenhuizen in Kdag	14	158.299,02	390.368,79	243.981,50	792.649,31
nuttige gegevens voor de berekening van onderdeel B1 op basis advies FRZV/D/460-3, budget nodig voor 164 bedden	1.818.000,00				
nuttige gegevens voor de berekening van onderdeel B2					
-) 1 punt per bed					
-) waarde van het punt	27.883,49				
(27.336,75 x 1,02)					
nuttige gegevens voor de berekening van onderdeel B4:					
-) +5 VTE / 20 bedden					
-) kosten per VTE:	69.709,00				
(27.336,75 x 2,5 x 1,02)					
Totaal financiering 1ste fase bij ongewijzigde programmatie		1.741.289,27	4.294.056,69	5.721.568,50	11.756.914,46
In het geval van een eerste uitbreiding van de programmatie:					
Bijkomende geprogrammeerde bedden nog niet erkende als alle niet-geprogrammeerde bedden erkend worden in algemene ziekenhuizen in Kdag	119	1.345.541,71	3.318.134,72	2.073.842,75	6.737.519,17
nuttige gegevens voor de berekening van onderdeel B1 op basis advies FRZV/D/460-3, budget nodig voor 164 bedden	1.818.000,00				
nuttige gegevens voor de berekening van onderdeel B2					
-) 1 punt per bed					
-) waarde van het punt	27.883,49				
(27.336,75 x 1,02)					
nuttige gegevens voor de berekening van onderdeel B4:					
-) +5 VTE / 20 bedden					
-) kosten per VTE:	69.709,00				
(27.336,75 x 2,5 x 1,02)					
Totaal financiering 1ste fase volgens programmatie gebaseerd op de kinderen van - 18 jaar :		3.086.830,98	7.612.191,41	7.795.411,25	18.494.433,63
2) Financiering van de 2de fase voor de K-dagbedden in de algemene ziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen					
Weerhouden principe: verhoging van de omkadering aan verplegend /verzorgend/paramedisch personeel per leefeenheid van 8 plaatsen, van 13 VTE naar 16,4 VTE per 20 bedden, zijnde per leefeenheid de 6 plaatsen, van 13 VTE naar 19,5 VTE per 20 bedden, zijnde					3,4 90% bij de 6 jaar en + en 75% bij de - van 6 jaar 6,5 10% bij de 6 ans en + en 25% bij de - van 6 jaar
nuttige gegevens voor de berekening kosten per VTE	69.709,00				

scenario 1	<u>aantal K-dagbedden erkend op 27/06/2019</u>	481	
	indien leefeenheden van 8 plaatsen =	100%	5.700.104,93
	indien leefeenheden van 6 plaatsen =	100%	10.897.259,43
	indien leefeenheden van 8 plaatsen =	84,2%	4.801.452,22
	indien leefeenheden van 6 plaatsen =	15,8%	1.718.012,53
	Totaal		6.519.464,75
scenario 2	<u>aantal erkende K-dagbedden op 27/06/2019 en reeds voorzien (481 + 45)</u>	526	
	indien leefeenheden van 8 plaatsen =	100%	6.233.378,78
	indien leefeenheden van 6 plaatsen =	100%	11.916.753,55
	indien leefeenheden van 8 plaatsen =	84,2%	5.250.652,53
	indien leefeenheden van 6 plaatsen =	15,8%	1.878.741,35
	Totaal		7.129.393,89
scenario 3	<u>Als het saldo niet-erkende geprogrammeerde bedden erkend wordt onder de index Kdag (481 + 45 + 14) of (619 - 79 Knacht)</u>	540	
	indien leefeenheden van 8 plaatsen =	100%	6.399.286,20
	indien leefeenheden van 6 plaatsen =	100%	12.233.929,50
	indien leefeenheden van 8 plaatsen =	84,2%	5.390.403,74
	indien leefeenheden van 6 plaatsen =	15,8%	1.928.745,88
	Totaal		7.319.149,62
scenario 4	<u>op basis van de programmatie berekend voor de populatie van minder dan 18 jaar (738 - 79 Knacht).</u>	659	
	indien leefeenheden van 8 plaatsen =	100%	7.809.499,27
	indien leefeenheden van 6 plaatsen =	100%	14.929.925,08
	indien leefeenheden van 8 plaatsen =	85,2%	6.650.999,22
	indien leefeenheden van 6 plaatsen =	14,8%	2.214.779,51
	Totaal		8.865.778,73