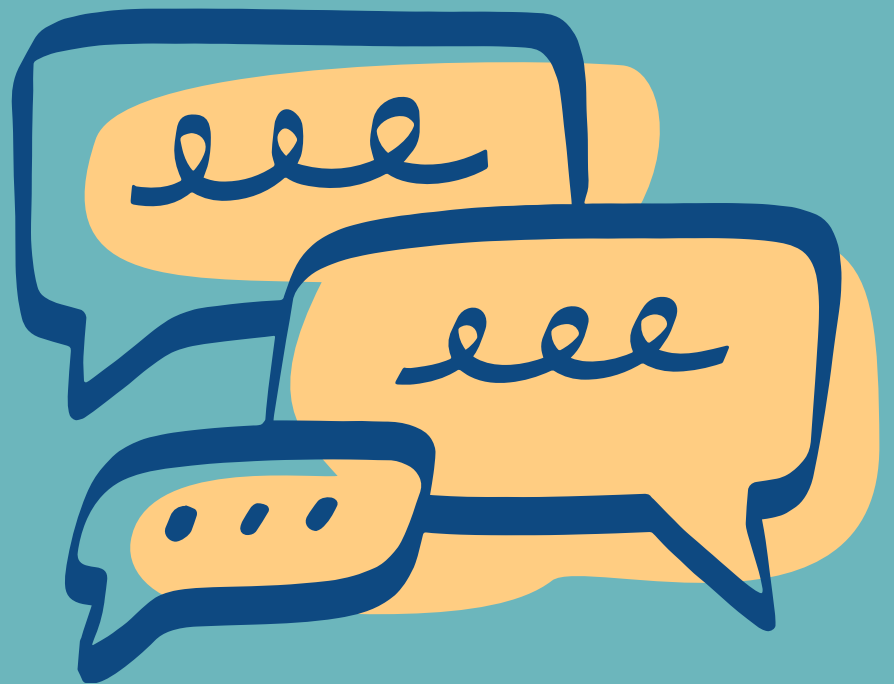




Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

16 oktober 2025

TOUR VAN DE ZORGRADEN



VERSLAG

Departement Zorg, i.s.m.

ELZ Westkust&Polder | ELZ Houtland en Polder | ELZ Middenkust

Beste deelnemer,

Op donderdag 16 oktober 2025 streek het Departement Zorg met zijn Tour van de Zorgraden neer in Gistel. Samen gingen we in gesprek over de toekomst van **geïntegreerde zorg en ondersteuning (GIZO)**.

We willen iedereen **hartelijk bedanken voor de aanwezigheid, betrokkenheid en waardevolle bijdragen**. Dankzij jullie inbreng werd het een rijk uitwisselingsmoment waarin ideeën, ervaringen en inzichten gedeeld werden over hoe we samen kunnen werken aan toegankelijke, geïntegreerde zorg in de eerste lijn.

In deze bundel vind je een samenvatting van de **belangrijkste inzichten en reflecties** die tijdens de gesprekken naar voren kwamen. Dit verslag wil niet enkel terugblikken, maar ook **aanzetten tot verdere dialoog en actie**.

 *Heb je na het lezen nog vragen, wil je iets verder toelichten of een bepaald thema graag verder opnemen?*

Neem dan gerust contact op jouw Eerstelijnszone:

Eerstelijnszone Houtland en Polder	Kaatje Loeys – coördinator 0488 87 94 85 kaatje@elzhoutlandenpolder.be
Eerstelijnszone Westkust & Polder	Birgit Hendriks – coördinator 0468 14 98 05 birgit.hendriks@eerstelijnszonewestkustpolder.be
Eerstelijnszone Middenkust	Sylvie Prévot – coördinator 0493 43 97 99 sylvie.prevot@eerstelijnszonemiddenkust.be

Dit verslag werd ook bezorgd aan het Departement Zorg, zodat de waardevolle input uit onze regio wordt meegenomen in het verdere traject.

namens de drie zorgraden van onze regio,

ELZ Houtland en Polder | ELZ Westkust & Polder | ELZ Middenkust

Tour van de Zorgraden Gesprekstafel 1: ‘Rollen en opdrachten’	
Moderator:	Karen Fredrix, Departement Zorg
Gesprekspartners:	▪ Christian Devlies – Directeur Eerstelijnszorg, Thuiszorg Familiezorg ▪ Vanessa Berteloot – Casemanager, MS Vlaanderen ▪ Tine Wouters – Lokaal Bestuur De Panne, Schepen ▪ Tine Verfaillie – Gezondheidsmakers vzw ▪ Luc De Jonghe – Voorzitter ELZ Houtland & Polder, Woonzorgnetwerk Spirit ▪ Lore Dezutter – Lokaal Bestuur Koksijde, Schepen ▪ Jolien Vuerstaek – Wijkgezondheidscentrum Oostende ▪ Isabelle Demyttenaere – LDC De Zonnewijzer ▪ Tom Denduyver – Lokaal Bestuur Middelkerke ▪ Christine Logghe – Lokaal Bestuur Kortemark, Schepen ▪ Alison Helsmoortel – Huisarts ▪ Carine Danneels – CAW Noord West-Vlaanderen
Verslag:	Sylvie Prévot, ELZ Middenkust

Context: waarom deze gesprekstafel?

Duiding vanuit het Departement.

De gesprekstafel vertrok vanuit een duidelijke visieshift: **doelgericht werken** in de eerste lijn betekent vandaag iets fundamenteel anders dan tien jaar geleden. De klassieke aanpak, waarin elke organisatie haar stukje van de puzzel verzorgt, volstaat niet meer. Problemen overstijgen sectoren, domeinen en beleidsniveaus.

Deelnemers wezen erop dat dit denken niet nieuw is. Al in 2009 werd met Zorg-Esperanto hier de aanzet in gegeven.

Hulpvragen worden complexer en meervoudig, en kunnen niet meer binnen de grenzen van één organisatie worden opgelost. Dat vraagt **samenwerking over sectoren en disciplines heen**.

Professionals gaven aan dat er te vaak nog te snel wordt gehandeld terwijl onder die eerste hulpvraag meestal een dieper, complexer verhaal schuilgaat. De uitdaging is om eerst te **vertragen en te ontrafelen**: wat zijn de noden van de persoon, en hoe vertalen we die naar **duidelijke, gedeelde doelstellingen**?

Daarbij is het cruciaal om **rond te kijken en een team te vormen**, niet alleen binnen de eigen organisatie maar ook daarbuiten. Een echt **zorgteam** ontstaat pas **wanneer verschillende partners zich verbinden rond één persoon**, elk vanuit hun eigen rol en expertise.

 “We moeten leren denken in *interdisciplinaire teamlogica*.
Zorg is niet iets wat je alleen doet – we zijn allemaal compagnons on route.”

In die **interdisciplinaire samenwerking** staat de **persoon met zorg- en ondersteuningsnoden (PZON)** centraal. De focus verschuift van de hulpvraag naar de **levensdoelen van de persoon**: Wat is voor hem of haar belangrijk? Hoe kan zorg en welzijn daarop aansluiten?

Vanuit die levensdoelen ontstaan vervolgens concrete zorg- en ondersteuningsdoelen, die het vertrekpunt vormen voor samenwerking.

De centrale vraag luidt dan ook: **Hoe kunnen we vanuit die teamlogica doelgericht werken rond de levensdoelen van de persoon met zorg- en ondersteuningsnoden (PZON)?**

Van individuele zorg naar gedeelde verantwoordelijkheid

Tijdens het gesprek kwam sterk naar voren dat doelgerichte zorg niet het werk is van één professional, maar van een **team dat over de grenzen van organisaties en sectoren heen samenwerkt**.

Zorgcoördinatie werd daarbij benoemd als een sleutelrol: iemand die het overzicht bewaart, afstemt tussen betrokkenen en zorgt dat het zorgplan blijft aansluiten bij de **levensdoelen** van de persoon met zorg- en ondersteuningsnoden (PZON).

Toch blijkt het opnemen van die rol vandaag allesbehalve evident. Deelnemers gaven aan dat er **veel frustratie** heerst omdat de overheid onvoldoende zicht heeft op wat er in de praktijk al gebeurt. Professionals voelen zich **onvoldoende erkend als zorgcoördinatoren**. Ze nemen verantwoordelijkheid op, maar missen duidelijke kaders, tijd en de juiste tools om dit duurzaam te kunnen doen.

Daarbovenop botsen professionals op **digitale en administratieve hindernissen**.

De GDPR-regelgeving belemmert het efficiënt delen van gegevens, waardoor teams vaak dubbel werk moeten doen.

De groep pleitte ervoor om **meer verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf te leggen**: laat mensen zélf beslissen wie toegang krijgt tot hun dossier. Dat versterkt hun rol als partner in de zorg, en maakt samenwerking tussen professionals veel eenvoudiger.

“Laat de patiënt zelf de poorten openzetten; dat is het enige wat hij of zij écht kan doen.”

Het gesprek maakte duidelijk dat samenwerking niet alleen een kwestie is van structuur, maar ook van **vertrouwen en verbinding**. Die menselijke basis is er in veel eerstelijnszones al, maar wordt vandaag niet voldoende ondersteund door het systeem errond.

Samenwerking vraagt daarnaast ook **vertrouwen, verbinding en wederzijds begrip**. In veel eerstelijnszones is de menselijke verbinding er al, maar het systeem errond hinkt achterop. De roep om **duidelijke kaders, digitale tools en structurele erkenning** klinkt dan ook luid.

Realiteit in het veld – grenzen, hyperspecialisatie en veerkracht

Professionals signaleren dat ze voortdurend balanceren tussen betrokkenheid en overbelasting.

Zorgverleners geven aan dat de **complexiteit van dossiers** blijft toenemen, terwijl de beschikbare tijd afneemt. Registratie en rapportage sloppen veel energie op, waardoor de essentie van hun opdracht onder druk komt te staan.

💬 “We moeten zorgen voor de zorgverlener, anders gaan we ze verliezen.”

Deze zorg sluit aan bij het principe van de **Quintuple Aim**, dat benadrukt dat de gezondheid en tevredenheid van de zorgverlener een essentieel onderdeel zijn van kwaliteitsvolle zorg. Wanneer hulpverleners overvraagd raken, lijdt niet alleen hun eigen welzijn, maar ook de continuïteit en kwaliteit van de zorg voor de patiënt.

Daarnaast kwam de vraag naar voren **hoe ver de verantwoordelijkheid van een professional kan en mag reiken**. Niet elke situatie vraagt een formele zorgcoördinator, maar wél duidelijkheid over wie wat opneemt. Die rolverdeling moet haalbaar en realistisch blijven.

💬 “Met het rondbellen naar geschikte partners ben je zoveel tijd kwijt – uiteindelijk doe je het beter zelf.”

Veel zorgverleners verliezen vandaag kostbare tijd met het **rondbellen naar geschikte partners** of het zoeken naar gepaste ondersteuning. Wachtlijsten, versnipperde diensten en onduidelijke verantwoordelijkheden leiden ertoe dat professionals vaak zelf maar “doen wat moet”, zelfs wanneer het buiten hun eigen opdracht valt.

Er is nood aan een **ondersteunend platform** dat samenwerking vergemakkelijkt en de juiste linken helpt leggen, zodat individuele professionals niet telkens het wiel opnieuw moeten uitvinden.

Ook het fenomeen van **hyperspecialisatie** kwam ter sprake: voor elk probleem lijkt er een aparte expert te bestaan, maar daardoor raakt het geheel vaak uit beeld. Deelnemers pleitten voor **krachtgericht en netwerkgericht werken** – vertrekken vanuit wat mensen en hun omgeving wél kunnen, en afhankelijkheid van professionals vermijden.

Daarnaast werd gepleit voor een **preventieve bril** op elk dossier. Preventie hoort niet enkel bij de publieke gezondheidszorg, maar binnen elk zorgteam: hoe voorkomen we dat problemen groter worden, en wie neemt daarin het voortouw?

Tot slot werd benadrukt dat al deze inspanningen alleen kunnen slagen binnen het bredere kader van **geïntegreerde zorg** – een aanpak waarin disciplines en sectoren samenwerken rond de persoon, met aandacht voor continuïteit, welzijn van zorgverleners en wederzijds vertrouwen. Zorgcoördinatie en samenwerking zijn niet enkel functionele taken, maar relationele processen die tijd, verbinding en menselijkheid vergen.

Signalen richting beleid en slotreflectie

Wat uit deze gesprekstafel naar voren kwam, is niet enkel een reeks knelpunten, maar vooral een sterk verhaal van **betrokkenheid, expertise en volgehouden engagement**.

Overall staan professionals en vrijwilligers die, vaak met beperkte middelen, samenwerken over de grenzen van hun organisatie heen.

De gesprekken maakten duidelijk dat **doelgerichte en geïntegreerde zorg** vandaag al leeft in de praktijk, maar dat de **randvoorwaarden** ontbreken om het duurzaam te verankeren. De mensen zijn er, de kennis is er, de wil is er — maar het systeem maakt het hen moeilijk om alles samen te brengen.

💬 *“Er is zoveel goede wil op het terrein, maar de puzzel raakt niet gelegd omdat de stukken nog niet passen.”*

Tegelijk werd gewaarschuwd voor **versnippering en overcompensatie** in het zorglandschap. Elke organisatie heeft haar bestaansrecht, maar het groeiende aantal initiatieven en structuren zorgt soms voor **overlap en concurrentie om middelen**, waardoor de aandacht verschuift van de *kern van ondersteuning* naar het *overleven als organisatie*.

Beleid moet daarom niet alleen nieuwe initiatieven ondersteunen, maar ook **verbinden, vereenvoudigen en richting geven**, zodat middelen en energie maximaal terechtkomen waar ze het verschil maken: bij de cliënt, het team en de samenwerking tussen mensen.

De algemene tenor van het gesprek blijft positief-realistisch. Er is hoop, omdat er zoveel bereidheid is om samen te werken. Maar samenwerking kan pas echt renderen als het beleid de **puzzel helpt leggen in plaats van hem telkens opnieuw te tekenen**.

De **slotboodschap** aan het beleid is helder:

- ⇒ **Erken het engagement dat er al is.**
- ⇒ **Verminder versnippering en stimuleer samenwerking op kernopdrachten.**
- ⇒ **Zorg voor de juiste randvoorwaarden – ecosysteem, data, opleiding en vertrouwen – zodat mensen kunnen doen waar ze goed in zijn.**

Tour van de Zorgraden Gesprekstafel 2: 'Ecosysteem'

Moderator:	Thomas Boeckx, Departement Zorg
Verlag:	Kaatje Loeys, ELZ Houtland en Polder

Op welke manier kunnen zorgraden ervoor zorgen dat de kennis en ervaring van zorgteams bewaard blijft en gedeeld wordt?

Wat doen individuen, en wat kunnen ze doen in de toekomst?

- **Tijd en ruimte** krijgen/nemen om een gezamenlijke aanpak te ontwikkelen voor complexe situaties.
- **Persoonlijk engagement** tav de kwetsbare doelgroep blijft belangrijk, dit leer je niet op school. Hart voor de zorg.
- We moeten **zorgen voor onze sector**, niet evident om de schrijnende situaties te zien en deze niet te kunnen oplossen door allerhande redenen.
- Het belang van een **correcte kwalitatieve Sociale Kaart** is groot. Het belang is niet voor iedereen duidelijk!
- **Buiten de lijntjes durven kleuren**, dit doen we te weinig uit angst voor mogelijke gevolgen/procedures → pleidooi voor regelluwte maar ook voor persoonlijke flexibiliteit/engagement.
- Inzien van **de waarde van het netwerk** van de ELZ. We staan er niet alleen voor.
- Netwerk opbouwen = winst, nog niet voor iedereen duidelijk. Kennis SoKa!

Wat doen organisaties, netwerken en beroepsverenigingen/kringen, lokale besturen... en wat kunnen ze doen in de toekomst?

Lokaal bestuur:

- **Inzet op senioren:** aanbod lokaal bestuur groter dan voor andere doelgroepen (toeleiding Lokaal Dienstencentrum, WZC, ...) Contact op kantelmomenten → noden detectie! Bij verlies partner gesprek met sociale dienst.
- **Inzet op jeugd:** vroegdetectie is nodig maar is niet evident voor een LB. brugfiguren zorg en welzijn grote meerwaarde maar duur! Casus: schrijnende situaties bij sociale dienst: inzet politie bij crisis → kinderen gaan naar ZKH en worden uit huis geplaatst. Sociale dienst kan het moeilijk loslaten.
- GBO-evaluatie? Is toch vrij kunstmatig.
- Voordeel OCMW: Geen wachtlijsten/deuren altijd open: Toegankelijk!
- Casus JULES: 4 jaar – geschorst op 2^{de} school → 9 weken ingeschreven op kinderopvang: wat moeten ze ermee doen? Opvang en begeleiding van kinderen: iedereen passeert op school/KO → ligt de uitdaging niet om de mensen waar ze passeren te versterken (vb. KO en scholen)? → Preventie!

DOP WVL: Werkt aan **vraagverheldering** en verbindt mensen → **teams vormen** (CAW, 0^{de} lijn (llk, buurvrouw),...)

- Digitaal plan waar huisarts toegang tot krijgt, maar gezien ze maandelijks samenkomen tot plan geïmplementeerd is, is nauwe betrokkenheid moeilijk.
- Hoe huisarts meer betrekken? Gebrek aan tijd en middelen?
- **Aanmelding DOP bij crisis, maar ook hier wachtlijsten.**
- Casemanagement: hebben heel veel data en personen die meermaals in opname komen.

CAW: Trajectondersteuning voor de meest kwetsbaren (zie project Oostende): ondersteuner is compagnon de route, geen hulpverlener.

- Medische luik kwam moeilijk in beeld → Samenwerking straatverpleegkundigen en dokters van de wereld.
- Straatverpleegkundigen worden extra gefinancierd door de stad. → **tijd en ruimte gekregen!**
- 'Dokters van de wereld' komen speciaal tot in Oostende → **tijd en ruimte MAAR je kiest er ook voor 'sociale betrokkenheid'.**
- OverKop-Werking: op kantelmomenten zijn jongeren heel kwetsbaar.

CM: inherent aan basiswerker DMW om te kijken welke partners rond de tafel gezet kunnen worden. Er is heel veel informeel overleg, nu minder MO's → **gebeurt wel in crisis, zou eigenlijk iets vroeger moeten gebeuren.**

Er zijn een aantal verplichte proactieve acties en een aantal extra opdrachten die we kunnen opnemen (keuzes)

- **vroegtijdig oppikken en automatische rechtentoekenning.**
- Maatschappelijk werkers benaderen 5 doelgroepen → ze vormen zorgteams en betrekken waar nodig organisaties en personen die in die situaties nodig zijn. → SoKa!

Contextbegeleiding: Wij kunnen niet voldoende preventief aan de slag, hier wordt niet voldoende tijd en middelen voor voorzien. Altijd vanuit crisis of een ondersteuningsvraag.

Integrale jeugdhulp? Onduidelijk wat de overheid geleerd heeft van de leercurve. Bij zorgcoördinatie mogen we niet dezelfde fouten maken.

Huisartsen(kring):

- Symptomen oppikken maar te veel voor de artsen om door te sturen naar zorg/welzijn → te veel om te weten, naast het medische.
- Hoe aanmelden verschilt per organisatie.--> **Zipster** wordt genoemd als goede praktijk. We hebben te weinig tijd gekregen om het grondig uit te testen → veel potentieel maar niet lang genoeg kunnen vasthouden. Data gekoppeld aan SoKa.
- GGZ sector blijft complex

Wat kunnen de zorgraden (nog meer) ondernemen?

- **Landschap/hulpaanbod in kaart brengen/ruimte voor verbinding/netwerking → clusteroverstijgend.**
- Inzetten op **sleutelfiguren die verbindend werken** over de structuren heen: continuïteit voorzien.

- Werken aan **vroegdetectie**, aandacht voor **niet-pluis-situaties** → de zorgraad mikt op heel wat doelgroepen, maar inzet op **kinderen en ondersteuning** is cruciaal: goed starten = meer kansen.
- **Projectwerking**: spring niet op elke oproep of project. Versterk de projecten die werken en stop de rest.
- Het volledige continuüm: van **preventie tot crisis!** (nu vaak begeleiding en behandeling): onze poolster.
- **Huisartsentekort** vs overconsumptie van de huisartsen: sensibiliseren
www.Moetiknaardedokter.be

Wat wordt verwacht van de overheid?

- Prioriteiten bepalen!
- **Stoppen wat niet werkt, bestendigen wat werkt: er is weinig die echt eindigt! Het evolueert maar vertroebelt.** Vb. de verpleegkundige ladder.
- **Continuiteit installeren zodat we initiatieven verduurzamen**
- Landschap in kaart brengen (soka, zipster), gekoppeld aan casemanagement functie
- **Luisteren naar de basis: andere doelgroepen zijn niet in beeld! Wie bepaalt de prioriteiten?**
- **Brugfiguren werken! Ook tussen administraties is overleg belangrijk.**
Interministerieel overleg
- **Geen pzon maar burger/mens:** iedereen is op een bepaald moment kwetsbaar.
- **Preventie:** Er was beloofd om het veld te versterken → nog nooit zo'n crisis als nu! De beloofde trajectbegeleider is er nooit gekomen. Zal het nu wel lukken met een zorgcoördinator? → dit is NIET de doorsnee hulpverlener
- **Gebruik de data** die voorhanden is (mutualiteiten beschikken over een schat aan informatie om doelgroepspecifiek te werken). Meer proactiviteit is noodzakelijk.
- **Bewustmaking rond SoKa** op Vlaams Niveau!
- Is Alivia ook voor jeugdhulp? Aandacht voor volledige integratie, anders blijft het moeilijk op transitieleeftijd en kantelpunten.
- Maatschappij is probleemgericht/curatief, niet preventief/proactief: mindshift nodig, want we lopen achter de feiten, waardoor je geen tijd meer hebt om alles vlot verwerkt/opgelost te krijgen. Wanneer begint het 'zorgen voor'?

Tour van de Zorgraden

Gesprekstafel 3: 'Opleiding en begeleiding'

Moderator:	Rudi Overloop, Departement Zorg
Verslag:	Oona De Temmerman, ELZ Westkust&Polder

Ken je goede voorbeelden van opleidingen waar samenwerking tussen verschillende disciplines centraal staat?

Hoe is dit aangepakt? Wat was waardevol voor jou?

- **Intervisiemoment doelgerichte zorg** met verschillende spelers uit het veld (lees: verschillende sectoren). Het is een meerwaarde dat eerstelijnszones dit faciliteren gezien zij overzicht hebben en verschillende diensten/sectoren kunnen samenbrengen. Opleiding duurde 3 uur.
- Intermutualistische opleiding doelgerichte zorg (2 keer 2 uur opleiding – eerst theoretisch, dan praktijkgericht).
- Verpleegkundigen, verzorgenden en poetshulpen zitten vaak samen om van elkaar te leren en zo elkaar te versterken. Vaak case-gericht en situatiegericht. Is erg leerrijk.
- Veel bestaande huisartsenkringen en overleggen tussen huisartsen, bestaande overleggen binnen gezinszorg, ... → Gevoel dat er veel overleggen bestaan, maar dat mensen nog te vaak in eigen sector/binnen eigen dienst blijven overleggen. **Moeten nog meer over de grenzen van sectoren heen gaan uitwisselen.**
- **Opleiding doelgerichte zorg vanuit Vivel**, georganiseerd door een Eerstelijnszone, was een succeservaring. Aanvulling: opleiding moet in goeie aarde vallen. Je moet groep hebben die ermee wil aan de slag gaan, die overtuigd is van de aanpak.
 - ➔ Velen denken nog steeds dat doelgerichte zorg een nieuwe uitvinding is. In andere sectoren worden daarnaast ook nog eens andere termen gebruikt (Vb: vraaggericht werken in jeugdhulp). Verschillende termen en veranderende termen maken het verwarrend en complex, waardoor mensen het wat 'opgeven'.
 - ➔ Opletten dat doelgerichte zorg geen containerbegrip zal worden
- **Praktijkvoorbeeld beslisboom bij verontrusting bij minderjarigen** (project veilige havens in ELZ Westhoek en Westkust&Polder): Vanuit verschillende sectoren en invalshoeken werd gewerkt aan een beslisboom bij verontrusting bij minderjarigen. Mensen kwamen samen, leerden elkaar kennen, wisselden informatie uit en werkten concreet toe naar een eindproduct. Meerwaarde: Vanuit verschillende invalshoeken inbreng gedaan om tot iets te komen. Mensen gaan ook weer weg met inzichten uit andere 'kaders' → WIN – WIN. Er is daarnaast ook een 'eindproduct' waar ze samen aan gewerkt hebben.

- Persoonlijke ervaring werd gedeeld in de groep: recente ervaring van minder goeie samenwerking tussen verpleegster en specialist → geeft geen fijn gevoel als er geen afstemming is tussen personeelsleden/binnen dienst → geeft geen zo'n fijn gevoel aan zorgvrager/mantelzorger. Belang van dezelfde taal en dezelfde visie werd naar voor geschoven. → Een **zorgmanager/casemanager** kan hierin belangrijk rol spelen. Complexe zorg moet gefaciliteerd worden.
- **Intervisies/netwerktafels** worden als positief ervaren: elkaar leren kennen, samen nadenken/zoeken en op elkaar aanhaken zijn belangrijk. Zouden dit meer moeten kunnen doen, maar ook hier speelt personeelstekort en beperkte tijd/middelen vaak mee bij de eerstelijnspartners.

Waar moet nog meer op ingezet worden?

- Blijven investeren in **elkaar leren kennen** en verschillende sectoren samenbrengen. Dit maakt het contact en bijgevolg de afstemming/doorverwijzing gemakkelijker. Letterlijk: "je kan niet aan geïntegreerde zorg doen als je elkaar niet kent. **Dit vraag tijd en vertrouwen.**" Dit laatste wordt bemoeilijkt door verloop van personeel en de hoge werkdruk. Oproep om te **blijven zorgen voor de zorg**. Er moet zorg zijn voor de mensen op het werkveld. Anderzijds ook de nood om **aan iets concreet te werken/samen te werken en niet zomaar samen te komen zonder doel. (verwijzen naar voorbeeld beslisboom of gezamenlijk een actie opzetten).**
- Er moet ingezet worden op het **overzichtelijk maken van de sociale kaart**. Letterlijk: "Mensen willen niet zoeken in het kluwen". Er moeten opleidingen zijn hierover zodat mensen de weg vinden, er moeten gemakkelijke tools zijn om gemakkelijk zaken op te zoeken,
- **Laagdrempelige en toegankelijke aanspreekpunten** zodat burgers/mantelzorgers ons makkelijk kunnen bereiken en omgekeerd. Voorbeeld: Mieke vanuit mantelzorghuis Oostende heeft bevraging gedaan of er nog noden zijn bij mantelzorgers. Kwam niet echt specifieke extra nood uit, maar geven aan dat ze ondersteuning halen uit het feit dat ze hun verhaal mogen vertellen en dat er iemand luistert.
- Investeren in **sensibilisering en opleiding van mantelzorgers (40%) en Persoon met zorgnood**. We moeten deze mensen meer onder de aandacht brengen en in hun kracht zetten. Je kan maar aan doelgerichte zorg doen als er ook aandacht is voor mantelzorgers/PZON en als deze mensen de kans en mogelijkheden hebben om hun wensen uit te drukken. Er moet ingezet worden op sensibilisatie en opleiding ten aanzien van deze mensen. Belang van het benadrukken van recht om eigen wensen/noden te uiten en het feit dat de professionals hiermee aan de slag gaan, samen met hen. We mogen hen niet vergeten!
- **Meer informatie over kaders en de sociale kaart in het brede onderwijs**. Er is nood aan meer informatie over doelgerichte zorg, zorgnoden, welzijnssituaties, Kennis van de sociale kaart zou in elke opleiding moeten worden meegegeven. Mensen moeten nog vaak, wanneer ze er mee geconfronteerd worden, zelf de weg vinden. Er komt bijvoorbeeld geen automatische mailing met informatie als je mantelzorger bent

geworden.

Ook in HBO5 en zorgkundige opleidingen missen ze de welzijnsstukken en het wegwijs worden in de sociale kaart. Binnen ELZ Westkust&Polder gaan ze aan de slag met kennisinstellingen. Naast het delen van informatie over de Eerstelijnszone zoomen we ook in op realistische situaties die in de Eerstelijnszone voorkomen. Dit opent de ogen en werd in de hogescholen als erg waardevol gevonden (= realitycheck)

- Gezinszorgdiensten merken steeds meer schrijnende en complexe situaties. Steeds meer mensen in eenzaamheid: oudere mensen, jonge mensen, mensen die dakloos zijn, alleen wonen, Dit zorgt soms voor radeloosheid bij medewerkers. Wat zou helpend kunnen zijn:
 - o **1 intake:** gevoel dat er veel tijd verloren gaat hieraan om telkens alles te moeten bevragen. Inkomensonderzoek moet elke intake opnieuw gebeuren. Dat is enorm tijdsintensief. Hopen dat hier in 2028 verandering in komt en dat **begeleiding centraal zal komen staan bij** eerstelijnsmedewerkers.
 - o **Algemeen verminderen van administratieve last** zodat er meer kan inzet worden op de eigenlijk begeleiding en de doelen van de mensen. Gevoel dat veel mensen willen begeleiden, maar belemmerd worden hierdoor.
- Vaak bezig met curatie, maar **moeten nog meer inzetten op preventie**. Heel het zorgsysteem is gebouwd op prestatiefinanciering (wat haaks staat met doelgerichte zorg). Voorbeeld: Vanuit GGZ wordt ingezet op groepsaanbod eerstelijnspsychologische zorg om mensen te bereiken inzake veel voorkomende problemen: slaap, opvoeding, rouw, Ook hier is samenwerking met andere diensten belangrijk. Om dit aan te bieden hebben ze andere partners nodig om tot bij de bevolking te geraken. Vertrekken hier vanuit lokale noden. Link met gezondheidmakers/lokale besturen/...
- Lokale besturen: maatschappelijk werkers zien heel wat complexe problematieken en complexe situaties. Elk heeft zijn eigen 'bril' om hier naar te kijken. Vanuit lokaal bestuur erkennen ze hun taak om als maatschappelijk werkers mensen te sensibiliseren, informeren en door te verwijzen. Maar ook hier **botsen ze op wachtlijsten en confrontatie met realiteit**. Zelf kunnen ze ook niet alles opnemen.
- **Eén aanspreekpunt/centrale partner die verkenning doet** van noden van persoon/gezin en dan doorverwijst naar juiste partner(s) zou een meerwaarde zijn. Belangrijk dat hier ook middelen/tijd voor is. Voorbeelden:
 - o [Leuven helpt](#): je kan er naartoe bellen of langsgaan voor alle vragen ivm zorg en welzijn. Is gekoppeld aan multi-case problematiek.
 - o [Snel Op Weg](#) loket in ELZ Westhoek/Westkust&Polder: op verschillende locaties houden mensen uit De Lovie en Vondels op vaste momenten een vast 'loketmoment'. Daar kan persoon met (vermoeden van) beperking, zijn omgeving of een zorgprofessional terecht met vragen. Zij zijn eerste aanspreekpunt en verkennen de vraag, gaan ermee aan de slag in kort traject of verwijzen door. Vanuit VAPH moet er nl. geïnvesteerd worden in meer RTH (=rechtstreeks toegankelijke hulp).

Tour van de Zorgraden Gesprekstafel 4: 'Tools - Alivia'

Moderator:	Sjoert Holtackers , Departement Zorg
Verslag:	Charlotte Grootaerd (ELZ Houtland en Polder) & Hermien Top (ELZ Middenkust)
Deelnemers tafel:	Connie Depotter (ouderenzorg), Annick Dobbelaere (Netwerk GGZ NOWE), Pascale Sibiet (Stad Oostende), Bert Cleuren (AZ West), Klaudia Chrobak (Mutualiteit CM), Tina Ledaine (Schepen LB Ichtegem), Marnix Van Egroo (Seniorenraad Bredene), Tom Desmet (Huisarts) & Marino Geldhof (TVP I-Mens)

Context: Wat is Alivia

Alivia is een digitaal hulpmiddel voor het opmaken van een zorg-en ondersteuningsplan. Alivia biedt vooral meerwaarde voor personen met complexe of langdurige zorgproblemen en voor de verschillende zorgverleners, welzijnswerkers en mantelzorgers die betrokken zijn bij de zorg- of hulpverlening. Met Alivia moeten taakafspraken, planning, coördinatie en communicatie tussen deze zorg- en hulpverleners vlotter en veiliger gebeuren.

Wat is Alivia wel?

- Het wordt samen met de mantelzorger en/of de patiënt gebruikt – de regie ligt bij de burger.
- De tool dient ter ondersteuning.
- Het is een samenwerkingsinstrument.
- Het faciliteert coördinatie.

De tool heeft drie grote functies:	De functies vertalen zich in:
Doelen stellen	Zorgtaken
Taken verdelen (informatie kan worden toegewezen: wie doet wat en wanneer)	De persoon kan zijn of haar eigen zorgteam samenstellen en bepaalt zelf wie daarin zit.
Info uitwisselen: video calls inboeken, ...	Overleg en samenwerking

Er kunnen twee soorten doelen opgesteld worden met Alivia:

- Levensdoelen: Wat wil de persoon zelf nog bereiken? (de levensdoelen kunnen een ingang vormen om te werken aan de zorgdoelen)
- Zorgdoelen: Wat willen we bereiken met de zorg en hulpverlening die we aanbieden.

Voorstellingen – Klikmodel:

Bij aanvang van het overleg wordt de tool voorgesteld en wordt het klikmodel gepresenteerd. Vragen/ opmerkingen/ feedback:

- **Kunnen alle RIZIV professionals erin of is de tool vooral bedoeld voor Vlaamse professionals** (aangezien het een Vlaamse tool is)?
Geen antwoord, het wordt nagevraagd.
- **Is de tool al bruikbaar?**
Momenteel is ze nog niet breed operationeel, maar ze wordt wel al gebruikt binnen de pilootprojecten. Er staat ook een klikmodel online.
- **Het is geen EPD.** Er wordt gebotst op de verschillende soorten EPD's en registratiesystemen. Kan Alivia geïntegreerd worden om de samenwerking te versterken?
 - o Technisch is het mogelijk om al die verschillende tools aan elkaar te koppelen, maar de softwarebouwers moeten hun systemen aanpassen. Dat is duur en vormt een uitdaging.
 - Als de overheid één goed systeem zou ontwikkelen, zouden gebruikers rechtstreeks aan de overheid kunnen betalen in plaats van aan verschillende softwarebouwers. Zo zou een geïntegreerd dossier gefinancierd kunnen worden.
 - o Er zal veel kopieer -plakwerk zijn, wat kan leiden tot fouten en niet-up-to-date systemen. Kunnen bepaalde delen automatisch worden overgenomen in Alivia?
 - o Kunnen verschillende leden uit het zorgteam elkaars notities aanpassen? Dat kan fouten veroorzaken.
 - o Een tabblad Alivia in de verschillende systemen zou nuttig zijn.
 - o Er bestaan te veel systemen: Alivia, BIB, Belrai, ...
 - o **Er is nood aan integratie & synchronisatie van de verschillende systemen.**
- Belangrijk om mee te nemen bij het gebruik van Alivia is dat **levensdoelen veranderen doorheen het proces.**
- De tool vervangt **geen crisiscommunicatie**: het kan een last zijn om Alivia in te vullen en om crisiscommunicatie te doen.
- Schrik voor de administratieve last die erbij komt. **Wat kan daarbij helpen?**
 - o Duidelijke afspraken maken binnen het zorgteam.
 - o Afstemming wie essentieel is om in de tool opgenomen te worden.
 - o De burger heeft de regie - uitdaging voor mensen in kwetsbare situaties.
- Wat als je niet in het zorgteam in Alivia zit maar toch hulp moet bieden vb. de dokter van wacht? → Het departement moet bekijken hoe dit mogelijk kan worden gemaakt.
- Hoe bindend zijn de wensen die worden geuit in Alivia. Bijvoorbeeld: iemand die niet meer opgenomen wil worden in het ziekenhuis. Wensen kunnen veranderen: hoe ga je daarmee om? → De tool biedt hiervoor geen sluitende oplossing. Er is nood aan opleiding rond vroegtijdige zorgplanning.

Pilootprojecten: In 2024 liepen de eerste pilootprojecten, op dit moment loopt er een pilootproject in verschillende woonzorgcentra. Binnen de pilootprojecten ligt de regie vooral bij de professionals en nog niet bij de burger. Hoe weten we dat Alivia het doel zal bereiken als dit in de testfase nog niet gebeurt?

Het valt of staat met het pilootteren samen met de burger:

- Er is een valkuil: als de patiënt de regie krijgt, kan dat ook leiden tot misbruik.
- Kunnen bepaalde delen worden opengesteld voor burgers en andere afgesloten blijven?

Twee belangrijke punten om mee te nemen:

- 1) Voor geïntegreerde zorg moet het patiëntendossier ook geïntegreerd zijn → er moet één systeem komen.
- 2) We moeten vertrekken vanuit de burger.

Wat is nodig om de tool goed te lanceren?

De opzet van Alivia is goed, het kan een goed systeem zijn om de burger te **empoweren**. Maar er moet op worden gelet dat het systeem geen apart doosje wordt naast de reeds bestaande tools, zodat het niet enkel aanvoelt als een extra administratieve last. Waar we nu mailen of telefoneren, kan in dit systeem worden geïntegreerd.

Wat heb je nodig zodat het geen last wordt?

- Communicerende databanken
- Pushberichten: wanneer er een melding komt die jou aangaat, ontvang je een notificatie.
- De info moet up-to-date blijven (daarvoor moet het systeem geconnecteerd zijn), uitdaging door de vele systemen, softwareprogramma's,

Welke informatie is belangrijk voor een lid van een zorgteam?

Wat is need to know en wat is nice to know?

- GGZ: een signaleringsplan- of veiligheidsplan is belangrijk om te delen met professionals, mantelzorgers en burgers: wanneer voelt iemand dat het minder goed gaat en wat zijn dingen die werken (dat is een dynamisch werk).
- Zorgen dat gegevens niet verdwijnen wanneer nieuwe info wordt toegevoegd, bijvoorbeeld door een kleurcode per lid van het zorgteam of door datums toe te voegen. Synchronisatie moet om up-to date te blijven, maar je moet terug kunnen gaan naar de vorige versie.
- Inzicht in de fase van de informatie: is het acute info, info voor opvolging of ter kennisgeving? Visuele ondersteuning zoals kleurgebruik kan hierbij helpen.
- Nieuwe initiatieven/ organisaties moeten elkaar vinden in Alivia.

Valkuil: we belanden snel in een patiënt-/zorgverlenersrol en verliezen de focus op de levensdoelen. Dit vormt een uitdaging, ook gezien de besparingscultuur waarin we werken.

Hoe en wie krijgt toegang tot Alivia?:

- Er is in principe geen zorgverlener nodig om Alivia op te starten.
 - o Het is mogelijk dat een zorgverlener niet altijd weet dat er een dossier in Alivia bestaat. Kan het kenbaar gemaakt worden aan professionals of hun patiënt/cliënt een dossier heeft? (Zij hoeven niet in het dossier te zitten, maar worden wel geïnformeerd.)
- Moet je een identiteitskaart of rijksregister nummer hebben om toegang te hebben? Antwoord: Ja → wat met mensen met een buitenlands paspoort?
- Bij diensten die met verschillende zorgverleners werken: wie wordt toegevoegd? De individuele persoon of de organisatie?
- Kan een lokaal bestuur of andere niet-sociale of medische sectoren worden toegevoegd? Bijvoorbeeld voor vrijwilligerswerking, vervoer naar een LDC, of het opsporen en ondersteunen van kwetsbare burgers.

- Dit kan uitdagingen geven op het vlak van GDPR en privacywetgeving.
- Goedkeuring blijft nodig!
- Kan de tool het lokaal bestuur helpen om een soort detectiefunctie te hebben om potentieel kwetsbare burgers op te sporen en te ondersteunen → GDPR uitdaging!

Toegang en regie van de patiënt bekijken in gradaties:

- Sommige patiënten kunnen de regie volledig in eigen handen nemen.
- Bepaalde organisaties kunnen mogelijk een mandaat krijgen voor mensen die het zelf (nog) niet kunnen.
- Het is belangrijk dit regionaal en doelgroepafhankelijk te bekijken.
- Kan ouderenbevolking dit opnemen? Technisch lijkt het moeilijker voor deze doelgroep.

Conclusie

Alivia heeft potentieel, maar dit hangt af van enkele randvoorwaarden:

- Het systeem moet geïntegreerd zijn, zodat de administratieve last afneemt.
- De burger moet centraal staan.
- Er is veel informatie beschikbaar, daarom zijn pushmeldingen belangrijk voor de professional.
- Zorgteams wisselen snel, hoe gaat Alivia omgaan met veranderingen in zorg en welzijn?
- **Geïntegreerde zorg overstijgt zorg & Welzijn. Wat met vrijwilligerswerk, lokale besturen, ...**