

Veel gestelde vragen omtrent de minimale kwaliteitseisen

Geachte mevrouw
Geachte heer

In de periode februari - maart 2011 werden er infosessies gehouden rond de minimale kwaliteitseisen waarop alle multidisciplinaire teams werden uitgenodigd. Tijdens deze infosessies werd aan alle teams een infobundel overhandigd met extra verduidelijking en informatie over de minimale kwaliteitseisen.

De infobundel en de slides van de uiteenzetting zijn sinds 10 maart 2011 beschikbaar via de website van het VAPH.

Tijdens de infosessies werden zoals verwacht vragen gesteld omtrent de toepassing en de invulling van de kwaliteitseisen. Ondertussen zijn we reeds een aantal maanden verder en komen er vanuit de praktijk nog heel wat vragen omtrent de toepassing en interpretatie van de kwaliteitseisen.

Wij trachten u in deze lijst een antwoord te bieden op de meest voorkomende vragen en onduidelijkheden.

Het blijft uiteraard belangrijk dat u vragen en problemen signaleert, zodat eventueel naar een passende oplossing kan gezocht worden. De provinciale afdelingen van het VAPH proberen een zo open en laagdrempelig mogelijke communicatie met onze teams op te bouwen. Aarzel dus niet om de PA's telefonisch of per mail uw vragen te stellen.

Meest gestelde vragen en antwoorden

DE WERKING ALS TEAM

Ervaring

Minstens één lid van de teams heeft minstens vier jaar professionele ervaring in het werken met personen met een handicap.

1. Wat in het geval dat men werkt met 2 equipes binnen 1 team, waarvan slechts in één van de equipes iemand zit met 4 jaar ervaring? Is dit voldoende?

Om te voldoen aan de eisen moet binnen elk erkend MDT ten minste één persoon minstens 4 jaar professionele ervaring hebben, ook al is het MDT groot en bestaat het uit meerdere equipes.

2. Minstens één lid van het team moet een minstens vier jaar professionele ervaring in de sector hebben. Kan dit ook de ergotherapeut of hulpmiddelendeskundige zijn?

Ja, dit kan ook.

Recht op inspraak

Minstens één lid van het team moet de aanvrager ontvangen of een huisbezoek brengen. De verslagen kunnen niet opgemaakt worden op basis van een uitsluitend telefonisch contact. Wanneer het gaat om een aanvraag voor een minderjarige, wordt deze ook door het team gezien.

3. Wat is de meerwaarde van een face to face contact bij aanvragen voor kinderen?

Een face to face contact bij kinderen én volwassenen is noodzakelijk om een duidelijk en integraal beeld te krijgen van de persoon met een handicap. Ook gelet op het recht op inspraak is het van belang dat minstens één lid van het MDT face to face contact heeft gehad met de aanvrager, ook al gaat het om een minderjarige.

4. Wat bij aanvragen via de Jeugdrechtbank ?

Uiteraard is face to face contact in deze gevallen niet vanzelfsprekend. In dergelijke dossiers wordt uitdrukkelijk vermeld dat het gaat om problematische gezinssituaties waar tussenkomsten van de jeugdrechtbank of het Comité Bijzondere Jeugdzorg hebben plaatsgevonden. Dit kan verantwoorden waarom er geen direct contact met betrokkene heeft plaatsgevonden. Bij controle door het Agentschap Zorginspectie kan dit argument ingeroepen worden.

5. Wat bij verlengingen? Is het mogelijk dat in kader van een 2^e of volgende aanvraag een dossier wordt opgemaakt zonder de cliënt te zien?

In principe dient de cliënt gezien te worden bij elke aanvraag. Het is zeker niet zo dat deze kwaliteitseis automatisch vervalt bij volgende aanvragen. Het overleg met de cliënt, in zijn eigen thuissituatie of bij het MDT, heeft ook dan zeker zijn meerwaarde voor de opmaak van het dossier. Er kan telefonisch informatie verzameld worden maar het is toch de bedoeling om zoveel mogelijk te streven naar face to face contact, ook bij aanvragen voor verlenging van een opname. Je moet je als team een beeld kunnen vormen over de persoon / een inschatting van de situatie kunnen maken, mede door er in gesprek mee te treden. In sommige omstandigheden kan voor een tweede of volgende vraag van deze eis worden afgeweken. Dit dient dan wel gemotiveerd te worden.

6. Gelet op de aard van de problematiek van de doelgroep van onze werking (spierziekten, ...) en de vaak te verwachten progressieve achteruitgang, zie ik de aanvragers bij een volgende aanvraag niet steeds opnieuw. Vaak is van begin af aan duidelijk welke hulpmiddelen er op termijn nodig zullen zijn, maar laat de aanvaardingsproblematiek het nog niet toe om op dat moment die hulpmiddelen aan te vragen bij het VAPH.

Bij elke nieuwe aanvraag is het van belang de “wijzigingen” aan te geven ten opzichte van het basisdossier. In dit concreet geval (te verwachten progressieve achteruitgang), is het belangrijk om te vermelden dat de aanvaardingsproblematiek het aanvragen van bepaalde hulpmiddelen aanvankelijk in de weg stond.

Voor progressieve aandoeningen kan een evolutieverslag uitkomst bieden. Dit verslag kan een indicatie geven in hoeverre men dient rekening te houden met het evolutieve karakter van de

aandoening bij de aanvraag van bepaalde hulpmiddelen. Voor mensen met een snel degeneratieve aandoening vindt de Provinciale Evaluatiecommissie het meestal aangewezen om de functiebeperking en het interventieniveau al proactief toe te kennen. Een volgende aanvraag hoeft dan niet steeds terug aan de Commissie te worden voorgelegd.

7. Hoe zal het VAPH nagaan of een MDT al dan niet inspraak heeft gegeven aan de persoon met een handicap? Dit is voor het MDT toch moeilijk aantoonbaar?

Een MDT maakt best een document op met een intern beschrijvende procedure waarin staat welke informatie de aanvrager ontvangt tijdens de intake en hoe men zich organiseert opdat het MDT maximaal inspraak en inzage geeft aan de aanvrager. Dit document kan door inspectie worden geraadpleegd. Ook de aanvrager kan door inspectie bevroegd worden.

Doorlooptijden

Vanaf één januari 2011 bedraagt de termijn voor het indienen van een dossier maximum vier maanden. Vanaf één januari 2014 drie maanden of minder.

8. De datum van het indienen van het MDV werd door ons steeds bepaald i.f.v. de 1^e dag van de maand waarin de A001 ingediend werd + maximum 60 dagen. Wordt dit op heden losgelaten?

Neen. Het blijft nog steeds belangrijk om, in functie van de datum tenlasteneming, het MDV ten laatste binnen de maand volgend op de maand waarin de aanvraag gebeurde, in te dienen bij het VAPH.

Met deze termijn, zoals beschreven in bovenstaande MKE, wordt de doorlooptermijn tussen het plaatsvinden van de intake en het indienen van het multidisciplinair verslag bedoeld. Die termijn zegt iets over de werking van het MDT. De term 'doorlooptijden' zoals deze in de minimale kwaliteitseisen wordt gebruikt, heeft enkel betrekking op de doorlooptijden voor de teams.

9. Overmacht kan op 2 verschillende manieren ingeroepen worden: overmacht in het kader van de datum tenlasteneming, dit is in het belang van de persoon met een handicap en overmacht in het kader van de doorlooptijden voor het team. Klopt het dat de doorlooptijd voor ons als team en de termijn voor de bepaling van de datum tenlasteneming verschillend zijn?

Ja, zie vraag 8 voor het verschil tussen beiden. Het verschil wordt ook verder toegelicht aan de hand van onderstaande voorbeelden:

Voorbeeld 1

28 maart : verzendingsdatum van de A001 en datum van het intakegesprek.

- ⇒ Wanneer moet de A002 binnen zijn in het kader van de datum tenlasteneming en in het kader van de doorlooptijd?

In voorbeeld 1 is, volgens het huidige Besluit, de datum tenlasteneming = 1 maart, op voorwaarde dat de A002 ingediend wordt op ten laatste 30 april. Komt het verslag later toe, dan wordt de datum tenlasteneming de eerste dag van de maand voorafgaand aan de maand waarin het verslag op de PA toekomt.

Voor wat betreft de doorlooptijd, zal het MDV in dit geval binnen moeten zijn op uiterlijk 28 juli (d.i. ten laatste 4 maanden later dan de datum van het intakegesprek).

Voorbeeld 2

1 februari : verzendingsdatum van de A001; 28 maart: datum van het intakegesprek.

⇒ Wanneer moet de A002 binnen zijn in het kader van de datum tenlasteneming en in het kader van de doorlooptijd?

In voorbeeld 2 is, volgens het huidige Besluit, de datum tenlasteneming = 1 februari, op voorwaarde dat de A002 wordt ingediend op ten laatste 31 maart. Komt het verslag later toe, dan wordt de datum tenlasteneming de eerste dag van de maand voorafgaand aan de maand waarin het verslag op de PA toekomt.

Voor wat betreft de doorlooptijd, zal het MDV in dit geval binnen moeten zijn op uiterlijk 28 juli (d.i. ten laatste 4 maanden later dan de datum van het intakegesprek).

10. Tot wanneer wordt overmacht van het MDT aanvaard?

Stel dat het A001-formulier door de aanvrager zelf aan het VAPH overgemaakt werd, maar de aanvrager contacteert het MDT pas twee maanden later. Tot op welk tijdstip kunnen wij als MDT overmacht vragen?

Het is in ieders belang om de overmacht zo vlug als mogelijk aan te vragen. Het meest praktische is om overmacht ten laatste aan te vragen bij het indienen van het MDV. In dergelijke gevallen dient men uitdrukkelijk te verwijzen naar de eerste contactdatum met het team.

11. Geldt vakantieperiode medewerkers CLB als overmacht?

Neen.

12. Hoe lang geldt overmacht?

Wanneer het dossier 6 maand na het invoeren van de overmacht nog niet volledig is, wordt een rappel verstuurd. Indien het dossier binnen de 3 maand volgend op het versturen van de rappel niet vervolledigd wordt, wordt het afgesloten of onvolledig aan de PEC voorgelegd.

13. Tot op heden hadden wij de gewoonte om de A001 en A002 samen te versturen. Begrijp ik het goed dat het eigenlijk beter is om eerst de A001 en pas op een 2^e tijdstip het multidisciplinair verslag over te maken?

De datum waarop de A001 ingestuurd wordt, is zeer bepalend voor het bepalen van de datum tenlasteneming. De aanvrager heeft er dus alle belang bij dat dit document snel overgemaakt wordt aan het VAPH.

14. Een vraag i.v.m. doorlooptijden: we moeten vaak lang wachten op een test van CARA. Is dit een geldige reden om overmacht te vragen?

Ja, dit is een geldige reden.

Bewaartermijn/ inzagerecht

De teams bewaren de verslagen die overgemaakt werden aan het agentschap evenals alle documenten die als basis hebben gediend voor het opstellen ervan, gedurende een termijn van vijf jaar, die begint te lopen vanaf de datum van indiening van de verslagen bij het agentschap.

15. Moeten de originele documenten bij het MDT bewaard blijven? Wat als de leerling van school verandert? Dan verhuist zijn volledige dossier mee van het ene CLB naar het andere.

Originele documenten (MDV) moeten bij het MDT die het initieel heeft opgesteld bewaard blijven. In het kader van de werking van de CLB's kan hierop een uitzondering gemaakt worden voor wat betreft de bronnen.

Een kopie van het VAPH-dossier (MDV) kan, mits uitdrukkelijke toestemming van de cliënt, samen met het CLB-dossier en de bronnen overgemaakt worden aan een ander CLB. Het eerste CLB moet er wel goed op toezien dat er een goede bronvermelding is in het origineel VAPH-dossier is. De bronnen moeten immers door inspectie kunnen geraadpleegd worden. Daarom is het ook noodzakelijk dat bij inspectie kan gemeld worden aan welk CLB het dossier werd overgemaakt.

16. Mogen na 5 jaar ook de originele A001/A002 vernietigd worden?

Met deze eis wordt niet het aanvraagdocument (A001) bedoeld. Volgens de geldende reglementering is de A001 het officieel aanvraagdocument dat door de aanvrager of zijn wettelijk vertegenwoordiger ondertekend wordt. Daarom moet de A001 altijd worden bezorgd aan het VAPH. Bovendien moet de A001 langer worden bewaard dan 5 jaar.

Afspraak vanaf 1 januari 2012: voor elke eerste aanvraag tot inschrijving bij het VAPH en bij overgang van minder- naar meerderjarigheid wordt aan het VAPH een ondertekend aanvraagdocument (A001) bezorgd. Bij overgang van minder- naar meerderjarigheid wordt verwacht dat bij een volgende aanvraag de betrokkene de A001 zelf handtekent, tenzij de betrokkene een beschermingsstatuut toegekend kreeg (bv. verlengde minderjarigheid).

Het officieel aanvraagdocument wordt altijd door het VAPH bewaard. Indien een A001 elektronisch wordt bezorgd aan het VAPH, geldt de datum van het elektronisch document als datum tenlasteneming. Aangezien de elektronische A001 momenteel nog niet kan ondertekend worden, blijft het noodzakelijk dat ook een gehandtekte versie aan het VAPH wordt bezorgd.

De overige documenten (MDV + bronnen) worden door het team bewaard gedurende een termijn van vijf jaar na indiening van het verslag bij het VAPH. De teams kiezen zelf op welke manier ze deze documenten bewaren, dit kan elektronisch. Na deze bewaartermijn mogen deze documenten inderdaad vernietigd worden.

17. Heeft het agentschap Zorginspectie inzage in alle verslagen (bv. medische) die als basis hebben gediend voor de opmaak van het MDV?

Het is niet de bedoeling dat het agentschap Zorginspectie deze verslagen inkijkt. Bij inspectie kan wel gevraagd worden om het bestaan van een medisch dossier aan te tonen, zonder er inhoudelijk inzage in te nemen. Inspectie zal controleren of het verslag waarnaar verwezen wordt in het MDV werkelijk aanwezig is, maar buigt zich niet over de inhoudelijke kwaliteit van het verslag.

18. Kan inspectie documenten inspecteren van voor 01/01/2011 ?

Het Ministerieel Besluit is in werking getreden op 01/01/2011. Sinds deze datum zijn alle teams ertoe gehouden de kwaliteitseisen na te leven. Alle documenten uit actieve dossiers sinds die datum kunnen dus gecontroleerd worden.

19. Moet het volledig MDV afgeprint en bijgehouden worden of enkel het laatste blad met de handtekening? Wat bij een elektronische en dus niet gehandtekeningde A001, en wat bij wel gehandtekeningde A001?

In alle gevallen moet het MDV volledig bewaard worden. De manier waarop het bewaard wordt (elektronisch, op papier, ...) kan door het team bepaald worden. Hoewel dit momenteel in de praktijk anders wordt toegepast, moet zowel volgens de geldende regelgeving als binnen de minimale kwaliteitseisen het MDV niet ondertekend worden door de aanvrager.

Afspraak vanaf 1 januari 2012: Het MDV moet niet ondertekend worden door de aanvrager maar bij inspectie moet aangetoond kunnen worden dat het verslag werd opgesteld in overleg met de aanvrager. Agenda's, planning van afspraken, ... alsook de persoon met een handicap zelf kunnen hiervoor geraadpleegd worden.

Het formulier "Toestemming om een verslag zonder handtekening te versturen", waarmee de aanvrager het MDT de toelating geeft om het verslag zonder handtekening aan het VAPH over te maken, zal dus niet langer gebruikt worden.

Het antwoord op een elektronisch ontvangen A001 vindt u bij vraag 16.

20. Dossiers moeten 5 jaar bewaard worden, geldt dit ook voor minderjarigen of moeten ze bewaard worden tot 5 jaar na de meerderjarigheid of tot het overlijden?

De bewaartermijn van 5 jaar geldt voor alle dossiers vanaf het indienen van de verslagen bij het VAPH. Er wordt geen rekening gehouden met het al dan niet meerderjarig zijn van de betrokkene. Het overlijden van betrokkene heeft ook geen invloed op de bewaartermijn van zijn dossier.

21. Alle MDV's worden bij het team 5 jaar bewaard. Oudere MDV's kunnen opgevraagd worden bij het VAPH. Is dit geldig voor alle dossiers, of kan dit enkel met Griffioen verslagen? Hoe dient dit gebeuren?

Alle informatie uit vroegere MDV's kan via het VAPH aan het team bezorgd worden, altijd mits toestemming van de cliënt. Om de toestemming van de cliënt te vragen, kan men gebruik maken van het formulier "Toestemming om een verslag door te sturen" (dit formulier vind je terug op onze website). Dit document mag ook gebruikt worden voor een ouder verslag (geen Griffioen). Momenteel worden oudere verslagen bij het VAPH ingescand, en kunnen ze dus ook perfect elektronisch aan een ander team worden overgemaakt.

22. De procedure rond “therapeutische exceptie” blijft voor ons te onduidelijk: wie is de andere beroepsbeoefenaar? Vertrouwenspersoon?

In het kader van patiëntenrechten, de verhouding tussen dokter en patiënt, hanteert men de begrippen therapeutische exceptie en vertrouwenspersoon. Binnen de MDT-werking zijn deze begrippen echter niet van toepassing.

Bij de opmaak van het verslag is het in vele gevallen zo dat de medische informatie aangeleverd wordt door de persoon met een handicap of zijn behandelend geneesheer.

Het is belangrijk inzage in medische gegevens te verlenen in het bijzijn van een arts, dit is vooral belangrijk indien niet zeker is dat de persoon in kwestie de medische gegevens kent.

Informatieplicht

23. Hoe moeten we als team aantonen dat we de cliënt geïnformeerd hebben ?

Een MDT maakt best een document op met een intern beschrijvende procedure waarin staat welke informatie de aanvrager ontvangt tijdens de intake. Deze interne procedure moet kunnen worden aangetoond. Het is niet zo dat de aanvrager expliciet een formulier moet ondertekenen als ‘bewijs’ dat hij/zij geïnformeerd werd.

Ondertekening

24. Mag een voorlopig bewindvoerder de A001 handtekenen?

Bij voorlopige bewindvoering is de persoon in principe nog handelingsbekwaam, wat betekent dat hij/zij zelf moet handtekenen. Meest aangewezen is eigenlijk om het vonnis te bekijken, want soms worden méér taken dan alleen het financiële toevertrouwd aan de voorlopig bewindvoerder.

Voor wat betreft de handtekening hanteert het VAPH een zekere soepelheid. Als de aanvrager niet meer in staat is om te ondertekenen, dan laten we toe dat de voorlopig bewindvoerder i.p.v. de burgemeester die rol op zich neemt. Deze laatste zal immers minder goed op de hoogte zijn van de situatie dan de bewindvoerder.

25. Moet het adviesrapport door alle disciplines van het team ondertekend worden ?

Reglementair is niets vastgelegd omtrent de ondertekening van een adviesrapport. In principe wordt het adviesrapport bij een gespecialiseerd MDV gevoegd, hetgeen door de 3 disciplines binnen het team ondertekend wordt. Bij een volgende aanvraag volstaat in sommige gevallen een adviesrapport. Voor dergelijke vragen vervangt het adviesrapport het MDV, in die situatie moet het adviesrapport dan ook door de 3 disciplines ondertekend worden.

26. Mag een algemeen volmacht gegeven worden tussen teamleden of moet het volmacht gegeven worden per dossier ?

Er mag geen volmacht gegeven worden tussen teamleden. Het verslag moet ondertekend worden door de 3 disciplines die bij de bespreking aanwezig waren. Dit wijst op de multidisciplinaire samenstelling en het multidisciplinair tot stand komen van het verslag. Het kan niet de bedoeling zijn dat één van de teamleden de verslagen in opdracht tekent; dit is in strijd met de reglementaire bepalingen.

27. Kan de persoon met een handicap een volmacht geven om het verslag zonder zijn handtekening aan het VAPH over te maken ?

Momenteel gebeurt dit in de praktijk. Aan de hand van het formulier “Toestemming om een verslag zonder handtekening te versturen” geeft de persoon met een handicap de toelating om het MDV zonder zijn handtekening te versturen.

Volgens de huidige regelgeving en volgens de minimale kwaliteitseisen moet het MDV niet gehandtekend worden door de persoon met een handicap, dit maakt bijgevolg ook een volmacht overbodig (zie ook vraag 19).

28. Moet ondertekening door de verschillende leden van het MDT zoals aangemeld bij het VAPH? Mag bv. een neuroloog in het ziekenhuis tekenen die de persoon goed kent?

Een neuroloog die de persoon opvolgt, kan een verslag afleveren dat bij de opmaak van het MDV kan gebruikt worden. Dit betekent niet dat hij het MDV mag ondertekenen. De arts van het team die meewerkt bij het opstellen van het verslag (multidisciplinair) behoort het MDV te ondertekenen. Indien de neuroloog als lid van het MDT erkend is, kan hij uiteraard wel ondertekenen.

Het is steeds de bedoeling dat de teamleden die hebben meegewerkt aan het verslag (MDV) het verslag ondertekenen.

Sommige teams sluiten een samenwerkingsovereenkomst af met een arts. Voor het VAPH schept dit geen enkel probleem, de arts moet echter wel bij ons als teamlid gekend zijn.

29. Wat met de handtekening bij dossiers bij interventie Jeugdrechtbank en/of Comité Bijzondere Jeugdzorg ?

Een aanvraagformulier (A001) is pas ontvankelijk wanneer dit ondertekend is door de persoon met een handicap of zijn wettelijk vertegenwoordiger. Deze ondertekening is niet vereist wanneer de aanvraag voortvloeit uit een beslissing van de Jeugdrechtbank of uit een verwijzing door het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg. Een kopie van de plaatsings- of verwijzingsbeslissing moet dan bij de aanvraag gevoegd worden.

30. Als de burgemeester de A001 moet ondertekenen, tekent dan de burgemeester van de stad waar de aanvrager gedomicilieerd is of deze van de stad waar het MDT gevestigd is?

Indien de toestand van de persoon met een handicap hem niet toelaat de aanvraag te ondertekenen of indien de omstandigheden niet toelaten de handtekening van de wettelijk vertegenwoordiger van een persoon met een handicap te bekomen, wordt de aanvraag ondertekend door de burgemeester van de gemeente waar de persoon met een handicap zijn woonplaats of zijn vaste verblijfplaats heeft.

Doorverwijzen

31. Kan een COS beslissen om aanvragen van door hen niet gekende kleuters en/of lagere schoolkinderen niet op te nemen en door te verwijzen naar een CLB in het kader van respectvolle bejegening, geen onderscheid tussen cliënten en eigen basiswerking? (een COS bezit de nodige expertise, maar een CLB beschikt meestal over meer informatie van de kinderen).

Een COS moet die aanvragen niet opnemen indien zij dit motiveert én gericht doorverwijst. Het feit dat een CLB in dit concrete geval een beter geschikte dienst is om de vraag te motiveren (omdat zij over meer info beschikken en de kinderen beter kennen), is een geldige reden om te gaan doorverwijzen.

Opmerking: er is een verschil tussen geen onderscheid maken tussen personen die al dan niet gekend zijn uit de basiswerking bij het behandelen van dossiers (reeds in het proces van opmaken van verslagen) en het recht op doorverwijzen.

32. Wij hebben als MDT geen erkenning voor IMB. Wat indien de aanvrager een vraag zorg én een vraag IMB stelt. Verwijzen we dan best door voor de volledige vraag?

In dergelijke gevallen kan er best doorverwezen worden. Er wordt maar één MDT vergoed, in principe het MDT dat alle nodige erkenningen heeft om de vragen op te nemen. De MDT's kunnen onderling afspraken maken en een soort samenwerkingsverband opmaken waarbij ieder een deel van het verslag opmaakt en de vergoeding intern verdeeld wordt. Het dossier kan echter slechts door één MDT (dit team dat alle nodige erkenningen heeft) bij het VAPH ingediend worden. Dit moeten echter uitzonderingen blijven, het VAPH pleit voor een integrale vraagbehandeling.

HET VERSLAG

Duidelijk en integraal beeld

33. Moeten alle beperkingen weergegeven worden van een persoon in functie van eventuele aanvragen na de leeftijd van 65 jaar?

Het weergeven van alle beperkingen van een persoon is er eerst en vooral noodzakelijk om een duidelijk en integraal beeld te krijgen van de persoon met een handicap. De beoordeling van het dossier gebeurt aan de hand van het verslag, de persoon met een handicap wordt in de meeste gevallen niet gezien door de medewerkers van de PA en de PEC.

Het totaalbeeld van de persoon met een handicap kan een belangrijk argument zijn in de motivatie van hulpmiddelen. Een bijkomende beperking kan het gebruik van een bepaald hulpmiddel in de weg staan, of kan juist een bijkomend argument zijn om voor dit hulpmiddel te kiezen.

Het weergeven van alle beperkingen van de persoon kan inderdaad ook nuttig zijn voor aanvragen na de leeftijd van 65 jaar.

Na de leeftijd van 65 jaar kan een persoon ingeschreven bij het VAPH of één van de rechtsvoorgangers immers een ontvankelijke vraag indienen. Dit betekent niet dat hij na 65 jaar automatisch recht heeft op bijstand. Voor hulpmiddelen en aanpassingen kan men alleen nog een tussenkomst krijgen voor zover die verband houden met beperkingen die vóór de leeftijd van 65 zodanig ernstig waren dat er sprake was van een handicap.

Diagnostiek en bronvermelding

34. Hoe kunnen we als team vast stellen dat het om een kwalitatief degelijke diagnose gaat?

Om na te gaan of het om een kwalitatief degelijke diagnose gaat, kan men zich onderstaande vragen stellen:

- Door wie werd de diagnose gesteld; werd de diagnose door een specialist gesteld?
- Stemt de inhoud van de verslagen overeen met het beeld dat men heeft van de cliënt?

- Kan men oordelen of de persoon beantwoordt aan de diagnostische criteria op basis van de aard en de ernst van de beperkingen van de persoon en de ernst van de functioneringsproblemen, zoals die tot uiting komen in de levensloop (anamnese) van de persoon?

35. Koppeling onderwijs - VAPH: Sommige kinderen kunnen pas in een aangewezen school terecht op voorwaarde dat ze een ticket voor semi-internaat hebben toegekend gekregen. In ons CLB treedt er meer en meer een evolutie op in de richting van handelingsgerichte diagnostiek i.p.v. categoriale diagnostiek. De verschillende DSM IV-categorieën waarop het VAPH zich baseert, dekken niet altijd het volledige beeld van de cliënt. Wij komen dus vaak tot een concrete zorgvraag op basis van de wijze waarop de persoon functioneert binnen het MPI, ook gekoppeld aan de opleidingsvorm die betrokkene volgt. Bv. voor iemand met een IQ van 57 die OV 2 volgt en in een MPI doelgroep matig verstandelijke handicap verblijft, vragen wij doelgroep matig verstandelijke beperking aan. Dit leidt in de praktijk echter vaak tot afkeuringen van zorgvragen door de PEC.

We moeten afstappen van het toekennen van zogenaamde virtuele tickets. We moeten kijken naar wat de effectieve handicap is i.p.v. tickets toe te kennen in functie van een bepaalde setting waar betrokkene moet inpassen. Het aanbod stuurt dikwijls de vraag. Iemand met een licht verstandelijke handicap die functioneert op het niveau van iemand met een matig verstandelijke handicap, blijft in aanleg wel een persoon met een licht verstandelijke handicap die natuurlijk wel o.w.v. bijkomende problemen nood kan hebben aan een hogere zorgvorm. In dit kader is zorggradatie zeker een betere oplossing.

Beide soorten diagnostiek kunnen naast elkaar bestaan, ze sluiten elkaar niet uit. Bij het bepalen van het niveau van cognitief functioneren, baseert het VAPH zich op internationale definities. Het gaat dus zeker niet enkel en alleen over rekening houden met een IQ-cijfer op zich, maar ook andere factoren zoals beperkingen in het functioneren spelen zeker mee in de beoordeling van de graad van verstandelijke handicap. Er blijft ook altijd een zekere bandbreedte.

Data

36. Data aanmelding, opname en intake vallen binnen onze werking als team (revalidatiecentrum) meestal samen.

Het is heel belangrijk om binnen de werking als team de verschillende data te interpreteren zoals die door het VAPH zijn omschreven. Binnen de eigen werking kunnen dezelfde termen gebruikt worden, maar een andere invulling krijgen.

Datum aanmelding = datum van het eerste contact tussen het team en de aanvrager dat specifiek aanleiding geeft tot het indienen van een vraag bij het VAPH.

Datum intake = datum van het eerste gesprek in het kader van het verzamelen van gegevens voor het opmaken van een A002-verslag.

37. Sommige cliënten hebben een vage vraag en evolueren vanaf de intake over het traject heen van een IMB vraag naar bijkomend een nieuwe PAB-vraag. Dit alles wordt uiteindelijk gemotiveerd in eenzelfde Griffioenverslag. De intakedatum is hier niet zo duidelijk te bepalen, aangezien er zogezegd meerdere intakes voor verschillende vragen zijn.

De intakedatum is in dit geval de datum waarop beslist wordt om alle vragen samen klaar te maken voor het VAPH. Het is dus eigenlijk de startdatum van het opmaken van het definitieve verslag.

Uitbetalen van een verslag

38. Soms worden wij geconfronteerd met personen waarvan wij niet op de hoogte zijn of zij reeds gekend zijn bij het VAPH of niet. Dit kan soms leiden tot weigering van betaling van het MDV, omdat er op basis van de reeds eerder ingediende vraag geen nieuw MDV nodig was.
Waar kunnen wij terecht voor info omtrent het al dan niet bestaan van een VAPH-dossier?
Betrokkene weet dit dikwijls zelf niet goed.

Het MDT neemt best contact op met de provinciale afdeling. Men zal u aan het onthaal, indien nodig, gericht doorverbinden met de persoon die kan nagaan of de aanvrager reeds bij het VAPH gekend is. Aansluitend hierbij, willen we ook meegeven dat het belangrijk is om na te gaan of de aanvrager reeds een procedure lopende heeft bij een ander MDT. Het is niet de bedoeling dat verschillende vragen door verschillende MDT's worden ingediend.

39. Worden niet-consensus A002's, waar wij vinden dat er geen sprake is van een handicap (bvb. zwakbegaafde, CVS-patiënten, ...) vergoed?

Het is in eerste instantie de bedoeling om een consensus te bereiken. In die specifieke gevallen waar het team van bij het begin van het traject vaststelt dat er geen sprake is van een persoon met een handicap, moet het MDT de persoon proberen te overtuigen om geen VAPH-dossier in te dienen.

Mocht de aanvrager er dan toch nog op aandringen om verder te gaan met de procedure, dan wordt het verslag uiteraard vergoed. Belangrijk hierbij is dat jullie dit dan ook expliciet aangeven in het verslag. (niet-consensus moet in alle gevallen vermeld worden!)

Een verslag waarin een zorgvraag wordt gesteld die door het VAPH niet kan vergoed worden, zal in eerste instantie teruggekoppeld worden naar het team én uiteraard niet vergoed worden.

Vb. GES als enige doelgroep voor een aanvraag voor volwassenen.

De uitbetaling van het verslag is niet afhankelijk van de beoordeling van de vraag (inschrijfbaar of niet, tussenkomst of niet) maar van de kwaliteit van het verslag en het al dan niet noodzakelijk zijn van een MDV.

Andere (verslag)

40. In verband met het gemotiveerd voorstel van indicatiestelling: het moeten aangeven van alternatieven en de motivering waarom ze niet werden weerhouden, is dat iets nieuws?

Dat is eigenlijk niet nieuw. Vaak kunnen we wel onrechtstreeks uit het dossier afleiden (bv. via hulpverleningsgeschiedenis) wat aan alternatieven geprobeerd werd maar mislukte. Op heden stellen we echter voorop dat er door het MDT duidelijk moet aangegeven worden waarom bepaalde alternatieve zorgverlening ontoereikend zou zijn.

41. Moeten de alternatieven en de motivering waarom ze niet werden weerhouden verwerkt worden in het eindbesluit op synthese 2? Daar is niet zoveel plaats voorzien.

Het aangeven van alternatieven en de motivering voor het niet weerhouden van de alternatieven mag in het eindbesluit opgenomen worden, maar het moet niet. Het mag evenzeer binnen een andere rubriek opgenomen worden. De bedoeling is dat het ergens in het verslag terug te vinden is. Indien

men in bepaalde rubrieken plaats tekort komt, kan men de tekst desnoods ook onder “bronnen” zetten.

IMB

De hulpmiddelenskundige

42. Kan de hulpmiddelenskundige ook een maatschappelijk assistent zijn?

Dit kan indien zij/hij beschikt over de nodige ervaring in het adviseren van hulpmiddelen (bv. door langere tijd werkzaam te zijn in een IMB-MDT als hulpmiddelenadviseur).

43. Wat is de overgangperiode voor het in dienst nemen van een hulpmiddelenskundige?

Er is een overgangperiode van 4 jaar voorzien voor het aanwerven van een ergotherapeut indien die momenteel nog niet aanwezig is in het team.

44. Voor bepaalde dossiers werken teams samen of werken ze samen met vb. Licht en Liefde. Kunnen experts op een flexibele manier toegevoegd worden aan het team als hulpmiddelenskundige?

Een expert erkend door het VAPH moet worden aangevraagd via het KOC. Expertise of kennis van een ander MDT kan steeds ingeschakeld worden. Hierbij kunnen zich een aantal problemen stellen:

1. De betaling van de ingeschakelde expertise:

Vb. Het low vision-centrum maakt een advies op (o.a. reeds in het kader van de opdracht vanuit het RIZIV). Dit advies wordt meegegeven aan betrokkene en het MDT maakt aan de hand van dit advies een adviesrapport op (het MDT krijgt een vergoeding van het VAPH - het low vision-centrum krijgt een vergoeding van het RIZIV).

2. Het voorgestelde advies wordt niet steeds gevolgd, of de betrokkene vraagt andere (misschien meer complexe) hulpmiddelen of het MDT kent de hulpmiddelen niet en motiveert hulpmiddelen die ze wel kennen en/of verkopen.

3. De betrokkene is eerst naar een MDT geweest, kan de geadviseerde hulpmiddelen niet gebruiken en stelt een nieuwe vraag aan het low vision-centrum.

Testen van hulpmiddelen

45. Moet de hulpmiddelenskundige de test begeleiden? Mag ook iemand anders van het team aanwezig zijn? Is de aanwezigheid altijd verplicht?

De persoon die de test begeleidt, moet kennis van hulpmiddelen hebben maar dat kan wel iemand zijn die niet tot het MDT behoort. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de persoon is opgenomen in een MPI. De ergotherapeut of de kinesist van de instelling kunnen de hulpmiddelenskundige van het MDT eventueel vervangen.

De test wordt gedaan vanuit een bepaald doel, een aantal elementen moeten in kaart gebracht worden. Degene die dan de test opvolgt, moet deze elementen in kaart kunnen brengen voor de hulpmiddelenskundige. Dat wil zeggen dat goede communicatie tussen de hulpmiddelenskundige

en degene die de test opvolgt zeer belangrijk is. Het belangrijkste is dat het testen kwalitatief en objectief gebeurt.

46. Wat als de cliënt zelf al het hulpmiddel heeft uitgetest? Volstaat dan een telefonisch contact met de cliënt om zijn ervaringen te overlopen? Moet dit opnieuw getest worden in aanwezigheid van het MDT?

Indien de gebruiker zelf reeds het hulpmiddel heeft getest, moet hij ook zelf de belangrijke elementen in kaart kunnen brengen die nodig zijn om een goed beeld te krijgen van de test. Is dat niet het geval dan is een nieuwe test nodig.

Opgelet: de gebruiker kan dit alleen wanneer hij het hulpmiddel heeft uitgetest vooraleer hij contact opnam met het MDT. Eenmaal men contact heeft opgenomen met het MDT moet de hulpmiddelendeskundige of zijn vervanger (zie vraag 44) dit opvolgen.

47. Mogen firma's de test begeleiden? We zouden eventueel firma's kunnen aanspreken om hulpmiddelen te laten testen; zij hebben immers de nodige know how over de hulpmiddelen.

In veel gevallen zijn het de leveranciers die de hulpmiddelen ter beschikking stellen om het testen mogelijk te maken. Firma's mogen de test dus ook begeleiden, maar er moet naast de firma en de gebruiker ook telkens iemand aanwezig zijn met objectieve kennis over het hulpmiddel (bv. iemand uit het MDT, de hulpmiddelendeskundige, of iemand uit een voorziening).

48. We hebben het gevoel dat we dubbel werk aan het leveren zijn als we én een adviesrapport én een testverslag moeten opmaken. Wat is het verschil tussen beide?

De testverslagen moeten een gedetailleerd beeld geven van belangrijke aspecten bij het gebruik van één bepaald hulpmiddel. Vanuit één of meerdere testverslagen moet dan een besluit worden gemaakt omtrent de gekozen oplossing. Het gedetailleerd beeld per hulpmiddel hoeft niet opnieuw in het adviesrapport aan bod te komen.

In het adviesrapport komt de synthese en de bevindingen als gevolg van het testen van de hulpmiddelen. Hetgeen geleerd wordt uit de testing, moet dan naar het adviesrapport worden vertaald. Het is niet langer voldoende om gewoon in het adviesrapport aan te geven "het hulpmiddel werd getest".

49. Moet een buggy getest worden?

Een buggy is een mobiliteitshulpmiddel en moet net als een rolstoel getest worden.

50. Mag er vanuit de zorgvoorziening waar de aanvrager verblijft een testverslag komen?

Dat mag. Het MDT moet deze testing dan wel in de verslaggeving verwerken. Ook moet er duidelijk worden aangegeven waarom de betrokkene door externen getest werd en niet door het MDT.

Het huisbezoek

51. Indien een huisbezoek werd uitgevoerd door de PA, is het dan mogelijk om het team hier ook van op de hoogte te brengen en feedback te geven (bv. over de reden)?

In het kader van een aanvraag voor woningaanpassingen wordt vaak door de provinciale afdeling een huisbezoek uitgevoerd. Dit is een standaardprocedure. Ook het KOC legt regelmatig huisbezoeken af in functie van de dossiers waarin MDT's hulp vragen bij het adviseringsproces. Het MDT steeds informeren over dit huisbezoek heeft zeker voordelen op het vlak van toekomstige advisering maar is ook een probleem qua tijdsinvestering.

Indien een team informatie omtrent een huisbezoek wenst, kan zij altijd informatie opvragen bij de PA. Wanneer het VAPH na het huisbezoek een andere visie heeft op de persoon of op de gevraagde hulpmiddelen, kan best contact met het team worden opgenomen.

52. Wat moet er in de verslaggeving van een huisbezoek? Moet deze info in het adviesrapport verwerkt worden of wordt hiervan een afzonderlijk verslag verwacht?

Een verslag van het huisbezoek is noodzakelijk. Er werd gekozen voor een afzonderlijk verslag (dat normaal gezien sowieso opgemaakt wordt). Een beknopt adviesrapport is nog nodig, aangezien het voor de administratie duidelijk moet zijn:

- wat de probleemactiviteiten zijn;
- wat de aangevraagde oplossing is;
- wat de niet weerhouden alternatieven zijn.

Wanneer alle elementen uitgewerkt zijn in het verslag van het huisbezoek, volstaat een opsomming.

53. Het opmaken van een verslag van het huisbezoek en het opmaken van een testverslag: is dat geen dubbel werk? Moet dit allebei, bv. bij traplift? Is testing altijd noodzakelijk bij een woningaanpassing?

Dit is geen dubbel werk:

- Een huisbezoek dient om problemen in kaart te brengen en te zoeken naar de meest adequate oplossing.
- Een testverslag, vb. voor een traplift, brengt specifiekere elementen in kaart voor het gebruik van één bepaald hulpmiddel: bv. Kan de gebruiker de transfer maken op de traplift? Durft de gebruiker op de traplift? (zie ook vraag 48)

Een hulpmiddel uittesten helpt vermijden dat het hulpmiddel in de praktijk geen oplossing blijkt te zijn. Er kan niet verwacht worden dat elke woningaanpassing kan uitgetest worden. Hiervoor moet men afgaan op de informatie die het KOC aanreikt voor het adviseren van woningaanpassingen. Er wordt ook een lijst opgesteld met hulpmiddelen waarvoor een testverslag noodzakelijk is. Bij twijfel over de meest aangewezen oplossing in specifieke dossiers kan steeds contact opgenomen worden met het KOC (koc@vaph.be).

54. Bij hernieuwing van een hulpmiddel worden een aantal minimale kwaliteitseisen in vraag gesteld. Gelden opnieuw alle vereisten rond huisbezoek, testen enzovoort?

Bij de hernieuwing van een hulpmiddel moet men antwoorden hebben op aantal vragen:

- Is het huidige hulpmiddel een adequate oplossing?
- Is de situatie van de gebruiker dezelfde gebleven?
- Is er geen wijziging in het hulpmiddel (nieuwer model,...)?
- Zijn er geen nieuwere, betere oplossingen op de markt?

Opmerking: Zelfs kleine wijzigingen van een hulpmiddel ten opzichte van een vorig model kunnen een effect hebben voor de gebruiker. Het is dus voor de meeste hulpmiddelen heel belangrijk om ook bij een hernieuwing een huisbezoek af te leggen of een hulpmiddel te testen.

55. Moet er ook een huisbezoek worden uitgevoerd bij een woningaanpassing wanneer het bv. alleen gaat om een aanpassing badkamer, wat voor de hand liggend is voor een team?

Zelfs dergelijke aanpassingen zijn niet voor de hand liggend zonder huisbezoek! Elke badkamer is anders en ook de problematiek verschilt van persoon tot persoon. Soms komen andere problemen naar boven bij het huisbezoek, vb. de noodzaak van verticaal transport om de badkamer goed te kunnen bereiken. Men moet steeds de totaliteit van de situatie bekijken.

56. Wordt het MDT extra vergoed voor het afleggen van een huisbezoek?

Neen, de vergoeding voor een huisbezoek zit vervat in de vergoeding voor het adviesrapport/Griffoenverslag. Daar werd rekening mee gehouden bij de herziening van de financiering voor de teams.

Andere IMB

57. Klopt het dat iemand die meer dan 3 maanden opgenomen is in een rusthuis of psychiatrisch verzorgingstehuis geen individuele materiële bijstand kan krijgen vanuit het VAPH?

Ja, dat klopt. Dat staat duidelijk gespecificeerd in het IMB-besluit. Zolang betrokkene er verblijft, kan het niet. Na de periode van opname kan het wél.

58. Mag een ZORG-MDT uitzonderlijk toch een attest incontinentiemateriaal opsturen als dit de enige IMB-vraag is?

Dit kan niet. Voor een eerste IMB-vraag moet steeds een MDV opgemaakt worden door een IMB-MDT. In veel gevallen zullen er nog andere vragen volgen, waardoor een MDV toch noodzakelijk is.

KOC

59. In functie van het voldoen aan de MKE inzake het volgen van opleidingen zou het interessant zijn indien het KOC aanwezigheden zou opnemen tijdens de opleidingen en een aanwezigheidsattest zou afleveren zodat teams dit kunnen bijhouden ingeval van Inspectie?

Dit is doorgegeven aan het KOC en gebeurt ondertussen ook al. Ook bij het inrichten van andere opleidingen zal hier rekening mee gehouden worden.

60. Is het mogelijk dat het aantal opleidingen van het KOC uitgebreid wordt? Het huidige aanbod is te klein. Ook is de beperking van deelname van 1 persoon per team soms te weinig voor grote teams.

Dit is doorgegeven aan het KOC en hier zal ook rekening mee gehouden worden. Het KOC herbekijkt momenteel haar opleidingen. Bovendien zal het KOC in haar opleiding ook meer aandacht besteden aan de MKE's.