

Contactpersoon: Aagje Frederickx
Telefoon: 02 507 01 39 - 0474 26 86 89
Email: aagje.frederickx@vlaamswelzijnsverbond.be

Sector

JG: 2024 / 15
OPH: 2024 / 28
REVA: 2024 / 15
ELZ: 2024 / 4
Datum: 14/02/2024

2024/35

Besluit over de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood

Beste mevrouw,
Beste mijnheer,

De Vlaamse Regering hecht haar tweede principiële goedkeuring aan het besluit over de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Over dit besluit wordt vervolgens nog het advies ingewonnen van de Raad van State.

Het besluit bouwt verder op het recent gewijzigde decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie en ondersteuning van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders. De werkingsprincipes beschreven in dit decreet worden vertaald naar een concreet werkingskader. Dit kader sluit aan bij de, in vele gevallen reeds bestaande, professionele context waarin vele eerstelijnszorgaanbieders aan de slag zijn.

Dit uitvoeringsbesluit geeft richting aan het proces om de integrale benadering van de persoon te vertalen naar een concreet kader. Hierbij worden de minimaal te volgen stappen naar het doelgerichte karakter van de organisatie van de zorg en ondersteuning beschreven. In het voorliggende besluit wordt richting gegeven aan hoe een zorgproces zich moet ontwikkelen om kwaliteitsvol te zijn. De Vlaamse Regering wil op deze wijze de concepten m.b.t. geïntegreerde en doelgerichte zorg, waarbij de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood centraal staat, omzetten in een effectieve werkingsmethodiek.

Algemene toelichting bij het Besluit

De integrale benadering van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, waarbij de persoon als een geheel wordt benaderd, is het meest belangrijke werkingsprincipe van het eerstelijnsdecreet. Het bepaalt de wijze waarop het zorgmodel van de toekomst vorm moet krijgen en geeft richting aan welke ondersteunende instrumenten en structuren nodig zijn om deze benadering in realiteit om te zetten.

Het vastleggen van de te volgen stappen voor een kwaliteitsvol zorgproces is geen evidentie, omdat het onmogelijk is om de complexiteit en verscheidenheid van zorgprocessen te vatten in regels. Elk zorgproces is uniek, omwille van het feit dat men vertrekt vanuit die integrale benadering van een unieke persoon. Zijn noden, behoeften, wensen, kansen, doelen, mogelijkheden en beperkingen staan voorop in het vormgeven van elk zorgproces. Deze complexiteit en verscheidenheid probeert men te vatten in enkele universeel te nemen stappen, die een garantie bieden voor de opbouw van een kwaliteitsvol zorgproces.

Gebaseerd op alle Vlaamse, nationale en internationale inzichten (WHO) rond integrale zorg en ondersteuning en doelgerichte zorg en ondersteuning, schuift dit ontwerpbesluit vijf principes naar voor van doelgerichte zorg en ondersteuning. Het gaat dan om:

Principe 1: Het luisteren naar de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en het in dialoog met deze persoon verduidelijken van de vraag om zorg en ondersteuning;

Principe 2: het formuleren van levensdoelen;

Principe 3: het samenstellen van een zorg- en ondersteuningsteam;

Principe 4: het opstellen van een zorg- en ondersteuningsplan;

Principe 5: het aanwijzen van een zorgcoördinator.

Deze principes houden geen rangorde in, maar in een logisch zorg- en ondersteuningsproces zullen deze stappen bij voorkeur achtereenvolgens plaatsvinden. Echter, binnen bestaande zorg- en ondersteuningsprocessen kan steeds op bepaalde stappen teruggekeerd worden. Een zorg- en ondersteuningsproces is een dynamisch gegeven.

Voor het opbouwen van het zorgproces wordt door de zorgaanbieder vertrokken van een gesprek over de levensdoelen van de persoon. Dit zijn de drijfveren, de belangrijkste zaken voor een persoon. Ze zijn het antwoord op een eenvoudige vraag als: "Waarvoor sta jij 's morgens op?". Dit kan al richtinggevend zijn voor deze levensdoelen. Het hoeft dus niet complex te zijn. Aan de hand van deze levensdoelen kan een vertaling gebeuren naar zorg- en ondersteuningsdoelen. Niet elk levensdoel kan of moet in een zorg- en ondersteuningsdoel vertaald worden. Zorg en

ondersteuning heeft zijn limieten en daarmee moet rekening gehouden worden bij de opzet van een zorgproces en de beschikbare capaciteit in de zorgsector.

In een doelgerichte zorg en ondersteuning wordt op methodisch vlak het grootste belang gehecht aan een kwaliteitsvolle communicatie tussen de persoon en zijn zorgaanbieders, afstemming, samenwerking en overleg tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam, een planmatige aanpak van het zorgproces met de nodige coördinatie.

Een methodiek met handvaten, een draaiboek of richtlijnen, zullen uitgewerkt worden op Vlaams niveau en in samenwerking met VIVEL, de verschillende (beroeps)organisaties, zorgaanbieders en de personen met een zorg- en ondersteuningsnood. In functie van deze methodiek zullen in een latere fase de concrete financiële hefboomen worden bepaald om de zorgaanbieders te ondersteunen in de transitie naar geïntegreerde zorg.

Artikelsgewijze bespreking

Art. 1 verwijst naar het decreet van 26 april 2019 voor de definitie van een zorg- en ondersteuningsteam.

Art. 2 Elke zorgaanbieder, tot wie een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood zich richt met een vraag om zorg en ondersteuning, luistert naar de vraag om zorg en ondersteuning van die persoon en verduidelijkt de vraag in dialoog met de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, om zo inzicht te verwerven in de aard van de vraag, de noden, de situatie of de problemen. Het luisteren en verduidelijken van de vraag om zorg en ondersteuning is het eerste principe van doelgerichte zorg en ondersteuning.

Er wordt vanuit gegaan dat in sommige gevallen de initiële vraag om zorg en ondersteuning niet de volledige vraag of nood weergeeft. Daarom is het van groot belang dat de zorgaanbieder tijd en ruimte maakt om het gesprek aan te gaan met de persoon om deze vraag te beluisteren en voldoende duidelijk te krijgen.

Op basis van de verduidelijking van de vraag om zorg en ondersteuning, stelt de zorgaanbieder, in samenspraak met de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en op basis van de op dat moment beschikbare informatie, vast welk van de volgende twee procesniveaus van toepassing is:

1. een beperkt procesniveau: dit procesniveau kenmerkt zich door het feit dat de zorg- en ondersteuningsnood of -noden beantwoord kunnen worden door een beperkt aantal betrokken zorgaanbieders waarbij alleen een gering interdisciplinair optreden vereist is;
2. een complex procesniveau: dit procesniveau kenmerkt zich door een veelvoud aan te behandelen facetten of levensdomeinen, een

groot aantal betrokken zorgaanbieders, vanuit verschillende domeinen of disciplines, waarbij het grote aantal zorg- en ondersteuningsnoden een hoog interdisciplinair optreden vereist.

Niet voor elk zorgproces moeten alle stappen toegepast worden. Concreet: voor sommige zorg- en ondersteuningsnoden is het niet altijd noodzakelijk te vertrekken vanuit de levensdoelen. Soms zijn de zorg- en ondersteuningsnoden van dien aard dat vrij eenvoudig antwoord kan geboden worden op die noden en er geen koppeling met levensdoelen gevraagd wordt. De noodzaak wordt echter groter naarmate de zorg- en ondersteuningsnoden meer complexiteit inhouden, de betrokkenheid van een veelheid aan zorgaanbieders of actoren uit meerdere domeinen (bv zorg, wonen, werk, onderwijs, mobiliteit, vrije tijd,...) of meerdere disciplines (medische, paramedische, maatschappelijk werk,...) vergt en hierdoor het aantal zorg- en ondersteuningsdoelen verhoogt, samen met het aantal zorg- en ondersteuningsdoelen waaraan meerdere leden van het zorgteam interdisciplinair moeten samenwerken.

Art. 3 Bij een beperkt procesniveau informeert de zorgaanbieder, de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood over de mogelijkheid om levensdoelen te formuleren en biedt die zorgaanbieder, als de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood dat wil, ondersteuning bij het formuleren van zijn levensdoelen. De voormelde ondersteuning wordt geleverd volgens de werkingsprincipes, vermeld in artikel 4 van het decreet van 26 april 2019. De zorgaanbieder geeft neutrale, objectieve en transparante informatie over het aanbod aan zorg en ondersteuning, geoptimaliseerd naargelang de beschikbare mogelijkheden, en bespreekt dat aanbod met de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Indien de zorgaanbieder zelf niet deze informatie kan geven, is het noodzakelijk dat de zorgaanbieder de persoon doorverwijst naar een organisatie, die dit wel kan doen. De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood kiest vrij op welke zorgaanbieders hij of zij beroep wenst te doen.

Art. 4 Bij een complex procesniveau gaat de zorgaanbieder actief het gesprek aan met de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood om levensdoelen te formuleren. Het formuleren van levensdoelen is het tweede principe van doelgerichte zorg en ondersteuning.

De zorgaanbieder, tot wie de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood zich richt, wendt alle relevante informatie, die beschikbaar is vanuit vroegere of andere zorgprocessen, aan om het gesprek te voeren en de levensdoelen te formuleren. De voormelde ondersteuning wordt geleverd volgens de werkingsprincipes, vermeld in artikel 4 van het decreet van 26 april 2019.

Vanuit de levensdoelen verstrekt de zorgaanbieder, een oriënterend advies over de aanpak van het zorgproces.

Hierbij wordt steeds ook aandacht besteed aan de aanwezigheid van eventuele informele zorg. Dit is de minst ingrijpende en meest nabije zorg en ondersteuning voor een persoon.

Na de bespreking van dat advies met de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood neemt de zorgaanbieder als de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood dat wil, contact op met de zorgaanbieders van het benodigde aanbod aan zorg en ondersteuning die de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood heeft gekozen, en bespreekt de mogelijkheden om dat aanbod in te zetten voor de betrokken persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Afhankelijk van de bespreking onderneemt de zorgaanbieder, tot wie de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood zich richt, een van de volgende acties:

1. hij zorgt ervoor dat afspraken rond samenwerking en uitvoering worden opgemaakt over de zorg en ondersteuning tussen de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag, de informele zorgverleners en alle zorgaanbieders die betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning, zodat het zorgproces kan worden vastgelegd en opgestart;
2. als de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de informele zorg of een zorgaanbieder die betrokken is bij de zorg en ondersteuning, daarom verzoekt, organiseert de zorgaanbieder, tot wie de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood zich richt, een startoverleg of zorgt die zorgaanbieder ervoor dat een startoverleg met alle betrokkenen wordt georganiseerd waarop het zorgproces wordt vastgelegd. Tijdens het voormelde startoverleg worden de volgende acties ondernomen: a) de zorg- en ondersteuningsdoelen worden geformuleerd; b) een zorg- en ondersteuningsplan wordt opgesteld; c) het zorg- en ondersteuningsteam wordt samengesteld.

Art. 5 Op basis van de zorg- en ondersteuningsnood kan een zorg- en ondersteuningsplan opgesteld worden. Bij een complex procesniveau wordt altijd een zorg- en ondersteuningsplan opgesteld dat voortbouwt op alle eerdere afspraken en gezette stappen in het zorg- en ondersteuningsproces. Het samenstellen van een zorg- en ondersteuningsteam en het opstellen van een zorg- en ondersteuningsplan zijn respectievelijk het derde en vierde principe van doelgerichte zorg en ondersteuning.

Het zorg- en ondersteuningsplan omvat minimum de volgende elementen:

1. de levensdoelen;
2. de zorg- en ondersteuningsdoelen;
3. een overzicht van het zorg- en ondersteuningsteam;
4. de zorg- en ondersteuningstaken.

Het zorg- en ondersteuningsplan wordt op digitale wijze ingevuld en bijgehouden door het zorg- en ondersteuningsteam. Het zorg- en ondersteuningsteam heeft toegang tot dat digitale zorg- en ondersteuningsplan conform artikel 23/5 van het decreet.

Het inbrengen van een echte teamlogica in een zorgproces houdt in dat er binnen het team een hechte samenwerking is, dat er duidelijke doelstellingen geformuleerd zijn waaraan gewerkt en samengewerkt wordt

en dat er een gedeelde verantwoordelijkheid bestaat over de realisatie van deze doelstellingen. Deze teamlogica leidt ertoe dat binnen zo'n team regelmatig overleg nodig is tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam en samenwerking en afstemming in de uitvoering van de zorg- en ondersteuningsdoelen. De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en zijn informele zorg maken inherent deel uit van dit zorg- en ondersteuningsteam. Dat is een evolutie ten opzichte van de huidige zorgprocessen, die nog vaak voor de persoon gebeuren, maar niet met en door de persoon. Dit vraagt een andere manier van werken, die de volgende jaren, via de methodiek van doelgerichte zorg en ondersteuning aangeleerd zal worden.

Art. 6 Als met toepassing van artikel 6, §3, derde lid, van het decreet van 26 april 2019 na beraadslaging in het zorg- en ondersteuningsteam een zorgaanbieder als zorgcoördinator wordt aangewezen, vervult die al de volgende taken:

1. fungeren als vertrouwenspersoon van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en, als dat nodig is, de brug vormen naar het zorg- en ondersteuningsteam;
2. de belangen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood verdedigen en respecteren;
3. het zorg- en ondersteuningsplan bijhouden, opvolgen en bijsturen in overleg met de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
4. de zorgsituatie van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood van nabij opvolgen;
5. de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood informeren over de doelstelling van het zorg- en ondersteuningsplan en de werking van het zorg- en ondersteuningsteam.

Het aanwijzen van een zorgaanbieder als zorgcoördinator is het vijfde principe van doelgerichte zorg en ondersteuning.

De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood of zijn informele zorg worden in het beperkt procesniveau gestimuleerd om de coördinatie zelf op te nemen. Dit neemt niet weg dat het procesniveau kan evolueren naar een meer complex procesniveau en op een gegeven ogenblik binnen het zorg- en ondersteuningsteam, waar de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en zijn mantelzorger inherent deel van uitmaken, toch beslist wordt om over te gaan tot zorgplanning en hierop zorgcoördinatie te plaatsen.

Naast de zorgcoördinator vervullen de andere leden van het zorg- en ondersteuningsteam de volgende taken:

1. *expertise inbrengen om invulling te geven aan de noden en de behoeften van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;*
2. *meewerken aan het opstellen van zorg- en ondersteuningsdoelen en taakafspraken maken om die zorg- en ondersteuningsdoelen te*

bereiken;

3. *vanuit de eigen ervaringen, discipline of domeinen, informeren over het bestaande aanbod en over de toegang tot rechten, en, als dat nodig is, doorverwijzen naar andere diensten of disciplines;*
4. *de noden en hiaten in de hulpverlening signaleren op het overleg en mogelijke oplossingen voorstellen;*
5. *meewerken aan het bereiken van de zorg- en ondersteuningsdoelen, zoals bepaald in het zorg- en ondersteuningsplan;*
6. *beraadslagen over de aanduiding van een zorgcoördinator, zoals vermeld in artikel 6, §3, derde lid, van het decreet;*
7. *het zorg- en ondersteuningsplan uitvoeren en opvolgen;*
8. *desgevallend beslissen tot de inzet van een zorgaanbieder, die de taak van casemanagement opneemt, zoals vermeld in artikel 7, §3, van het decreet.*

Art. 7 Een zorgaanbieder die met toepassing van artikel 7, §3, van het decreet van 26 april 2019 de taak van casemanagement opneemt, vervult de volgende taken als die noodzakelijk blijken uit de grondige analyse en evaluatie, vermeld in artikel 7, §1, van het voormelde decreet:

1. op basis van de analyse en evaluatie van de zorg- en ondersteuningsnood een zorg- en ondersteuningsproces initiëren;
2. de stappen vaststellen die niet of onvoldoende hebben plaatsgevonden in het zorg- en ondersteuningsproces dat al is doorlopen;
3. het zorg- en ondersteuningsplan bijsturen op basis van de analyse en evaluatie van het zorg- en ondersteuningsproces;
4. de zorgcoördinatie optimaliseren en de zorgcoördinator ondersteunen om tot optimale zorgcoördinatie te komen.

Het casemanagement wordt gezien als een uitzonderlijke situatie, die heel tijdelijk ingezet wordt. Het casemanagement kent twee aanvliegroutes:

- *bij afwezigheid van een zorg- en ondersteuningsproces, waar dit proces op basis van de zorg- en ondersteuningsnoden wel noodzakelijk of wenselijk is;*
- *bij aanwezigheid van een zorg- en ondersteuningsproces, met aanwezigheid van een zorg- en ondersteuningsteam en zorgcoördinatie, maar waar dit proces niet loopt naar wens van de leden van het zorg- en ondersteuningsteam en die leden hiervoor zelf geen remediëring vinden.*

In de eerste aanvliegroute kunnen we de zorgaanbieder, die casemanagement opneemt, beschouwen als een “startkabel” of initiator om tot een zorgproces te komen. In de tweede aanvliegroute wordt casemanagement gezien als een procesbegeleiding van het zorg- en ondersteuningsteam. Het team en de zorgcoördinator blijven in functie tijdens de procesbegeleiding. Om tot een remediëring te komen, is het essentieel dat de zorgaanbieder, die casemanagement opneemt, niet

behoort tot het zorg- en ondersteuningsteam. De onafhankelijkheid en neutraliteit ten aanzien van het zorgproces en de leden van het zorg- en ondersteuningsteam bevorderen een positieve uitkomst van de procesbegeleiding.

Art. 8 Om een zorgaanbieder aan te stellen die de taak van casemanagement als vermeld in artikel 7, §1, van het decreet van 26 april 2019, opneemt, dient het zorg- en ondersteuningsteam of, na overleg in het zorg- en ondersteuningsteam, een lid ervan een aanvraag in bij een daartoe erkende organisatie. De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden en de procedure voor de aanstelling van zorgaanbieders die de taak van casemanagement op zich nemen.

Gezien er in de methodiek van doelgerichte zorg en ondersteuning sterk wordt uitgegaan van een teamwerking zal voor het inroepen van externe ondersteuning voor het team eerst een bespreking binnen het team moeten gebeuren. De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood maakt integraal en als volwaardig lid deel uit van het zorg- en ondersteuningsteam. Daarom is het belangrijk dat elk lid van het team, waaronder de persoon zelf, de ruimte krijgt om problemen, wensen, niet vervulde noden of behoeften te bespreken met het team alvorens het casemanagement aan te stellen. Een bespreking in het team laat toe dat er eerst aan remediëring binnen het team kan gedaan worden. Indien de bespreking niet leidt tot een verbetering van de teamwerking kan de aanvraag voor casemanagement gebeuren, zelfs zonder dat het team dit in consensus beslist.

Art. 9 Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2025.

We houden u op de hoogte van zodra dit besluit definitief is goedgekeurd.

Met vriendelijke groeten,

Aagje Frederickx
Stafmedewerker beleidsondersteuning

Hendrik Delaruelle
algemeen directeur

Bron: <https://www.vlaamswelzijnsverbond.be/informatieven/besluit-over-de-organisatie-van-de-eerstelijnszorg-voor-de-persoon-met-een-zorg-en>