

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Een verkennende studie naar intersectoraal toepasbare
bouwstenen en definities voor een model Persoonsvolgende
Financiering binnen de Vlaamse Sociale Bescherming**

Evelien Moors
Dr. Jo Badisco
Dr. Kirsten Hermans
Prof. dr. Anja Declercq



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
 Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
 Tel 0032 16 37 34 32
 E-mail: swvg@kuleuven.be
 Website: <http://www.steunpuntwvg.be>



Publicatie nr. 2022/13

SWVG-Rapport 82

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Een verkennende studie naar intersectoraal toepasbare bouwstenen en definities voor een model Persoonsvolgende Financiering binnen de Vlaamse Sociale Bescherming

Promotor: Prof. dr. Anja Declercq - LUCAS KU Leuven

Onderzoekers: Evelien Moors, dr. Jo Badisco, dr. Kirsten Hermans - LUCAS KU Leuven

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur</i>	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Chantal Van Audenhove
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Anja Declercq
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Johan Put
· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Erik Schokkaert
UGent	
· Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën	Prof. dr. Joris Voets
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. An De Sutter
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
Universiteit Antwerpen	
· CRESC, UAntwerpen	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt	
· Centrum voor Statistiek	
Thomas More Hogeschool	
· Opleiding Toegepaste Psychologie	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Dienst onderzoek en dienstverlening	
Hogeschool Gent	
· Faculteit Mens en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Groep Gezondheid en Welzijn	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG	Dr. Kathleen De Cuyper
Administratieve ondersteuning	Manuela Schröder Lut Van Hoof

Rapport 82

November 2022

Een verkennende studie naar intersectoraal toepasbare bouwstenen en definities voor een model Persoonsvolgende Financiering binnen de Vlaamse Sociale Bescherming

Onderzoekers: Evelien Moors, dr. Jo Badisco, dr. Kirsten Hermans - LUCAS KU Leuven

Promotor: Prof. dr. Anja Declercq - LUCAS KU Leuven

Samenvatting

De Vlaamse regering wil een aantal sectoren integreren in de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB), met persoonsvolgende financiering (PVF). Er zijn nog heel wat vragen over hoe deze financiering vorm moet krijgen. Dit is een verkennende studie om te komen tot een aantal intersectoraal toepasbare bouwstenen en definities, met name voor de sectoren van de thuiszorg, de woonzorgcentra, de initiatieven voor beschermt wonen, de psychiatrische verzorgingstehuizen en de revalidatiesector.

In het eerste hoofdstuk van dit rapport bespreken we de uitgangspunten, de doelstellingen en het conceptueel referentiekader van de Vlaamse Sociale Bescherming. Belangrijke uitgangspunten die verbonden zijn met de VSB – vermeld in art 6 §1 van het decreet VSB – zijn integrale zorg en ondersteuning, het verhogen van de zelfredzaamheid van personen met een zorgnood, een goede kwaliteit van leven en het centraal stellen van de behoeften, vragen en doelstellingen van de persoon met een zorgbehoefte en zijn naaste omgeving. Naast deze uitgangspunten liggen zeven basisprincipes aan de grondslag van de VSB, die als volgt worden samengevat (Memorie van Toelichting VSB, 2017, p. 8):

- Vraaggestuurde zorg, regie over de eigen zorg met het oog op behoud en versterking van autonomie en kwaliteit van leven;
- Afdwingbare rechten op tegemoetkomingen voor zorg;
- Financiële toegankelijkheid van kwalitatieve zorg;
- Vereenvoudiging van rechten en procedures;
- Vermijden dubbele inschaling door een uniek inschalingsinstrument;
- Automatisch toekennen van rechten;
- Eén loket voor alle vragen.

De uitgangspunten en basisprincipes worden geconcretiseerd in negen doelstellingen (Art. 6. § 1,).

1. Een versterking van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag door hem zoveel mogelijk zijn autonomie en de regie te laten behouden of herwinnen over de eigen zorg en de integratie of de re-integratie in de samenleving te bevorderen;
2. De ondersteuning van de mantelzorg en het verdere netwerk van de persoon met een zorgbehoefte;

3. Vraaggestuurde zorg op maat realiseren door maximaal in te zetten op persoonsvolgende financiering;
4. Het realiseren van financiële toegang tot kwaliteitsvolle zorg;
5. Het realiseren van efficiëntiewinsten en transparantie voor de burger door de vereenvoudiging, digitalisering en integratie van verschillende tegemoetkomingen met het oog op een meer gestroomlijnde toegang tot rechten op tegemoetkomingen en zorg;
6. Een objectieve, uniforme en laagdrempelige beoordeling van de zorgbehoefte;
7. Het realiseren van een uniek inschalingsinstrument voor personen met een zorgbehoefte;
8. Een toegang tot één loket voor alle vragen over dossiers en rechten bij de zorgkas voor wat de tegemoetkomingen in het kader van de Vlaamse Sociale Bescherming betreft;
9. Het realiseren van zorgcontinuïteit en waar nodig aanklampende zorg, onder andere door middel van een organisatiegebonden financiering die complementair is aan de persoonsvolgende financiering van de zorg.

Elk van deze uitgangspunten, principes en doelstellingen wordt meer in detail besproken in het eerste hoofdstuk van dit rapport.

Vervolgens werken we in de hoofdstukken 2 en 3 naar een uniform begrippenkader en een (financierings)model voor de Vlaamse Sociale Bescherming toe. Omwille van de veelheid aan zorgvormen die de VSB rijk is, is ervoor gekozen om in verschillende stappen te werken. Eerst is een nota uitgewerkt op basis van beleidsteksten, decreten en wetenschappelijke bronnen. Deze nota is vervolgens voorgelegd aan experts uit het werkveld tijdens 19 werkgroepen. De verslagen van deze werkgroepen zijn in de bijlagen van dit rapport opgenomen. De resultaten en conclusies van de werkgroepen vormden vervolgens de input voor de verdere uitwerking van de visienota betreffende het uniformbegrippenkader voor de Vlaamse Sociale Bescherming. Deze visienota is opgenomen in hoofdstuk 2.

In hoofdstuk 3 gaan we vervolgens dieper in op de verschillende soorten kosten die vermeld worden in het decreet VSB en de stappen die gezet moeten worden om alle kosten te plaatsen in één van de categorieën vermeld in het decreet. Concreet gaat het over zorgkosten, organisatiegebonden kosten en over woon-en leefkosten (met mogelijke correcties). Het is uiteindelijk de bedoeling dat alle kosten onder één van deze drie soorten gecatalogiseerd worden.

In hoofdstuk 4 bouwen we hierop verder. We maken een exploratieve schets van potentiële opdelingen in de verschillende kostensoorten. In een eerste fase reiken we mogelijkheden aan op basis van denkwijzen – fundamenteën of principes – die als basis kunnen dienen om de opdeling concreet uit te werken. Gezien er grote verschillen zijn in de wijze waarop de verschillende sectoren momenteel worden gefinancierd, starten we met één deelsector, met name de woonzorgcentra. Het is niet de bedoeling om de woonzorgcentra als standaard voor alle sectoren te gebruiken, ze dienen louter als startpunt en aanpassingen aan de specificiteiten van de andere sectoren blijven uiteraard mogelijk. Het raamwerk zal geleidelijk worden aangepast en uitgebreid naar een sectoroverschrijvend model. Het is immers onmogelijk om een raamwerk te maken dat onmiddellijk van toepassing is op alle sectoren in hun totaliteit.

Vervolgens gaan we in hoofdstuk 4 verder in op case-mix financiering. Het zorgticket is de tussenkomst door de Vlaamse overheid in de kost van zorg. De omvang van de tussenkomst wordt bepaald op basis van de zorgbehoefte van de gebruiker. Het deel van het zorgticket waarvoor een objectieve indicatiestelling BelRAI de basis vormt, zal gelinkt zijn aan een case-mix classificatiesysteem. In een case-mix systeem veronderstellen we dat zorggebruikers met zeer vergelijkbare zorgbehoeften, dus statistisch niet significant verschillend, een vergelijkbare hoeveelheid aan middelen nodig hebben om aan hun

zorgbehoeften te kunnen voldoen. In essentie groepeert een case-mix classificatiesysteem dus zorggebruikers die statistisch gezien gelijkaardige zorgnoden hebben. Om te komen tot een dergelijk financieringssysteem zijn er verschillende stappen nodig. We beschrijven eerst het breder kader waarbinnen een case-mix financieringssysteem vorm krijgt, vervolgens gaan we per pijler dieper in op bestaande case-mix classificatiesystemen en mogelijke nieuwe financieringssystemen.

Voor de pijlers van de VSB waarvoor het zorgticket van toepassing is of zal zijn (de residentiële ouderenzorg, de geestelijke gezondheidszorg met inbegrip van de revalidatie die voornamelijk gericht is op de psychosociale aspecten, de revalidatie die voornamelijk gericht is op het herstel van fysieke functies en de thuiszorg) zijn implementatietrajecten voor BelRAI lopende. De stand van zaken voor elk van deze sectoren wordt in hoofdstuk 5 besproken. Daar is grote variatie in. Bovendien zal, eenmaal de implementatie van BelRAI is gerealiseerd in de verschillende sectoren, nog gezocht moeten worden naar hoe we tot een geïntegreerde case-mix kunnen komen en/of hoe de overgang tussen sectoren naadloos kan verlopen.

In conclusie: de ontwikkeling van een model voor de financiering van de Vlaamse Sociale Bescherming is een complex proces waarbij veel stakeholders betrokken moeten worden. Het einddoel van dit proces is een uniform, persoonsvolgend systeem dat transparant is en gelijklopend voor de verschillende sectoren. Op dit moment zijn de manieren waarop die betrokken sectoren worden gefinancierd erg verschillend.

In dit onderzoek is de basis gelegd voor dit model. Er zijn bouwstenen voor een duidelijk en uniform begrippenkader dat in de verschillende sectoren bruikbaar is en dat in samenspraak met die sectoren is gecreëerd. De verdere uitwerking vereist ten eerste de implementatie van BelRAI in de verschillende sectoren. Deze implementatie is gaande, maar gebeurt met verschillende snelheden in deze sectoren. De verst gevorderde sectoren zijn de thuiszorg en de residentiële ouderenzorg. Daar zijn of worden binnenkort BelRAI instrumenten ingevoerd en is een case-mix systeem beschikbaar. Tevens zijn binnenkort representatieve data beschikbaar om analyses uit te voeren ter voorbereiding van een nieuw financieringssysteem dat op het ontwikkelde model geënt is.

In andere sectoren wordt nog aan de BelRAI instrumenten gewerkt. Deze sectoren blijven best betrokken, maar zijn nog niet op weg naar een nieuw financieringssysteem. Het afstemmen van alle financieringssystemen en het komen tot een volledig intersectoraal kader zal een geleidelijk en eerder langdurig proces zijn. Daarbij is het nodig om bij elke aanpassing aandacht te hebben voor eventuele onverwachte en minder positieve effecten.

We pleiten daarom voor een overkoepelende stuurgroep waarin alle projecten over en stappen naar persoonsvolgende financiering in de Vlaamse Sociale bescherming worden besproken en de continuïteit en gelijkvormigheid worden bewaakt. Deze stuurgroep kan voor governance van het geheel zorgen zodat we tot een intersectoraal model komen. Hoewel de weg dus nog lang en wellicht ook hobbelig is, is het proces de moeite waard. Het zal leiden tot meer transparantie voor de personen met een zorgnood en tot meer samenwerking en geïntegreerde zorg.

Inhoud	
Tabellen	9
Figuren	9
Begrippen en definities	11
Inleiding	15
Hoofdstuk 1 De Vlaamse Sociale Bescherming	17
1 Situering	17
2 Uitgangspunten van de Vlaamse Sociale Bescherming	19
2.1 Conceptueel referentiekader voor persoonsgerichte en geïntegreerde gezondheidszorg: AAMR-cirkelmodel	20
2.2 Uitgangspunten: integrale zorg en ondersteuning, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven	22
2.3 De negen doelstellingen van de VSB	26
2.4 Vermaatschappelijking van de zorg	30
Hoofdstuk 2 De ontwikkeling van een uniform begrippenkader voor de Vlaamse Sociale Bescherming	45
1 De uitwerking van een eerste nota op basis van een eerste studie van beleidsteksten, decreten en wetenschappelijke bronnen	46
2 Toetsing van de voorbereidende nota bij experts uit het werkveld	57
2.1 Doelstelling van de werkgroepen, deelnemers en methode	57
2.2 Analyse van de verzamelde informatie	63
2.3 Resultaten en conclusies uit de werkgroepen	63
Hoofdstuk 3 Intersectoraal toepasbare bouwstenen en definities voor de Vlaamse Sociale Bescherming	103
1 Soorten kosten	103
2 Zorgkosten - zorgticket	104
2.1 Zorgkosten gelinkt aan het zorgticket	104
2.2 Diagnostiek	106
2.3 Niet-planbare zorgepisodes met een urgent karakter	107
3 Woon- en leefkosten	107
4 Organisatiegebonden kosten	108
5 Correcties	109
6 Principes en fundamenten voor een kostenopdeling	110
6.1 Contingente opdeling	111
6.2 Gelijke financiering voor gelijke zorgzwaarte	111
6.3 De weg naar een uniform kostenkader	112

Hoofdstuk 4	Case-mix financiering	113
1	Stappen om te komen tot een case-mix financieringssysteem	113
2	Case-mix: kenmerken van individuen als voorspellers van zorgvraagzwaarte	114
3	Voorspellers van kosten	115
4	Case-mix classificatie en financiering	117
5	Conclusie	118
Hoofdstuk 5	De pijlers van de Vlaamse Sociale Bescherming waarvoor een uniform begrippenkader en financieringsmodel wordt uitgewerkt	119
1	Residentiële ouderenzorg	119
2	Thuiszorg	120
	2.1 Pilootproject BelRAI Screener	120
	2.2 Dagverzorgingscentrum	121
	2.3 Multidisciplinaire equipes voor palliatieve verzorging	122
	2.4 Kortverblijf type 1, type 2, type 3	122
	2.5 Oriënterend kortverblijf	122
	2.6 Gezinszorg en aanvullende thuiszorg	123
	2.7 BelRAI Sociaal Supplement	123
3	Geestelijke gezondheidszorg, met inbegrip van revalidatie die voornamelijk gericht is op de psychosociale factoren	124
4	Revalidatie die voornamelijk gericht is op het herstel van fysieke functies	128
5	Transmurale zorg	129
Hoofdstuk 6	Besluit	131
Referenties		133
Bijlagen		143

Tabellen

Tabel 1	Overzicht uiteindelijk samenstelling werkgroepen	61
Tabel 2	Overzicht medische handelingen die gesteld worden binnen de VSB	66
Tabel 3	Overzicht zorgvormen per zorgsetting	69
Tabel 4	Overzicht voorkomende zorglocaties van zorgsettings binnen de VSB	86
Tabel 5	Huidige zorgtrajecten binnen de zorgsettings van de VSB	94
Tabel 6	Onderscheid vormen van crisiszorg binnen de VSB	102

Figuren

Figuur 1	Clusters binnen de VSB	18
Figuur 2	Conceptueel kader voor persoonsgerichte en integrale gezondheidszorg	20
Figuur 3	Voorstel 1 samenstelling werkgroepen	58
Figuur 4	Voorstel samenstelling werkgroepen na overleg stuurgroep	60
Figuur 5	Overzicht onderscheid urgentiezorg binnen de Vlaamse Sociale Bescherming	98
Figuur 6	Zorg-, woon-, leef- en organisatiegebonden kosten	104
Figuur 7	Mogelijke elementen zorgticket	104
Figuur 8	Woon – en leefkosten	108
Figuur 9	Het BelRAI GGZ-instrumentarium dat gebruikt wordt in de tweede BelRAI GGZ-studie en de BelRAI forensische GGZ-studie	126

Begrippen en definities

Ambulante zorg: de zorggebruiker en/of zijn netwerk komen voor de zorg en ondersteuning naar de zorgvoorziening/hulpverlener.

Autonomie: zelfstandigheid. Niet te verwarren met onafhankelijkheid, bij autonomie gaat het om controle en inspraak over de processen.

BelRAI: verzamelterm voor wetenschappelijk onderbouwde beoordelingsinstrumenten, gebaseerd op het internationale interRAI instrumentarium. Het gaat om gevalideerde beoordelingsinstrumenten om de gezondheids- en welzijnssituatie van gebruikers op een gestandaardiseerde en gestructureerde manier in beeld te brengen met als doel een hoogkwalitatieve zorgplanning en kwaliteitsmonitoring te realiseren (decreet VSB, art 2, 5°).

Bijdrage voor woon- en leefkosten: de vergoedingen voor diensten en goederen, verricht of geleverd door de zorgvoorziening, die niet worden vergoed door het zorgticket, noch door de gebruikersbijdrage. (decreet VSB, art 2, 6°).

Case Mix Index (CMI): een relatieve maatstaf voor het geschatte gebruik van hulpbronnen (zorg en ondersteuning) voor een bepaalde groep personen met eenzelfde zorgbehoefte.

Case mix: het groeperen van statistisch gerelateerde patiënten op basis van gelijkaardige kenmerken (Devriese & Van de Voorde, 2016).

Crisis zorg: zorg en ondersteuning die geboden wordt in een niet-levensbedreigende acuut beleefde noodsituatie (die plots en dus onverwacht noodzakelijk is), waarbij de fysieke, psychische, sociale en materiële veiligheid en gezondheid van de gebruiker of zijn directe omgeving bedreigd is of wordt. Deze noodsituatie vereist een onmiddellijke en aangepaste zorgactiviteit die niet uitgesteld kan worden. Deze zorgactiviteit is beperkt in de tijd en duurt niet langer dan een vooraf bepaalde periode.

Diagnostiek: een (kortdurende) exploratie of onderzoek van de hulpvraag met het oog op het afbakenen en verhelderen van de problematiek, prognose en toewijzing aan zorg, ondersteuning of behandeling (binnen of buiten de eigen zorgeenheid of initiatief).

Eigen regie: eigen regie, regie over de eigen zorg met het oog op behoud en versterking van autonomie en kwaliteit, ook wel benoemd als zelfregie.

Gebruiker: iedere natuurlijke persoon die een beroep doet of wil doen op de Vlaamse Sociale Bescherming, vermeld in artikel 4 van decreet VSB.¹

Gebruikersbijdrage: een financiële bijdrage in de zorgkosten ten laste van de gebruiker die een beroep doet op zorg, of een financiële responsabiliseringsbijdrage voor een mobiliteitshulpmiddel.¹

Geïntegreerde zorg en ondersteuning: het op operationeel en organisatorisch niveau samenwerken van alle betrokken zorg- en welzijnsactoren en initiatieven van vrijwillige en informele zorg in het streven naar een samenhangende en continue zorg en ondersteuning aan de gebruiker en zijn mantelzorgers, waarbij de zorg- en ondersteuningsvraag en de context van de gebruiker het uitgangspunt vormen en dat gedurende de hele levensloop; (decreet betreffende de woonzorg p.1)¹

Informele zorg: hieronder wordt zowel mantelzorg als vrijwilligerswerk verstaan.

Kortdurende zorgtraject: een zorgtraject waarin gespecialiseerde professionele zorg en ondersteuning geboden wordt aan een zorggebruiker waarvan de zorgvraag voorspelbaar is op basis van kenmerken van zijn zorgbehoefte en er zorg geboden wordt over een vooraf afgebakende periode.

¹ We hanteren de definitie uit het Woonzorgdecreet. Ook andere decreten en conceptnota's definiëren Integrale zorg- en ondersteuning.

Langdurige zorgtraject: een zorgtraject waarin gespecialiseerde professionele zorg en ondersteuning geboden wordt aan een zorggebruiker waarvan de zorgvraag voorspelbaar is op basis van kenmerken van zijn zorgbehoefte en waarvan de zorg zich uitstrekt over een langere periode die niet vooraf te bepalen is.

Mobiele zorg: de hulpverlener verplaatst zich voor de zorg en ondersteuning naar de zorggebruiker en/of zijn netwerk.

Niet-medische hulp- en dienstverlening: de hulp en bijstand die derden verlenen aan een persoon met een verminderde zelfredzaamheid in residentieel, semi-residentieel of ambulante verband (decreet VSB, art 2. 21°).

Niet-planbare zorg: niet-planbare zorg is zorg die niet te voorspellen is in de tijd, we weten niet wanneer ze zal plaatsvinden. Er wordt wel een onderscheid gemaakt tussen voorspelbare en niet voorspelbare zorg, dit verwijst niet naar het temporale, maar wel naar of de situatie al dan niet te voorspellen was naar zijn voorkomen. Net zoals bij planbare zorg wordt er een onderscheid gemaakt tussen langdurige en kortdurende zorg.

Organisatiegebonden financiering: een bijdrage (door de Vlaamse overheid) aan uitgaven die specifiek en noodzakelijk zijn voor de duurzame uitbating van zorgvoorzieningen, onafhankelijk van de individuele zorgbehoefte van de gebruikers (decreet VSB, art 136 §1).¹

Persoonsgebonden zorg: zorg op maat van de noden van het individu. Een vorm van vraaggestuurde zorg, met de nadruk op zelfregie.

Persoonsvolgende financiering: financiering op basis van de vraag naar zorg.

Pijler van de Vlaamse Sociale Bescherming: een van de verschillende onderdelen van de Vlaamse Sociale Bescherming, vermeld in artikel 4 van het van decreet houdende de Vlaamse Sociale Bescherming. (decreet VSB, art 2, 24°).

Planbare zorg: planbare zorg is een zorgtraject waarin de zorgvraag voorspelbaar is op basis van kenmerken van de zorgbehoefte van een zorggebruiker. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen langdurige zorgtrajecten en kortdurende planbare zorgtrajecten. Bij langdurige zorgtrajecten gaat het om een zorgbehoefte die zich strekt over een langere periode die niet vooraf te bepalen is. Kortdurende zorg is daarentegen beperkt in de tijd en gaat om zorg die niet langer duurt dan een vooraf bepaalde periode.

Residentiële woonzorg: de zorggebruiker woont in de zorgvoorziening waar hij/zij zorg en ondersteuning ontvangt. Er is er sprake van een vervangende thuissituatie.

Residentiële zorg: de zorggebruiker verblijft tijdelijk in de zorgvoorziening waar hij/zij zorg en ondersteuning ontvangt. De zorgvoorziening is geen vervangende thuissituatie.

Resource Utilization Group (RUG): een case mix model dat de hoeveelheid middelen aangeeft dat nodig is om zorg en ondersteuning te bieden aan een individu met een langdurige zorgnood (in de thuiszorg of de residentiële zorg) op basis van een BelRAI indicatiestelling.²

Revalidatie: de behandeling, de diagnostiek of de ondersteuning die verleend wordt in een revalidatieziekenhuis of in een revalidatievoorziening, waarvoor de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is conform artikel 128, §1 van de Grondwet (decreet VSB, art 2, 26).

Semi-residentiële zorg: de zorggebruiker verplaatst zich naar de zorgvoorziening. De zorgvoorziening is niet zijn vervangende thuissituatie. De zorgvrager woont nog steeds thuis maar verplaatst zich overdag naar de zorgvoorziening waar de zorggebruiker zorg en ondersteuning ontvangt. Dit is vergelijkbaar met ambulante zorg. Semi-residentiële zorg is immers een vorm van ambulante zorg. Bij semi-residentiële zorg is de zorggebruiker echter gedurende een dag en een opeenvolgend aantal uren aanwezig in de voorziening. Dit onderscheid is binnen de VSB van belang voor de woon-en leefkosten.

² Interrai.org

System for Classification of In-Patient Psychiatry (SKIPP): een case-mix model dat de hoeveelheid middelen aangeeft die nodig zijn om zorg en ondersteuning te bieden in psychiatrische instellingen voor volwassenen (zowel voor kortdurend als langdurig verblijf), forensische en geriatrische psychiatrie op basis van een BelRAI indicatiestelling.

Trekkingsrecht: het recht op een persoonsvolgend budget dat verloopt via een rechtstreekse betaling door de zorgkas aan de erkende zorgvoorziening of verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen die zorg verleent aan de gebruiker (decreet VSB, art 2, 32°).

Urgentiezorg: zorg aan een zorggebruiker die onmiddellijk gegeven dient te worden in levensbedreigende (gevaar)situaties.

Verminderde zelfredzaamheid: 'een beperking van de mogelijkheden tot zelfzorg'.

Vraaggestuurde zorg: zorg waarbij de eigen sturing van de patiënt het vertrekpunt is.

Zelfredzaamheid: de mogelijkheid tot zelfzorg.

Zelfzorg: de beslissingen en de acties die een natuurlijke persoon in het dagelijkse leven uitvoert om te voldoen aan zijn basisbehoeften, en de bijbehorende activiteiten. Die activiteiten kunnen onder meer betrekking hebben op de uitvoering van huishoudelijke activiteiten, het leggen van sociale contacten en de mogelijkheid om zich te ontplooiën en zich te oriënteren in tijd en ruimte.

Zorg: alle vormen van zorg en ondersteuning gefinancierd in uitvoering van dit decreet, inclusief revalidatie; (decreet VSB, art 2, 49).

Zorgactiviteit: een actie die op een structurele en methodische manier wordt uitgevoerd. Dit houdt in dat houdingen, methoden en vaardigheden worden toegepast die werden aangereikt tijdens de opleiding voor de discipline waartoe de betreffende zorgverlener of professional behoort, zodat de zorgactiviteiten op een deskundige manier uitgevoerd worden (Memorie van Toelichting Decreet betreffende de Geestelijke Gezondheid).

Zorgbehoefte: de behoefte van een gebruiker aan zorg, objectief vastgesteld aan de hand van een indicatiestelling (decreet VSB, art 2, 45).

Zorgfuncties: een bundeling van coherente taken of activiteiten die uitgevoerd worden door een professionele hulpverlener als antwoord op een ondersteuningsnood van een zorggebruiker (Maes & Bruyninckx, 2003).

Zorggebonden financiering: een financiering die vertrekt van de objectief vastgestelde zorgbehoefte van de persoon, gemeten met de BelRAI instrumenten en eventueel aanvullend met instrumenten voor diagnostiek en indicatiestelling.

(Zorg)gebruiker: iedere natuurlijke persoon die een beroep doet of wil doen op de Vlaamse Sociale Bescherming, vermeld in artikel 4 van decreet VSB.

Zorgsetting: instelling waar men zorg verleent.

Zorgticket: de tussenkomst in de kost van zorg (door de Vlaamse overheid), waarvan de omvang wordt bepaald op basis van de zorgbehoefte van de gebruiker. Dit wordt onder meer vastgesteld aan de hand van de BelRAI indicatiestellingen en uitbetaald door de zorgkas onder de vorm van een trekkingsrecht (decreet VSB, art 2, 49°).

Zorgvoorziening: een verzorgingsinstelling of elke andere organisatie, erkend door de Vlaamse Gemeenschap, die in het kader van het gezondheids- of welzijnsbeleid instaat voor de organisatie of uitvoering van zorg (decreet VSB, art 2, 52).

Zorgvorm: de wijze waarop de niet-medische hulp- en dienstverlening wordt verstrekt; door of een residentiële zorgvoorziening, een niet-residentiële zorgvoorziening, een zorgverlener of een mantelzorger (decreet VSB, art 2, 53).

Zorgvraag: vraag van de zorggebruiker en/of zijn context naar zorg. De visie van de gebruiker en/of zijn context op het doel van de zorg waarnaar hij vraagt en de strategie om dit zorgdoel te bereiken staan hierbij centraal (Memorie van Toelichting Decreet betreffende de Geestelijke Gezondheid).

Inleiding

De Vlaamse regering wil een aantal sectoren integreren in de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB), met persoonsvolgende financiering (PVF). Er zijn nog heel wat vragen over hoe deze financiering vorm moet krijgen. Dit is een verkennende studie om te komen tot een aantal intersectoraal toepasbare bouwstenen en definities, met name voor de sectoren van de thuiszorg, de woonzorgcentra, de initiatieven voor beschut wonen, de psychiatrische verzorgingstehuizen en de revalidatiesector.

In een eerste hoofdstuk bespreken we de uitgangspunten, de doelstellingen en het conceptueel referentiekader van de Vlaamse Sociale Bescherming. Vervolgens werken we in de hoofdstukken 2 en 3 naar een uniform begrippenkader en een (financierings)model voor de Vlaamse Sociale Bescherming toe. Hoofdstuk 4 gaat verder in op case-mix financiering en in hoofdstuk 5 bespreken we de stand van zaken wat betreft de realisatie van het model in de verschillende sectoren van de Vlaamse Sociale bescherming.

Dit onderzoek is gelinkt aan verschillende andere onderzoeken die door het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin zijn uitgevoerd tussen 2016 en 2021. Waar dat relevant is, bespreken we kort deze onderzoeken.

Hoofdstuk 1

De Vlaamse Sociale Bescherming

De Vlaamse Sociale Bescherming is een extra bescherming bovenop de federale sociale zekerheid. In dit hoofdstuk schetsen we het kader waarbinnen dit systeem wordt ontwikkeld. Dit doen we door eerst het decreet houdende de Vlaamse Sociale Bescherming te situeren. Vervolgens beschrijven we de centrale uitgangspunten en doelstellingen van het decreet en verbinden we deze met het onderliggende referentiekader. Dit kader vormt de basis van de verschillende (sub)-onderdelen die verder behandeld worden in dit rapport. Ten slotte geven we een overzicht van de verschillende kosten die vergoed worden binnen de Vlaamse Sociale Bescherming.

1 Situering

De eerste aanzet tot een Vlaams verplicht verzekeringsstelsel kwam er in 2001 met de Vlaamse zorgverzekering. De Vlaamse zorgverzekering had als doel de niet-medische zorgkosten in Vlaanderen beter te vergoeden (Conceptnota VSB, 2016). Met de zesde staatshervorming zijn de Vlaamse bevoegdheden inzake het gezondheidsbeleid grondig gewijzigd (Bouvy et al., 2016). Zo kwam de langdurige zorg hoofdzakelijk in handen van de deelstaten, terwijl de 'cure' grotendeels federaal bleef (Conceptnota VSB, 2016). Om deze overgedragen bevoegdheden niet te versnipperen en een coherent beleid te voeren over de verschillende sectoren heen, werden heel wat van de bevoegdheden met betrekking tot (langdurige) zorg samen met enkele reeds bestaande Vlaamse bevoegdheden - zoals de Vlaamse zorgverzekering en de gezins- en aanvullende thuiszorg - ondergebracht in de Vlaamse Sociale Bescherming.

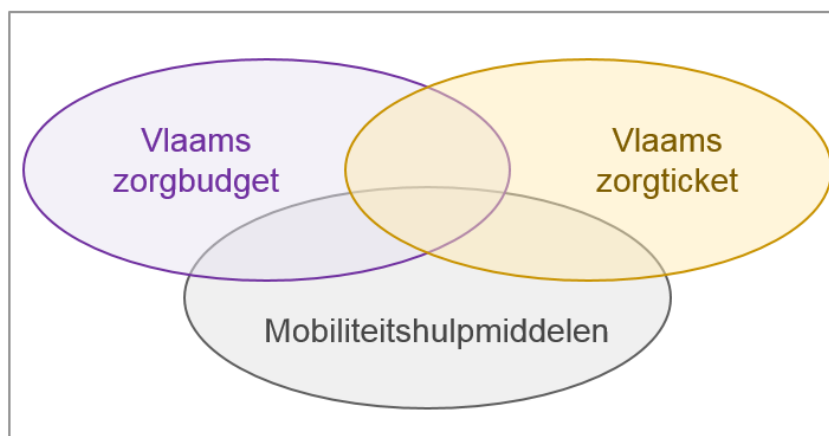
Het *Decreet houdende de Vlaamse Sociale Bescherming* (VSB) van 24 juni 2016 verankert de uitgangspunten en doelstellingen van de Vlaamse Sociale Bescherming juridisch en schetst de klijntijnen waarbinnen de VSB verder vorm zal krijgen. Het pakket van tegemoetkomingen³ voor personen die nood hebben aan langdurige zorg en ondersteuning omwille van ziekte, ouderdom of een beperking wordt toegewezen aan 9 verschillende pijlers:

1. het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden;
2. het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood;
3. het zorgbudget voor personen met een handicap (basisondersteuningsbudget);
4. de residentiële ouderenzorg;
5. de geestelijke gezondheidszorg, met inbegrip van revalidatie die voornamelijk gericht is op de psychosociale aspecten;
6. de revalidatie die voornamelijk gericht is op het herstel van fysieke functies;
7. de thuiszorg;
8. de transmurale zorg;
9. de mobiliteitshulpmiddelen.

³ 'Tegemoetkoming' wordt in het ontwerp van decreet gehanteerd als een verzamelterm voor alle tegemoetkomingen die worden toegekend in het kader van de Vlaamse Sociale Bescherming (Memorie van Toelichting VSB, p.30)

De manier waarop men deze 9 tegemoetkomingen kan aanwenden, verschilt. Daarom clusteren we ze in drie types.

Het eerste type betreft het Vlaamse zorgbudget. Dit bestaat uit de drie cash tegemoetkomingen die de VSB omvat voor mensen die nood hebben aan zorg. De term 'Vlaams zorgbudget' is een gezamenlijke term gebruikt door het Agentschap Zorg & Gezondheid voor de drie pijlers die we linken aan de vrij besteedbare budgetten⁴: (1) het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden; (2) het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood; en (3) het (uitdovende) zorgbudget voor personen met een beperking (het BasisOndersteuningsBudget).



Figuur 1 Clusters binnen de VSB

Een tweede type is het Vlaams Zorgticket. Tegemoetkomingen die we linken aan deze categorie zijn toegankelijk via een trekkingsrecht. Zorgtickets kunnen in tegenstelling tot zorgbudgetten enkel worden gebruikt voor het vergoeden van erkende zorg en zijn dus niet vrij besteedbaar (Memorie van Toelichting VSB, 2017, p.2). Aan deze categorie linken we vijf pijlers van de Vlaamse Sociale Bescherming: (1) de residentiële ouderenzorg; (2) de geestelijke gezondheidszorg, met inbegrip van de revalidatie die voornamelijk gericht is op de psychosociale aspecten; (3) de revalidatie die voornamelijk gericht is op het herstel van fysieke functies; (4) de thuiszorg; (5) de transmurale zorg.

Het derde type omvat de overblijvende pijler 'mobiliteitshulpmiddelen'. Anders dan bij het Vlaamse zorgbudget geeft deze pijler een trekkingsrecht (zoals categorie 'Vlaams zorgticket') en is dit trekkingsrecht niet vrij te besteden. Het geeft de zorgbehoevende recht op een financiering in de vorm van een tegemoetkoming, zowel voor de aankoop van mobiliteitshulpmiddelen en als in de vorm van periodieke huurforfaits.

De effectieve uitrol van de VSB gebeurt gefaseerd. In de eerste fase (a) ligt de focus op de uitrol van de eerste drie pijlers die behoren tot de categorie Vlaams zorgbudget. Vervolgens focust de tweede fase (b) op de effectieve overname van de overgedragen sectoren in het kader van de zesde staatshervorming. Concreet neemt sinds 2019 de Vlaamse Sociale Bescherming de financiering op zich van de mobiliteitshulpmiddelen, woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en bepaalde Centra voor dagverzorging. Ook de tegemoetkomingen voor zorg in de geestelijke gezondheidszorg, de revalidatie-sector en de thuiszorg (gezinszorg maar ook de multidisciplinaire equipes voor palliatieve zorgen of MBE, Centra voor dagverzorging (dagopvang) en bepaalde vormen van kortverblijf) die onder de Vlaamse

⁴ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/vlaanderen-zet-volgende-stap-naar-een-eigen-vlaamse-sociale-bescherming>

bevoegdheid horen, zijn opgenomen worden in de Vlaamse Sociale Bescherming. Ten tweede wordt overgegaan tot het invoeren van een ander financieringssysteem.⁵ Het is voor de invoering van dit financieringssysteem dat we in dit rapport een kader uittekenen.

2 Uitgangspunten van de Vlaamse Sociale Bescherming

Belangrijke uitgangspunten die verbonden zijn met de VSB – vermeld in art 6 §1 van het decreet VSB – zijn integrale zorg en ondersteuning, het verhogen van de zelfredzaamheid van personen met een zorgnood, een goede kwaliteit van leven en het centraal stellen van de behoeften, vragen en doelstellingen van de persoon met een zorgbehoefte en zijn naaste omgeving. Naast deze uitgangspunten liggen zeven basisprincipes aan de grondslag van de VSB, die als volgt worden samengevat (Memorie van Toelichting VSB, 2017, p. 8):

- Vraaggestuurde zorg, regie over de eigen zorg met het oog op behoud en versterking van autonomie en kwaliteit van leven;
- Afdwingbare rechten op tegemoetkomingen voor zorg;
- Financiële toegankelijkheid van kwalitatieve zorg;
- Vereenvoudiging van rechten en procedures;
- Vermijden dubbele inschaling door een uniek inschalingsinstrument;
- Automatisch toekennen van rechten;
- Eén loket voor alle vragen.

De uitgangspunten en basisprincipes worden geconcretiseerd in negen doelstellingen (Art. 6. § 1,).

1. Een versterking van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag door hem zoveel mogelijk zijn autonomie en de regie te laten behouden of herwinnen over de eigen zorg en de integratie of de re-integratie in de samenleving te bevorderen;
2. De ondersteuning van de mantelzorg en het verdere netwerk van de persoon met een zorgbehoefte;
3. Vraaggestuurde zorg op maat realiseren door maximaal in te zetten op persoonsvolgende financiering;
4. Het realiseren van financiële toegang tot kwaliteitsvolle zorg;
5. Het realiseren van efficiëntiewinsten en transparantie voor de burger door de vereenvoudiging, digitalisering en integratie van verschillende tegemoetkomingen met het oog op een meer gestroomlijnde toegang tot rechten op tegemoetkomingen en zorg;
6. Een objectieve, uniforme en laagdrempelige beoordeling van de zorgbehoefte;
7. Het realiseren van een uniek inschalingsinstrument voor personen met een zorgbehoefte;
8. Een toegang tot één loket voor alle vragen over dossiers en rechten bij de zorgkas voor wat de tegemoetkomingen in het kader van de Vlaamse Sociale Bescherming betreft;
9. Het realiseren van zorgcontinuïteit en waar nodig aanklampende zorg, onder andere door middel van een organisatiegebonden financiering die complementair is aan de persoonsvolgende financiering van de zorg.

Bovenstaande uitgangspunten zijn nauw verweven met het AAMR-cirkelmodel: het conceptueel referentiekader voor persoonsgerichte en geïntegreerde gezondheidszorg.

⁵ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/decreet-over-de-vlaamse-sociale-bescherming>
<https://www.zorg-en-gezondheid.be/decreet-vlaamse-sociale-bescherming-goedgekeurd>

2.1 Conceptueel referentiekader voor persoonsgerichte en geïntegreerde gezondheidszorg: AAMR-cirkelmodel

Het model dat aan de basis lag voor het ontwikkelen van een nieuw zorgbeleid rond persoonsvolgende financiering – zowel in de sector voor personen met een handicap⁶ als in de Vlaamse Sociale Bescherming – is het AAMR⁷-cirkelmodel (Figuur 2). Dit model, dat persoonsgerichte en geïntegreerde zorg centraal stelt, heeft ook een belangrijke plaats in het conceptuele kader dat de Wereldgezondheidsorganisatie ontwikkelde.



Figuur 2 Conceptueel kader voor persoonsgerichte en integrale gezondheidszorg

Bron: World Health Organisation, 2015

Het AAMR-cirkelmodel vertrekt vanuit een dynamisch ondersteuningssysteem dat bestaat uit vijf concentrische cirkels. Volgens het principe van de complementariteit is elk van deze vijf concentrische cirkels een potentieel ondersteuningsniveau dat een bijdrage kan leveren aan de gezondheid, het welzijn en de kwaliteit van leven van de zorgbehoevende persoon.

Centraal in dit model staat de persoon die een zorg- en ondersteuningsvraag heeft. Vanuit het concept zelfzorg zal de persoon eerst zolang mogelijk voor zichzelf zorgen in zijn vertrouwde omgeving. Om die reden vinden we de zorgbehoevende persoon zelf in de binnenste cirkel. Deze persoon staat echter niet alleen om te voorzien in zijn noden en behoeften maar wordt omgeven door meerdere sociale relaties. Deze worden weergegeven door concentrische cirkels waarop de persoon kan terugvallen. De sociale relaties kunnen zowel informeel als formeel zijn. De informele sociale relaties staan in dit model het dichtst bij het individu. Het gaat om familie en vrienden. Die vormen de tweede concentrische cirkel. Na familie en vrienden plaatst dit model informele contacten in de gemeenschap als derde concentrische cirkel rond de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Hieronder vallen bijvoorbeeld burens en vrijwilligers. De volgende cirkel is het universeel toegankelijke, persoonsgerichte en geïntegreerde zorg- en ondersteuningsaanbod (World Health Organisation, 2015).

Al deze concentrische cirkels samen vormen het sociale netwerk van de zorgbehoevende persoon. Het concept 'sociaal netwerk' verwijst dus naar het web van sociale relaties dat een individu omringt

⁶ De sector van personen met een handicap maakt geen deel uit van de VSB, met uitzondering van het basisondersteuningsbudget.

⁷ American Association on Mental Retardation

(Heaney & Israel, 2008). Belangrijk om aan te geven hierbij is dat het cirkelmodel niet mag begrepen worden in die zin dat eerst alle mogelijkheden van de binnenste cirkels moeten uitgeput zijn vooraleer ondersteuning vanuit een volgende cirkel kan geboden worden. Het uitgangspunt is de complementariteit van de verschillende cirkels. Door te kiezen voor het principe van complementariteit wordt een samenspel tussen informele en formele zorg mogelijk gemaakt. Anders dan het Vlaamse model, maakt de WHO geen onderscheid in algemene rechtstreeks toegankelijke professionele zorg- en dienstverlening⁸ (cirkel 4) en gespecialiseerde zorg- en dienstverlening voor personen met een handicap (cirkel 5). Deze laatste cirkel is met andere woorden niet rechtstreeks toegankelijk zonder erkenning van de overheid. Ook het expliciet vermelde uitgangspunt “de behoeften, vragen en doelstellingen van de zorgvrager en zijn naaste omgeving meer op de voorgrond te plaatsen” sluit aan bij het AAMR-cirkel model dat het individu met zijn zorgvraag centraal stelt in relatie met zijn naaste omgeving.

Dit model ondersteunt ook de idee van vermaatschappelijking van de zorg. Vermaatschappelijking van de zorg vertrekt vanuit de overtuiging dat goede zorg deel uitmaakt van het dagelijkse sociale leven van mensen. Zorg die in en door de maatschappij gegeven wordt, wordt gezien als betere zorg die leidt tot een betere kwaliteit van leven. Deze zorg is volgens dit model dan ook een essentieel en centraal element dat aangemoedigd moet worden. De Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin omschrijft het begrip vermaatschappelijking van zorg in haar visienota van 2012 als volgt:

“Verschuiving binnen de zorg waarbij ernaar gestreefd wordt om mensen met beperkingen, chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- en emotionele problemen, mensen die in armoede leven, ..., met al hun mogelijkheden en kwetsbaarheden een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, hen daarbij waar nodig te ondersteunen en de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de samenleving te laten verlopen. Begrippen die hierbij een rol spelen zijn onder meer de-institutionalisering, community care, empowerment, krachten contextgericht werken, vraagsturing en respijtzorg”. (Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2012-2013; SAR WGG, 2012; Everaert et al., 2015; Vandeurzen, 2018).

Met deze invulling van vermaatschappelijking wil Vlaanderen inzetten op goede zorg en hulpverlening die elke zorggebruiker in staat stelt om te kunnen participeren aan de samenleving, ondanks zijn of haar zorgvraag. Een inclusieve samenleving wordt hierbij als doel naar voren geschoven, ook voor mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties (Vandeurzen, 2018).

Op vermaatschappelijking van de zorg komt ook kritiek. Vermaatschappelijking is op zich een positieve zaak, maar er moet steeds over gewaakt worden dat niemand tussen de mazen van het net valt doordat de vermaatschappelijking niet doordringt tot bepaalde groepen van de samenleving die moeilijker te bereiken zijn. Evenmin mag vermaatschappelijking betekenen dat we ‘verplicht’ zijn, of verondersteld worden, om mantelzorg te geven of vrijwilligerswerk te doen. Samengevat formuleren we hieronder een aantal concrete kritieken die vervolgens kunnen fungeren als centrale aandachtspunten.

Een vaak terugkerende kritiek op vermaatschappelijking is dat inclusief burgerschap niet gerealiseerd wordt voor de meest kwetsbare groepen in de samenleving omdat vermaatschappelijking uitgaat van actief burgerschap. Vermaatschappelijking wordt gelinkt aan keuzevrijheid, zelfregie en zelfbeschikking. Dit impliceert dat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood de regie over het eigen leven zelf

⁸ Onder rechtstreeks toegankelijke professionele zorgvormen worden de volgende diensten verstaan: thuiszorg, Centra voor dagverzorging, woonzorgcentra, kortverblijf, initiatieven beschut wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen, revalidatie.

in handen moet hebben. Het veronderstelt ook dat de persoon een eigen netwerk heeft. Voor kwetsbare groepen voor wie zelfzorg sowieso al niet eenvoudig is, en die geen beroep kunnen doen op de eerste concentrische cirkels, kan dit problematisch zijn. Voor hen zijn de formele zorgverleners de eersten op wie ze beroep doen of kunnen doen (Linders, 2009; Demaerschalk & Hermans, 2018).

Een andere kritiek is dat vermaatschappelijking sterk verbonden wordt met de-institutionalisering van de zorg. Zorg buiten instituties, in de gewone leefomgeving, is uiteraard vooral een positieve zaak. De kritiek heeft te maken met de bekommernis dat institutionele zorg ook niet meer mogelijk zou zijn voor mensen die hier wel degelijk nood aan hebben. In dat geval wordt het begrip 'vermaatschappelijking' misbruikt in een besparingslogica. Dit zou immers leiden tot een verhoging van de kwetsbaarheid van bepaalde groepen en een vermindering van de beschikbaarheid van noodzakelijke zorg.

Ten slotte is er de kritiek dat het begrip te pas en te onpas ingezet wordt. Het is dan ook belangrijk erover te waken dat het geen holle container wordt waar gratis beleidskeuzes aan toegeschreven worden. Het is belangrijk voor de coherentie van het debat dat er telkens met dezelfde, duidelijk omschreven definitie gewerkt wordt.

Zoals het AAMR-cirkelmodel aangeeft, heeft ook de omgeving – de context – waarbinnen het zorgsysteem functioneert een impact op de zorg en ondersteuning die wordt gegeven. De organisatie van de zorg wordt door het gevoerde beleid en de beschikbare middelen vormgegeven (Visienota VSB). Beleid dat gericht is op integrale zorg en ondersteuning is ook gericht op structurele determinanten van welzijn en gezondheid (SAR WGG, 2012). De beleidsstrategie Health in All Policies (HiAP) – onderschreven door de WHO en de Vlaamse Regering – vraagt hier aandacht voor. Er zijn immers meerdere factoren – sociale, ecologische en economische – die een impact hebben op de gezondheid van burgers en die van belang zijn om gezondheidsongelijkheid tegen te gaan. De gezondheid van individuen wordt met andere woorden beïnvloed door meerdere factoren (beleidsdomeinen) die buiten de directe welzijns- en gezondheidssector vallen. In die zin is het beter te spreken over "Health and Well-Being in All Policies." Domeinen met een belangrijke impact op welzijn zijn onder meer volksgezondheid, gezin, huisvesting, financiën en onderwijs. Ook de SAR WGG hecht belang aan de 'health and well-being in all policies'-aanpak⁹. In dit onderzoek richten we ons op de bevoegdheden van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Gezin. Dit betekent echter niet dat er in latere fases geen linken met andere bevoegdheidsdomeinen gemaakt kunnen worden.

2.2 Uitgangspunten: integrale zorg en ondersteuning, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven

Wat betreft de uitgangspunten vinden we in het decreet het volgende terug (Art. 6. § 1.): "De Vlaamse Sociale Bescherming draagt bij tot een integrale zorg en ondersteuning en het verhogen van de zelfredzaamheid en neemt de behoeften, vragen en doelstellingen van de persoon met zorgbehoefte en zijn naaste omgeving en het nastreven van kwaliteit van leven als uitgangspunt." De centrale begrippen zullen hier toegelicht worden.

⁹ https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Infographic_healthinallpolicies.pdf

2.2.1 Kwaliteit van leven

Het eerste uitgangspunt van het decreet VSB is kwaliteit van leven. De Memorie van toelichting van het ontwerp van decreet houdende Vlaamse Sociale Bescherming (Memorie van Toelichting VSB) stelt dat de uiteindelijke toetssteen van de VSB de kwaliteit van leven van de persoon met de zorgbehoefte is.¹⁰ Kwaliteit van leven wordt echter niet gedefinieerd in het decreet. Bovendien is ook geen eenduidige definiëring terug te vinden in de literatuur. Alleen al in 2020 werden meer dan 9 000 wetenschappelijke papers met 'quality of life' in de titel opgenomen in Web of Science. Deze papers hanteren verschillende definities van kwaliteit van leven of definiëren zelfs niet wat kwaliteit van leven is. Variërende interpretaties van wat kwaliteit van leven is, leiden ook tot verschillende maten om het te meten. Er is met andere woorden geen wetenschappelijke consensus (Barcaccia et al., 2013).

De wijze waarop kwaliteit van leven gedefinieerd wordt, heeft echter wel invloed op wat we gaan meten en analyseren om te kijken of die kwaliteit van leven inderdaad gegarandeerd en bevorderd wordt. De vele definities en operationaliseringën maken het moeilijk om te komen tot consensus tussen onderzoekers en klinici (Verdugo et al., 2005; Brown et al., 2004). Wel is er enige consensus dat kwaliteit van leven zowel gaat over objectieveerbare noden als over de subjectieve perceptie van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Gobbens (2016) verwijst naar een veel geciteerde definitie van kwaliteit van leven van de Quality of Life Group van de WHO die ook wijst op de subjectief kenmerken van kwaliteit van leven:

“Kwaliteit van leven is de perceptie van een individu ten aanzien van zijn/haar positie in het leven, binnen de context van de cultuur en de waardensystemen waarin hij/zij leeft, en in relatie tot zijn/haar doelen, verwachtingen, standaarden en interesses.” (WHOQOL Group, 1995, p. 1405; Gobbens, 2016).

Deze definitie wordt ook geciteerd in de Memorie van Toelichting van het Voorontwerp van decreet betreffende de woonzorg. Objectieve kenmerken van kwaliteit van leven hebben betrekking op elementen van de gezondheid van een persoon die geobjectiveerd, waargenomen en dus geëvalueerd kunnen worden door anderen. Subjectieve kenmerken kunnen niet door anderen geobjectiveerd worden, omdat het gaat over het oordeel van de persoon met betrekking tot het eigen welzijn. Hiervoor moet dus bijvoorbeeld een vragenlijst ingevuld worden door de persoon zelf. Het is echter niet zo dat er één algemeen aanvaard instrument bestaat voor alle doelgroepen van de Vlaamse Sociale Bescherming. Sommige personen met een zorg- en ondersteuningsnood kunnen bijvoorbeeld heel goed zelf aangeven welke vormen en wijzen van zorg en ondersteuning hun kwaliteit van leven verhogen. Andere personen, zoals mensen met hersenletsel die revalidatie ontvangen of personen met dementie in de ouderenzorg, kunnen dat veel minder goed.

Bovendien is het zo dat de kwaliteit van iemands leven door vele factoren wordt beïnvloed, niet enkel door de zorg en ondersteuning die hij of zij ontvangt. Een persoon kan zeer kwaliteitsvolle zorg ontvangen en daar ook wel tevreden over zijn, maar toch een lage kwaliteit van leven ervaren omwille van verlies of een relatiebreuk. Kwaliteit van leven gebruiken als toetssteen van een zorgbeleid is met andere woorden niet eenvoudig of vanzelfsprekend. Het is belangrijk, maar niet gemakkelijk te operationaliseren.

¹⁰ Memorie van Toelichting decreet Vlaams sociale bescherming, pg. 22.

2.2.2 Integrale zorg en ondersteuning

Het volgende uitgangspunt dat het decreet VSB vooropstelt is integrale zorg en ondersteuning. Het decreet VSB geeft geen definitie van wat men verstaat onder 'integrale zorg en ondersteuning'. In verschillende andere beleidsdocumenten en decreten wordt dit wel gedefinieerd. Deze definities zijn sectorspecifiek, maar betekenen hetzelfde en spreken elkaar niet tegen.

Geïntegreerde zorg en ondersteuning wordt in het decreet betreffende de woonzorg als volgt gedefinieerd (Art. 2, §1, 3°):

“Het op operationeel en organisatorisch niveau samenwerken van alle betrokken zorg- en welzijnsactoren en initiatieven van vrijwillige en informele zorg in het streven naar een samenhangende en continue zorg en ondersteuning aan de gebruiker en zijn mantelzorgers, waarbij de zorg- en ondersteuningsvraag en de context van de gebruiker het uitgangspunt vormen en dat gedurende de hele levensloop.”

Het decreet betreffende de geestelijke gezondheid definieert integrale zorg en ondersteuning als (Art. 2, 21°):

“De zorg en ondersteuning die zelfzorg, preventie, vrijwillige en informele ondersteuning, acute en langdurige gezondheidszorg, generalistische en gespecialiseerde gezondheidszorg en diensten ter ondersteuning van welzijn, opleiding, tewerkstelling, wonen, vrije tijd en justitie omvat, alsook de onderlinge afhankelijkheid tussen die ondersteunings- en zorgvormen, en dat gedurende de hele levensloop van de gebruiker.”

In de Conceptnota 'Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn' spreekt men van Integrale zorg- en ondersteuning als een zorgbenadering die vertrekt vanuit de persoon als geheel, met al zijn mogelijkheden, capaciteiten en vaardigheden. De zorg krijgt vorm door de gewenste levenskwaliteit, zorgnoden en zorgdoelen van de persoon als uitgangspunt te nemen.

De conceptnota 'De Vlaamse revalidatie: op weg naar een gestroomlijnd, geïntegreerd Vlaams revalidatiebeleid' stelt dat het niet de bedoeling is een sectorale visie te initiëren, maar integendeel om de visie op geïntegreerde zorg centraal te stellen. Zo zullen de revalidatiecentra, die GGZ-revalidatie aanbieden, ook als netwerkpartner deelnemen aan de netwerken geestelijke gezondheid.

2.2.3 Zelfredzaamheid

Zelfredzaamheid wordt in het decreet gedefinieerd op basis van de afwezigheid ervan of het gebrek eraan: een verminderde zelfredzaamheid van personen met een zorg- en ondersteuningsnood. Het decreet definieert verminderde zelfredzaamheid als 'een beperking van de mogelijkheden tot zelfzorg' waarbij zelfzorg dan weer staat voor 'de beslissingen en de acties die een natuurlijke persoon in het dagelijkse leven uitvoert om te voldoen aan zijn basisbehoeften en de bijbehorende activiteiten. Die activiteiten kunnen onder meer betrekking hebben op de uitvoering van huishoudelijke activiteiten, het leggen van sociale contacten en de mogelijkheid om zich te ontplooien en zich te oriënteren in tijd en ruimte'.

In de literatuur worden vooral verwezen naar de uitvoering van activiteiten van het dagelijkse leven (ADL) als een indicatie van zelfredzaamheid. Deze ADL vormen een totaalpakket van het dagelijkse gedrag van een persoon, waardoor hij of zij zelfstandig kan leven, geïntegreerd kan zijn in zijn of haar omgeving en er een betekenisvolle sociale rol kan vervullen. Deze gedragsvormen worden

onderverdeeld in drie niveaus, afhankelijk van hun mate van complexiteit (Devi, 2018; Reuben et al., 1990; Kennisplatform Innovatie Ouderenzorg, 2015).

Het eerste niveau heeft betrekking op basale ADL of zelfzorg en werden reeds in 1963 door Katz et al. beschreven. Basale ADL-activiteiten zijn activiteiten nodig om in leven te blijven en in basisbehoeften te voorzien. Bekende voorbeelden hiervan zijn zich wassen, kleden en eten.

Instrumentele ADL – het tweede niveau – hebben betrekking op het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten (Lawton & Brody, 1969). Deze activiteiten betreffen meer complexe handelingen zoals winkelen, eten klaarmaken, de was doen en medicatie correct innemen. Het gaat over activiteiten die iemand in staat stellen om zich aan zijn omgeving aan te passen en zijn onafhankelijkheid in de gemeenschap te behouden (Lo et al., 2015).

Het laatste niveau is dat van de geavanceerde ADL. Het niveau werd toegevoegd door Reuben et al. in 1990. Deze geavanceerde ADL gaan over zelfontwikkelingsactiviteiten. Zelfontwikkelingsactiviteiten gaan verder dan datgene wat noodzakelijk is om te leven. Het gaat om activiteiten voor ontspanning, zelfontwikkeling, deelname aan culturele en andere vrijetijdsactiviteiten (Boschmans, 2015; Devi, 2018). Ook rijvaardigheid en digitale vaardigheden (bv. internet, gsm, enz.) en het kunnen maken en naleven van afspraken vallen hieronder¹⁶. Deze laatste activiteiten zijn ook belangrijk om zelfstandig te kunnen leven.

Samen vormen deze niveaus een indicator van de mate waarin iemand zelfredzaam is op het vlak van basale, instrumentele en geavanceerde activiteiten. Zoals reeds aangegeven verwijst het decreet naar zelfredzaamheid als het kunnen voorzien in zelfzorg, in basisbehoeften en de bijbehorende activiteiten. In de verdere uitwerking van beleid rond de VSB bouwen we verder op de definiëring van Reuben et al. (1990) in verband met zelfredzaamheid. Op die manier worden alle ADL-niveaus uitgebreid gevat in het concept zelfredzaamheid binnen de VSB.

Naast het in kaart brengen van zelfredzaamheid vanuit het perspectief van de ADL-schaal (i.e. het perspectief van meten) kan zelfredzaamheid ook vanuit andere invalshoeken benaderd worden (Kennisplatform Innovatie Ouderenzorg, 2015). De ADL-benadering is een enge benadering, de nadruk ligt op wat de persoon zelf nog in staat is om te doen. Daartegenover kan men zelfredzaamheid ook in brede zin bekijken en ook de hulp van anderen, het informele netwerk, in rekening nemen. Ook personen die beroep doen op informele of zelfs formele hulp worden dan als zelfredzaam beschouwd (Kennisplatform Innovatie Ouderenzorg, 2015).

Het reeds eerder beschreven AAMR-model van de WHO – onderschreven door de Vlaamse regering – geeft aan dat een persoon niet steeds alleen in staat is om te voorzien in zijn noden en behoeften, maar dat een individu omgeven wordt door meerdere sociale relaties, weergegeven in de concentrische cirkels. Op deze sociale relaties kan het individu bij een verminderde zelfredzaamheid terugvallen. Dit sluit aan bij de brede benadering waarbij zelfredzaamheid zich focust op de mate waarin iemand in staat is om de normale activiteiten van het dagelijkse leven zelfstandig aan te pakken, waarbij ondersteuning van professionele of informele hulp niet uitgesloten wordt.

Dit impliceert onzes inziens meteen de nood aan een sterke verwevenheid van en samenwerking tussen welzijns- en gezondheidszorg. In haar positieve definitie van gezondheid stelt Machteld Huber (2014) gezondheid niet langer louter gelijk aan de af- of aanwezigheid van ziekte, maar definieert ze gezondheid als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk de eigen regie te voeren. Gezondheid is dan 'het vermogen zich aan te passen en een

eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'. Volgens Huber wordt hierin veel meer de potentie benadrukt om gezond te zijn of te worden, zelfs wanneer er sprake is van ziekte.

Vanuit het eerder gedefinieerde concept kwaliteit van leven kunnen we stellen dat er meer nodig is om een kwaliteitsvol leven te leiden dan enkel je huishouden kunnen regelen en in staat zijn om te voorzien in dagelijkse zelfzorg. Zelfredzaamheid met een focus op praktische zaken en praktische handelingen die verricht moeten worden, heeft te weinig oog voor de kwaliteit van leven en voor wat belangrijk is voor een persoon.

We zien hier dan ook een link met de plannen van de Vlaamse overheid voor een Gedeeld Zorg- en Ondersteuningsplan (DZOP), een digitaal platform voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en alle betrokken zorg- en hulpverleners waarop zowel de persoonlijke doelstellingen van de cliënt als de gezondheids- en welzijnselementen die het bereiken van die doelen kunnen belemmeren of bevorderen, raadpleegbaar zijn. Een dergelijke benadering vergroot de mogelijkheden om via de juiste zorg en ondersteuning de kwaliteit van leven van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood te behouden of te verbeteren.

2.3 De negen doelstellingen van de VSB

2.3.1 Doelstelling 1: autonomie en eigen regie

Eigen regie, waarmee bedoeld wordt op de regie over de eigen zorg met het oog op behoud en versterking van autonomie en kwaliteit van leven, is een concept dat vaak gelinkt wordt aan zelfredzaamheid. Beide begrippen zijn gerelateerd, maar er zijn verschillen (Brink & Van der Veen, 2013). Eigen regie heeft te maken met het zelf beslissen over het eigen leven. Brink & Van der Veen (2013) linken eigen regie aan de vraag 'Wat wil ik?'. Zelfredzaamheid gaat over het zelf doen, het effectief uitvoeren: 'Wat kan ik doen?'.

Het concept zelfzorg binnen de VSB behelst beide elementen. De definiëring van zelfzorg in artikel 2 lid 42 beschrijft zelfzorg als:

“De beslissingen en de acties die een natuurlijke persoon in het dagelijkse leven uitvoert om te voldoen aan zijn basisbehoeften, en de bijbehorende activiteiten. Die activiteiten kunnen onder meer betrekking hebben op de uitvoering van huishoudelijke activiteiten, het leggen van sociale contacten en de mogelijkheid om zich te ontplooiën en zich te oriënteren in tijd en ruimte’ artikel 2 lid 42 – decreet VSB”.

Het gaat dus zowel om het beslissen als om het zelf doen. Zelfzorg wijst er dus op dat er voor beide aandacht moet zijn.

Het decreet wil inzetten op regie van de eigen zorg met het oog op behoud en versterking van autonomie. De VSB legt de focus in eerste instantie niet op algemene regie, grip hebben op de gang van zaken in het eigen leven in het algemeen (Pearlin & Schooler, 1978), maar wel op het ervaren van controle over processen die verbonden zijn aan het ontvangen van zorg en ondersteuning of zorgregie (Huisman et al., 2014).

Vanuit psychologische invalshoek linken we de term 'eigen regie' aan de bekwaamheid van individuen om regie over het eigen leven te voeren. De term bekwaamheid maakt het onderscheid tussen 'willen' en 'kunnen' echter niet zo duidelijk. Hierbij ligt de nadruk vooral op individuele, emotionele en

cognitieve processen. Sociologische theorieën brengen ‘eigen regie’ veelal in verband met omgevingsfactoren waarbij bepaalde omgevingsfactoren de eigen regie faciliteren en andere een barrière vormen (Hauwert et al, 2013). Het voeren van eigen regie wordt bemoeilijkt bij complexe zorgbehoeften en/of een beperkte beschikbare hulpbronnen. Bij hulpbronnen die mogelijk kunnen bijdragen aan ervaren regie denken we aan de aanwezigheid van een voldoende groot sociaal netwerk, voldoende inkomen en specifieke persoonlijkheidskenmerken die zorggebruikers in staat stellen om in lastige situaties voor zichzelf op te komen of om lasten te delen met anderen.

In welke mate de ervaren regie in de zorg samenhangt met uitkomsten als zorggebruik, inclusief mantelzorg en ervaren kwaliteit van zorg enerzijds en met determinanten als demografische kenmerken en persoonlijke hulpbronnen anderzijds is nog grotendeels onbekend. Het is echter cruciaal om hier inzicht in te krijgen zodat we meer begrijpen van de rol van regie in het zorgproces en eventuele mogelijkheden om regie te bevorderen. Zorgethici (Dohmen, 2015; Christman, 2014) benadrukken dat autonomie niet gelijkgesteld kan worden met onafhankelijkheid. Hierbij spreken ze van een opvatting van autonomie als positieve vrijheid waarbij autonomie enkel ontwikkeld kan worden in relaties met anderen, in situatie van (wederzijdse) afhankelijkheid. Het begrip ‘autonomie’ interpreteren als ‘onafhankelijkheid’ is een reductie en simplificatie die niet houdbaar is, noch voor de zorgbehoevende, noch voor de niet-zorgbehoevende persoon. Relationele autonomie veronderstelt dynamische interactie, waarbij het respect voor autonomie niet automatisch wordt opgevat als het aanbieden van keuzemogelijkheden. Zorg is een proces van wederkerigheid en ware autonomie komt tot stand binnen deze wederkerigheid.

Dit impliceert dat een model van persoonsvolgende financiering oog zal moeten hebben voor de beslissingsvrijheid en het beslissingsrecht van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Tegelijk moet er ook rekening worden gehouden met de haalbaarheid en betaalbaarheid voor de mantelzorgers en vrijwilligers, de zorg- en welzijnsorganisaties en hun personeel en de maatschappij als geheel.

In het SWVG-onderzoek “Doelgerichte zorg integreren in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan” (promotoren prof. dr. An De Sutter en dr. Pauline Boeckxstaens) is een generiek kader ontwikkeld voor het in kaart brengen van levensdoelen en voor de verhouding tussen levensdoelen en operationele zorgdoelen en zorgtaken binnen de zorgplanning. In vervolgonderzoek (promotor dr. Paulien Boeckxstaens) is een opleiding uitgewerkt voor zorgprofessionals, om hen te ondersteunen in het bevragen van levensdoelen bij personen met een zorg- en ondersteuningsnood. Daarnaast is ook de link gelegd met het BelRAI assessment (zie verder) dat de noden en behoeften van de persoon in kaart brengt, waaronder het ADL-functioneren (promotor: prof. dr. Anja Declercq) zodat de levensdoelen verbonden kunnen worden met de kenmerken van de persoon die het bereiken van die doelen voor die persoon hinderen of net bevorderen. Hiermee worden belangrijke stappen gezet om het eerste doel van een model van PVF te bereiken.

2.3.2 Doelstelling 2: mantelzorg

Het is volgens het decreet VSB (art. 6. § 1) de bedoeling om mantelzorg verder te ondersteunen omdat dit een essentieel en onmiskenbaar element is van vraaggestuurde zorg. Een gelijkaardig voornemen om mantelzorg te ondersteunen is terug te vinden in het decreet betreffende de woonzorg (Art. 3. 1°, 3°).

In de huidige samenleving is de beschikbaarheid van mantelzorgers echter verminderd door onder meer demografische factoren (vergrijzing, ontgroening, gezinsverdunding), door veranderde arbeidsomstandigheden (meer flexi- of interimwerk, inspanningen om de werkzaamheidsgraad te verhogen, ...), veranderende gezinssamenstellingen (meer nieuw samengestelde gezinnen, meer alleenstaanden) en de verhoogde pensioenleeftijd. Nochtans is de beschikbaarheid van mantelzorg vaak essentieel om het voor een persoon met een zwaardere zorg- en ondersteuningsnood mogelijk te maken thuis te kunnen blijven.

- De ondersteuning en stimulering van mantelzorg

De vraag is dan hoe het ondersteunen en stimuleren van mantelzorg praktisch uitgevoerd kan worden. Een eerste mogelijkheid is het betalen van mantelzorgers vanuit de persoonsgebonden financiering, zoals dat bij personen met een handicap kan. Dat kan bij de VSB ook wel met het gedeelte in cash (de zorgbudgetten), maar dit gedeelte is eerder beperkt en het is momenteel niet de bedoeling van de Vlaamse overheid om dit gedeelte in cash te verhogen.

Hieronder worden eerst twee belangrijke probleempunten behandeld die meer aandacht vereisen.¹¹ Vanuit deze twee probleempunten wordt dan vervolgens gekeken naar welke vormen van ondersteuning deze problemen zouden kunnen remediëren. Ter conclusie wordt mantelzorg gekaderd in de bredere context van vermaatschappelijking van de zorg. We wijzen er ook op dat in Vlaanderen reeds uitgebreid nagedacht is over het aanmoedigen en verder ondersteunen van mantelzorg. Zo is er het Vlaams mantelzorgplan 2016-2020 met een veelvoud aan concrete aanbevelingen die gesteund zijn op onderzoek bij mantelzorgers (Bronselaer et al., 2016).¹²

- Twee probleempunten

De eerste problematiek is die van het stopzetten van mantelzorg.¹³ Een goede ondersteuning van mantelzorg moet rekening houden met die situaties waarin die mantelzorg net in het gedrang komt. Een mantelzorger moet soms, al dan niet tijdelijk, de mantelzorg stopzetten omwille van ziekte of om andere redenen. Daarom is het aangewezen om een systeem of opvangnetwerk uit te werken dat hierop inspeelt. In situaties waarbij de mantelzorger de zorg enige tijd niet kan opnemen, maar die op termijn wel kan hervatten, is een goede tijdelijke oplossing nodig. Voor veel mantelzorgers is dit een zorg. Ook

¹¹ Er is een veelvoud aan literatuur over mantelzorg beschikbaar, de aard van de uitgekomen problemen houdt hier specifiek verband met het opzet van het decreet VSB en de daarin vermelde doelstellingen.

¹² Zie ook het volgende onderzoek van Mortelmans, D. Declercq, A., De Koker, B., Heylen, L. en Willems, A. dat momenteel nog in uitvoering is: <https://steunpuntwvg.be/onderzoeksprogramma/ef63-sizv>

¹³ Zie bijvoorbeeld <https://www.vlaamse-ouderenraad.be/sites/default/files/downloads/2018-03/2015-SVR%20Informele%20zorg%20in%20dalende%20lijn.pdf>

Hieruit blijkt dat het aantal mensen dat stopt met mantelzorg toeneemt. Een mogelijke reden hiervoor is de toename in zorgzwaarte, maar dit is niet noodzakelijk de enige reden. Het is momenteel op zijn minst een beetje in het duister tasten waarom exact het aantal mensen dat informele zorg verleent daalt (ondanks dat er een hogere nood aan zorg is). Zie hierover ook: Vanderleyden, L., Moons, D., 2016.

bij mensen die nog twijfelen of ze al dan niet mantelzorg zullen opnemen, is deze vrees aanwezig: wat als ze tijdelijk wegvallen, is er dan een tijdelijk alternatief?

Een tijdelijk opvangsysteem zou hier een oplossing kunnen bieden. Hiervoor bestaan uiteraard reeds Centra voor dagverzorging en centra voor kortverblijf. Het kan in die zin dan ook aangewezen zijn dat mantelzorgers beter geïnformeerd worden over de opties die nu reeds voorhanden zijn wanneer de mantelzorg wegvalt. Er kunnen ook nieuwe opties mogelijk worden gemaakt, zoals tijdelijke en snel beschikbare crisiszorg aan huis. Wellicht zijn nog andere alternatieven mogelijk.

De tweede problematiek houdt verband met het dalende aantal mantelzorgers en de demografische samenstelling van de huidige groep mantelzorgers. Naar de toekomst toe is het belangrijk om te kijken hoe we mantelzorg kunnen aanmoedigen bij diegenen die momenteel nog geen mantelzorger zijn. De grootste groep mantelzorgers is momenteel tussen 45 en 64 jaar (hoofdzakelijk 55-64 jaar) oud en het opleidingsniveau van de mantelzorger is lager dan het gemiddeld opleidingsniveau in Vlaanderen. De meeste mantelzorgers zijn vrouwen (VRIND, 2016). Eveneens zien we dat het aantal mantelzorgers doorheen de tijd afneemt.¹⁴ Het is belangrijk dat men dit bekijkt vanuit een toekomstig perspectief: hoeveel mantelzorgers zijn er nodig, welke scenario's zijn er, etc.¹⁵

- Stimuleren van mantelzorg: wetenschappelijke bevindingen

Gezien er momenteel een dalende trend vast te stellen is met betrekking tot het aantal mantelzorgers, in combinatie met een stijgend aantal mensen met een zorg- en ondersteuningsnood, is het meer en anders stimuleren van mantelzorg aangewezen.

Het stimuleren betreft enerzijds het aanmoedigen om mantelzorg op te nemen en anderzijds het ondersteunen van bestaande mantelzorgers, opdat zij de mantelzorg vol kunnen houden. Er zijn vier (combineerbare) pistes die men kan volgen om mantelzorg verder te stimuleren: (1) meer (diverse en flexibele) dienst- en hulpverlening voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsbehoefte, (2) uitbouw van diensten voor de mantelzorger, (3) verbetering van de omstandigheden waarbinnen de mantelzorg verleend wordt en (4) cash tegemoetkomingen (Brimblecombe et al., 2018).

Uit onderzoek blijkt dat de drie meest effectieve beleidsmaatregelen om de pistes (1), (2) en (3) te realiseren, bestaan uit: (a) het (verder) uitbouwen van een systeem van mantelzorgverlof voor de bieder van de mantelzorg, (b) flexibele werkomstandigheden bieden voor de mantelzorger en (c) een goede aanknopingspunt met andere zorgvormen organiseren (thuiszorg en semi-residentiële zorg). Dit wil zeggen dat er in de persoonsvolgende financiering voor een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood eventueel ook diensten of budget voor de mantelzorger worden opgenomen.

Er zijn bijvoorbeeld gevolgen van het geven van informele zorg op de loopbaan van de mantelzorger, waaronder een lagere tewerkstellingsgraad, ook na het eindigen van den mantelzorg, minder uren gaan werken, een kortere loopbaan en minder vaak voltijdse tewerkstelling. Daarmee moet rekening worden gehouden wanneer men mantelzorg wil stimuleren (Brimblecombe et al., 2018). Dit kan ruim bekeken worden. Zo kan er ook nagedacht worden over het laten meetellen van mantelzorgverlof voor de pensioenrechten. Beleidsmatig betekent dit dat er ook ingrepen nodig zijn in andere beleidsdomeinen

¹⁴ <https://www.vlaamse-ouderenraad.be/onderzoek/welzijn-gezondheid-en-zorg/mantelzorg-vlaanderen-dalende-lijn>.

¹⁵ Voor beleidssimulaties inzake verschillende pistes zie: <https://steunpuntwvg.be/onderzoeksprogramma/mp02-prognoses>.

dan enkel dat van welzijn, volksgezondheid en gezin en eventueel ook niet enkel op Vlaams, maar ook op federaal niveau.

In eerste instantie, wanneer het gaat om een korte periode, heeft het verlenen van mantelzorg een positief effect op de mentale gezondheid van de mantelzorger. Wanneer de zorg zich echter in de tijd uitstrekt en de intensiteit ervan toeneemt, neemt de kans op psychische gezondheidsproblemen toe (bv. stress, angst, maar ook verregaandere problemen zoals depressie) (Brimblecombe et al. 2018). Ook hier kan voldoende ondersteuning soelaas bieden. Bovendien moet ook worden ingezet op het informeren van (potentiële) mantelzorgers. Onderzoek wijst ook uit dat mantelzorgers vaak meer nood hebben aan informatie en aan de mogelijkheid om vragen te stellen (Bronselaer et al., 2016).

2.4 Vermaatschappelijking van de zorg

Wanneer we mantelzorg vanuit een breder perspectief willen benaderen binnen het zorgaanbod is het belangrijk om te bekijken hoe mantelzorg kadert binnen de vermaatschappelijking van de zorg. Vermaatschappelijking van de zorg in de zin van zorg in en met de gemeenschap is een positieve evolutie, maar bij sommige mensen leeft de angst dat dit leidt tot een afstoting van zorg door de overheid en een zwaardere belasting voor de mantelzorg. Het is belangrijk om op die bezorgdheid een duidelijk antwoord te bieden. Het is niet de bedoeling en niet wenselijk om vormen van informele zorg in te zetten als kostenbesparing, noch om de toegang tot zorg te verminderen door de uitbouw van mantelzorg. Gezien de dalende beschikbaarheid van mantelzorgers is dit sowieso niet mogelijk.

Bovendien is de omkadering van informele zorg ook niet kosteloos. De aangewezen beleidskeuzes die voortkomen uit onderzoek vereisen mogelijk in andere domeinen financiële tegemoetkomingen, zoals in het domein werk wanneer we spreken over de mogelijkheid van het toekennen en verder uitbouwen van verlof voor mantelzorgers.

Eveneens wordt er vaak vermeld dat de uitwerking van een persoonsvolgende financiering zoals in de VSB nu gebeurt, tot effect kan hebben dat er net nog minder mantelzorg geboden zal worden. Mantelzorgers zouden stoppen met mantelzorg omdat er recht is op formele zorg. Deze vrees wordt echter nergens bevestigd in onderzoek.

Dit neemt niet weg dat we niet uit het oog mogen verliezen dat het aantal mantelzorgers nu al meer dan een decennium significant afneemt. Het is zo dat mantelzorgers vaak intrinsiek gemotiveerd zijn om zorg te bieden, er is immers een persoonlijke band. Wat eerder belangrijk is in deze context is de eerder aangehaalde noodzaak aan opvang indien de mantelzorg tijdelijk wegvalt en de ondersteuning van mantelzorgers in het algemeen en van werkende mantelzorgers in het bijzonder.

Het SWVG-onderzoek 'Informele zorg in Vlaanderen' (promotoren prof. dr. Dimitri Mortelmans, prof. dr. Anja Declercq, dr. Benedicte De Koker, dr. Leen Heylen) heeft tot doel een cijfermatig beeld te schetsen van verschillende informele zorgvormen bij Vlamingen van 18 jaar en ouder. Om veranderingen doorheen de tijd vast te stellen is het de bedoeling om dit surveyonderzoek 4- tot 5-jaarlijks te herhalen. Het onderzoek richt zich op informele zorg als proces, wat betekent dat zowel de determinanten van het verlenen en ontvangen van (potentiële) informele hulp, de actuele praktijken en gevolgen in kaart worden gebracht. De dataverzameling is afgerond, maar de analyses zijn nog lopende. De resultaten zullen een beeld geven van de omvang van het geven van informele zorg in Vlaanderen, het profiel van Vlamingen die wel en geen informele zorg opnemen, de beïnvloedende factoren om informele zorg te geven en te ontvangen, het potentieel voor het geven van informele zorg binnen de

Vlaamse bevolking, de omvang van (de behoefte aan) het ontvangen van informele zorg en de beleving van ontvangen informele hulp en het profiel van Vlamingen die informele zorg ontvangen. De populatie voor dit surveyonderzoek wordt gedefinieerd als Vlamingen van 18 jaar en ouder die verblijven in een privaat huishouden. De studie maakt expliciet de keuze om extra aandacht te besteden aan de leeftijdsgroep van 18 tot 25 en personen boven de 64 jaar omdat deze in voorgaand onderzoek minder belicht werden. Bij beide groepen wordt het volgende onderzocht: de kenmerken van de zorgsituatie, de hulpbronnen (bij zichzelf, informeel, formeel) die ze aanspreken en hun ervaringen bij het gebruik van deze hulpbronnen, de afstemming tussen actoren binnen het zorgnetwerk, de ondersteuningsbehoefte van mantelzorgers en zorgvrijwilligers, de beleving van de zorg en objectieve en subjectieve gevolgen bij mantelzorgers en bij zorgvrijwilligers, de combinatie met rollen die in de verschillende levensfasen worden opgenomen (opleiding, werk, vrije tijd, gezin en huishouden, zorgontvanger en zorggever). De resultaten van dit onderzoek zullen zeer helpend zijn het uitwerken van een vernieuwd mantelzorgplan en bij het formuleren van beleidsaanbevelingen voor het stimuleren en ondersteunen van mantelzorg.

2.4.1 Doelstelling 3: vraaggestuurde zorg

De derde doelstelling spreekt over het concept vraaggestuurde zorg. Vraaggestuurde zorg is zorg waarbij de eigen sturing van de patiënt het vertrekpunt is (Verkooijen, L. 2009). Verschillende vormen van vraagsturing kunnen voorkomen, de mate van vraagsturing is afhankelijk van hoeveel controle de zorgvrager heeft over de invulling en de organisatie van zijn eigen zorg en ondersteuning (Caldwell, 2007). De doelstelling van de VSB is om vraaggestuurde zorg op maat te realiseren door maximaal in te zetten op persoonsvolgende financiering. De huidige contouren van het decreet vullen persoonsvolgende financiering in door een zorgticket en/of een combinatie van zorgbudgetten.

Bij de toelichting van het decreet werd duidelijk dat de persoonsvolgende financiering haar uitwerking vindt in een vorm van vraaggestuurde zorg via een zorgticket. Wat evenwel onmiddellijk opvalt wanneer we de VSB-vorm van persoonsvolgende financiering vergelijken met deze in de zorg voor personen met een handicap, is dat de keuze van de zorggebruiker bij VSB beperkter is. Daar waar in de gehandicaptenzorg gekozen is om het gehele budget cash ter beschikking te stellen van de gebruiker en hierbij een grote vrijheid gelaten is voor de gebruiker ter besteding van dit budget, is het cash gedeelte bij VSB beperkter en wellicht de keuze in de zorgpakketten ook. Het zorgticket blijft beperkt tot erkende zorgvoorzieningen en in die zin is de keuzevrijheid beperkt tot het aanbod.

Wanneer we het oude systeem vergelijken met het nieuwe systeem, gezien vanuit het perspectief van de zorggebruiker, zien we dat er dus op zich niet zo veel verandert. Stel bijvoorbeeld dat een persoon op latere leeftijd besluit te verhuizen naar een woonzorgcentrum. Hij of zij moet zich dan nog steeds wenden (met het zorgticket) tot erkende zorgvoorzieningen. De dagprijs blijft dezelfde. Wat wel een verschil kan maken is de transparantie en vergelijkbaarheid van zorgvoorzieningen. Zo moet het dankzij de grotere uniformiteit mogelijk zijn om een betere vergelijking te maken tussen de verschillende opties. Ook een eventueel grotere nadruk op kwaliteitsindicatoren moet een meer doordachte en persoonlijke keuze bevorderen.

Het grote verschil zit aan de kant van de aanbieder, waar men via een uniforme inschaling over sectoren heen (zie verder) beter in staat zal zijn om de gepaste financiering te krijgen voor de specifieke zorgcategorie. Zorggebruikers zullen correcter en transparanter ingeschaald worden. Daarbovenop zal

men op termijn makkelijker kunnen schakelen en communiceren tussen de verschillende zorgvoorzieningen dankzij het meer uniforme kader.

Wanneer het gebruik van een voucher of ticket beperkt is tot erkende zorgvoorzieningen, dan moet daar ook voldoende aanbod zijn. Het risico op wachtlijsten is reëel indien de capaciteit niet goed wordt gemonitord en er geen ruimte is om fluctuaties in de vraag op te vangen. Rekenen op de vrije markt om hier een aanbod te voorzien kan inderdaad werken, maar is niet waterdicht. De reactie op een toegenomen vraag kan met vertraging of niet komen. Bovendien heeft de markt niet voor alle vormen van zorg interesse. Het is niet altijd duidelijk of bepaalde soorten van zorg bedrijfsmatig interessant genoeg zijn, laat staan dat het aanbod altijd de landelijke verspreiding van de vraag zal volgen. In Nederland, waar meer op de markt wordt gerekend, zien we bijvoorbeeld dat wanneer er (te) weinig zorgvragers zijn met een specifieke zorgnood, vanuit de markt vaak geen antwoord komt (Benoot et al, 2017).

Daarbovenop vereist een systeem waarbij gerekend wordt op de markt vooreerst altijd een zekere vorm van regulering en vervolgens een goed uitgebouwde kwaliteitscontrole. Het is zo dat dit binnen de residentiële woonzorg al ten dele gebeurt, private initiatieven zijn er mogelijk. Of dit evenveel marktinteresse zou vinden binnen andere sectoren is echter niet eenvoudig te voorspellen en soms zelfs eerder te betwijfelen als het gaat om doelgroepen die klein zijn en heel specifieke en/of uitgebreide zorg en begeleiding nodig hebben.

De uitwerking van de persoonsvolgende financiering binnen de Vlaamse Sociale Bescherming neemt eerder een tussenpositie in wat betreft vraagsturing. Er is nog steeds een grote mate van aanbodsturing. Men zou kunnen stellen dat het hier eerder gaat om een vorm van voorzieningsfinanciering waarbij men wel afstand neemt van een op een kostenvergoeding, maar die wel nog steeds sterk aanbodgestuurd is. Er wordt wel sterk ingezet op transparantie en eenvormigheid, wat de keuze, binnen het opgelegde kader, sterk bevordert en ook mogelijk meer onderbouwd maakt voor de gebruiker. Het blijft echter essentieel om te waken over een voldoende groot aanbod. De vraaggestuurde zorg mag niet vervallen in een vraaggestuurde wachtlijstzorg. Permanente en transparante monitoring is essentieel.

Het is niet zo dat vraaggestuurde zorg in se beter of slechter is dan aanbodgestuurde zorg wat betreft de kwaliteit van zorg. Vraaggestuurde zorg voldoet wel meer aan de hedendaagse maatschappelijke verwachtingen. Wel is het zo dat de term persoonsvolgende financiering bepaalde verwachtingen schept, zeker als men er dezelfde betekenis aan hecht als bij het PVB bij personen met een handicap. Het is daarom belangrijk na te denken over de terminologie en over de verwachtingen die de woordkeuze schept.

2.4.2 Doelstelling 4: het regelen van financiële toegang tot kwaliteitsvolle zorg

Deze doelstelling omvat eigenlijk twee doelen: de financiële toegankelijkheid of betaalbaarheid van de zorg voor de persoon men een zorg- en ondersteuningsnood en de garantie voor die persoon dat de kwaliteit van de zorg goed zal zijn. We behandelen beide doelen afzonderlijk.

Financiële toegankelijkheid

Voor de implementatie van het decreet is het noodzakelijk dat nagedacht wordt over de omvang en grootte van de eigen bijdrage voor de woon- en leefkosten en de zorgkosten. Wat betreft de eigen

bijdragen is het nodig een duidelijk overzicht te maken van wat hier in de verschillende zorgvoorzieningen momenteel onder wordt verstaan en welke bedragen zorggebruikers concreet moeten bijdragen op dit moment. Dit is niet uniform in de verschillende zorgvoorzieningen. In sommige sectoren wordt wel en in andere sectoren wordt niet of anders rekening gehouden met de financiële situatie van de zorggebruiker (Rekenhof, 2013). Er worden bijvoorbeeld verschillende sociale correcties toegepast in verschillende sectoren. Daarbovenop zijn er ook nog, los van de financiële draagkracht van de gebruikers, verschillen op te merken tussen de sectoren. Zo is de eigen bijdrage in een woonzorgcentrum hoger dan in een psychiatrisch verzorgingstehuis.

Als het doel van VSB is, om te evolueren naar een uniform systeem, dan kan dit onder meer door gebruik te maken van een lijst met bijzondere doelgroepen die overal op uniforme wijze van toepassing is. De bijzondere doelgroepen betreffen mensen van wie aangenomen wordt dat zij het door hun financiële situatie of levensloop moeilijker hebben om te kunnen bijdragen op dezelfde wijze als anderen. Zij kunnen dan eventueel recht hebben op vermindering van de eigen bijdrage. Zo stelt art. 96 VSB dat er sociale correcties toegepast kunnen worden voor de gebruikersbijdrage en dat de Vlaamse regering in vrijstellingen kan voorzien voor bijzondere doelgroepen. Onder die doelgroepen vallen mensen wier financiële draagkracht klein of te laag is (Art. 96, §2). Dit betekent concreet volgens het decreet dat op zijn minst gekeken zal worden naar het inkomen en de gezinssamenstelling (Art. 96, §3).

Momenteel is er nog weinig uniformiteit op dit vlak. Zo zien we bijvoorbeeld binnen residentiële woonzorg dat de OCMW tussenkomen in de eigen bijdrage wanneer het niet mogelijk is voor de zorggebruiker om dit zelf te betalen. De lijst met bijzondere doelgroepen die de basis zal vormen om te achterhalen wie nu concreet (ten dele) vrijgesteld mag worden van de eigen bijdrage zal het uitgangspunt vormen van het uniforme systeem, ter vervanging van het veelvoud aan sociale correcties die momenteel gehanteerd worden in de verschillende zorgvoorzieningen.

Een belangrijk element hier is dat ook het onderscheid tussen zorgkosten en woon- en leefkosten gemaakt wordt. Het is best dat beide onafhankelijk van elkaar benaderd worden. Er zal dus opgemaakt moeten worden hoeveel de eigen bijdrage mag zijn betreffende de zorgkost, en betreffende de woon- en leefkosten. De vraag die vervolgens ook gesteld zal moeten worden (na de bepaling van de bijzondere doelgroepen) is in hoeverre het beleid verschillen wil toestaan tussen de verschillende zorgvoorzieningen. Het is belangrijk dat elke schijn van willekeur wordt weggewerkt en dat het systeem als rechtvaardig wordt ervaren, via rationeel gefundeerde, meetbare en reële verschillen.

Wanneer enerzijds blijkt dat bepaalde zorgvoorzieningen genoodzaakt zijn een disproportioneel deel meer eigen bijdrage te vragen, dan moet de vraag gesteld worden of dit gerechtvaardigd is en moet er onderzocht worden of er geen onderliggend probleem is dat aan de oorsprong ligt hiervan. Anderzijds is het uiteraard evident dat het type van persoon dat in de residentiële woonzorg geholpen wordt door de band economisch actiever (zal zijn geweest) dan iemand die op (jongere leeftijd) reeds een zorg- en begeleidingsnood ontwikkelde – maar dit type van onderscheid zou op zijn minst ten dele gedekt moeten worden door de bijzondere doelgroepen. Het is dan ook mogelijk dat er naar de toekomst toe correcties zullen gemaakt moeten worden (zowel naar boven als naar beneden, afhankelijk van de zorgvoorziening) met betrekking tot die eigen bijdrage.

De formulering in het decreet impliceert dat er breed gekeken zal worden naar de bijzondere doelgroepen, ruimer dan enkel zij die getroffen zijn door ziekte of beperkingen. Dit brengt echter de moeilijkheid met zich mee van een faire en maatschappelijk aanvaardbare afbakening van de doelgroep. Mogelijk kan men gebruik maken van de definiëring van de personen die recht hebben op een

verhoogde tegemoetkoming zoals vermeld in artikel 37, §19, van de Ziekteverzekeringwet. Dit zou als aanvangspunt genomen kunnen worden om te kijken naar wie nu al dan niet recht heeft op een tegemoetkoming in de kosten.

Het is eveneens aangewezen dat— indien mogelijk – verder gekeken wordt dan de actuele situatie. Dit betekent dat men rekening kan houden met de eerdere beroepsloopbaan en ook met de ruimere familiale context. Dit kan dan mogelijk eveneens aanleiding zijn tot het doorvoeren van een correctie. Dit zou (ten dele) kunnen gebeuren door bijvoorbeeld de reeds bestaande verschillen tussen de sectoren toch te behouden. Het is nu bijvoorbeeld zo dat een persoon nu in de residentiële ouderenzorg een grotere bijdrage levert voor woon- en leefkosten dan in de residentiële geestelijke gezondheidszorg. Dit kan verantwoord worden vanuit het oogpunt dat personen met langdurige en ernstige psychische problemen vaker een onderbroken beroepsloopbaan hebben gehad. Tevens moet nagedacht worden of bepaalde groepen in andere domeinen zoals bijvoorbeeld de ziekteverzekering minder beschermd zijn dan andere groepen. Het kan zijn dat bepaalde voordelen gerechtvaardigd worden vanuit dit oogpunt.

In dit opzicht is het ook zinvol om na te gaan in hoeverre er een draagvlak is voor sociale correcties, en hoever deze kunnen gaan voordat deze op maatschappelijk verzet stoten. Uit onderzoek is gebleken dat er een soort van rangorde is in hoe het recht op uitkeringen wordt gepercipieerd. Zo is er een groter draagvlak en begrip voor uitkeringen voor ouderen, voor zieken en voor mensen met een handicap dan voor zij die jonger zijn dan 65 jaar zijn en potentieel kunnen werken. Daarbovenop blijkt ook dat wanneer ziekte of armoede gepercipieerd wordt als een gevolg van eigen keuzes of beslissingen, mensen minder begrip hebben voor tegemoetkomingen. Tegemoetkomingen hebben dus vooral een draagvlak daar waar ‘ongeluk’ aan de basis ligt van ziekte of armoede. Wanneer het echter te wijten is aan slechte (levens)keuzes is er heel wat minder begrip. (Laenen, 2019). Deze inzichten kunnen belangrijk zijn wanneer men een lijst van bijzondere doelgroepen wil opstellen.

Uiteindelijk is het de bedoeling om te komen tot een lijst van bijzondere doelgroepen die gedeeld wordt door alle verschillende zorgvoorzieningen, mogelijk gepaard met het in stand houden van bepaalde verschillen tussen de zorgvoorzieningen. Het is op korte termijn niet haalbaar, en mogelijk ook niet wenselijk, om het hele systeem te uniformiseren en om te gooien. Bovendien moet de regeling afgestemd worden met het federale niveau, gezien gebruikers vaak van zowel Vlaams als federaal gefinancierde voorzieningen gebruikmaken.

Samengevat moeten dus volgende stappen gezet worden: (1) een inventarisering van de huidige sociale correcties binnen de verschillende zorgvoorzieningen; (2) de creatie van een lijst met bijzondere doelgroepen, waarvoor criteria moeten worden bepaald; (3) de vergelijking van deze lijst met de inventarisering van de huidige correcties en het oplijsten van de verschillen; (4) bepalen of deze verschillen gegrond zijn of niet en op basis van welke criteria dit het geval is. Dit onderzoek zou moeten worden gedaan zowel voor de zorgkosten als voor de woon- en leefkosten.

Kwaliteit

Het meten en het verbeteren van de kwaliteit van zorg zijn belangrijke doelen van de VSB. Zo wordt er onder andere in Art. 136 van het decreet VSB gesproken over ‘incentives voor kwaliteit’ wanneer het gaat over het bepalen van het forfait van de organisatiegebonden financiering. Eveneens wordt er in de conceptnota betreffende de Vlaamse Sociale Bescherming gesproken over het belang van transparantie wat betreft de kwaliteit voor de gebruiker. De praktische uitwerking van vooreerst een systeem om de

kwaliteit te meten en vervolgens een manier om de bevindingen betreffende de kwaliteit transparant te maken naar de zorggebruiker toe vereist nog enige uitbouw.

Het meten van de kwaliteit van zorg is reeds ver gevorderd in Vlaanderen. Het Vlaams Instituut voor kwaliteit van Zorg (VIKZ) heeft als doel de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid in diverse sectoren van de Vlaamse gezondheidszorg en woonzorg transparant te maken en te verbeteren.¹⁶ Het meten en monitoren van de kwaliteit van zorg is essentieel om de kwaliteit ervan te garanderen (Leone et al., 2014).¹⁷

Het is eenvoudiger om de kwaliteit van gelijkaardige zorgvoorzieningen (die een gelijkaardig type van zorg aanbieden, bv. woonzorgcentra) met elkaar te vergelijken dan om de kwaliteit van verschillende sectoren te vergelijken. Er moet nagegaan worden wat als voldoende gelijkaardig beschouwd wordt en wat te verschillend is om te kunnen vergelijken. Momenteel is er in het buitenland geen enkel voorbeeld te vinden van vergelijking over verschillende sectoren heen. Bovendien zijn buitenlandse modellen niet zonder meer toepasbaar in de Vlaamse context. De moeilijkheden die overwonnen zouden moeten worden om dit type van vergelijking mogelijk te maken, zijn niet te onderschatten. Het is ook niet zeker dat dit type van vergelijking nuttig zou zijn.

De conceptnota VSB stelt dat er gestreefd moet worden naar een systeem op basis van kwaliteits-indicatoren in combinatie met accreditering door derden. Wat betreft de kwaliteitsindicatoren is het VIKZ al relatief ver gevorderd met de uitwerking in verschillende sectoren. Concreet zijn kwaliteitsindicatoren, zoals omschreven door het VIKZ:

“gestandaardiseerde, wetenschappelijk onderbouwde maatstaven voor de kwaliteit van zorg die kunnen worden gebruikt om de klinische prestaties en uitkomsten te meten en op te volgen.”¹⁸

Deze kwaliteitsindicatoren zijn dus reeds beschikbaar en bruikbaar voor het doel dat vooropgesteld is in het decreet.

De accreditering door derden is veel minder uitgewerkt, indien men hiervoor zou kiezen. Het zou dus gaan om kwaliteitslabels die gegeven worden aan zorgvoorzieningen door externen. Hierbij moet de vraag gesteld worden door wie die accreditering kan gebeuren en onder welke voorwaarden. Wordt dit overgelaten aan private bedrijven die tegen betaling een kwaliteitsmeting doen en op basis hiervan een label kunnen toekennen of zal hiervoor een (overheids-) instantie (verder) uitgebouwd worden en verantwoordelijk gesteld worden voor deze metingen? Een nadeel van private accreditering kan liggen in de kostprijs voor de zorgvoorzieningen. Het is tevens mogelijk dat dit leidt tot een verwatering van de kwaliteitslabels doordat men gaat ‘shoppen’ voor labels. De vraag die gesteld kan en moet worden, is of het zinvol en werkbaar is en kwaliteitsverhoging zou bevorderen om te werken met een accreditering door derden. Zo is er momenteel weinig bewijs voor de effectiviteit van dit systeem, ondanks zijn hoge kostprijs (Shaw et al., 2019).

¹⁶ Heel wat zaken die hier aangehaald worden zijn dan ook reeds (ten dele) in uitwerking door het VIKZ (Vlaams Instituut voor Kwaliteitszorg). Zie: <https://www.zorgkwaliteit.be/wie-zijn-we>

¹⁷ Momenteel is een voorontwerp van een nieuw Kwaliteitsdecreet in bespreking. Dit decreet kan eventueel een oplossing bieden voor een aantal van de gestelde vragen.

¹⁸ <https://www.zorgkwaliteit.be/vragen/hoe-worden-kwaliteitsindicatoren-gemeten>
Wat betreft verdere informatie in verband met de ontwikkeling, i.e. de methodologie, van deze indicatoren zie https://www.zorgkwaliteit.be/sites/default/files/imports/EVB_indicatoren.pdf

Naast het gebruik van objectieve kwaliteitsindicatoren, is het ook belangrijk om de kwaliteit vanuit het perspectief van de gebruiker te meten. In opdracht van de Vlaamse overheid ontwikkelde het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin in 2016 de Vlaamse CliëntZorgMonitor (Neyens et al., 2016). Dit is een tool om de generieke aspecten van kwaliteit van zorg en ondersteuning op een systematische wijze over alle sectoren heel in kaart te brengen, vanuit het gebruikersperspectief. De ontwikkeling van het instrument gebeurde in samenwerking met de gebruikersorganisaties uit de verschillende sectoren van het beleidsdomein WVG. Het laat toe om de discrepantie te meten tussen wat mensen belangrijk vinden en de mate waarin dit wordt gerealiseerd, waardoor het ook bijzonder bruikbaar is om verbeterpunten te detecteren.

Het is eveneens mogelijk om kwaliteitsindicatoren te berekenen met BelRAI, het assessmentsysteem dat door de Vlaamse overheid is gekozen (zie verder). Ze zijn evenwel nog nergens gebruikt in het kader van financiering. Een voordeel van de kwaliteitsindicatoren die te berekenen zijn met BelRAI is dat deze, door de directe band met de bepaling van de zorgzwaartecategorieën, niet vatbaar zijn voor ‘gaming’. Concreet betekent dit dat het aanpassen van het BelRAI assessment om beter de scores op de kwaliteitsindicatoren een negatieve impact kan hebben op de bruikbaarheid van het assessment voor zorgplanning en voor financiering. Op deze wijze houden beide aspecten elkaar in evenwicht.

Vervolgens moet gekeken worden in hoeverre kwaliteit kan en mag doorwegen in de financiering van de organisatiekosten (cf. Art 136 VSB). De exacte omvang is uiteraard tot op zekere hoogte een maatschappelijke keuze. Er is wel gebleken dat een bepaald midden moet gehaald worden tussen te laag (en ineffectief) en te hoog (te doorslaggevend) (Ogundeji et al., 2016). Het is de bedoeling om de financiële gevolgen op een rechtvaardige en transparante wijze te implementeren. Hieronder worden enkele moeilijkheden opgesomd waarmee rekening gehouden zal moeten worden.

1. Zorgvoorzieningen mogen niet afgestraft worden op zaken die kunnen duiden op lagere kwaliteit, maar waar zij eigenlijk geen impact op hebben of die zij niet veroorzaakt hebben. Het systeem moet dus ook correcties kunnen doorvoeren. Neem bijvoorbeeld de situatie waarbij een patiënt uit het ziekenhuis teruggaat naar een woonzorgcentrum met een doorligwonde die hij of zij opgelopen heeft in dat ziekenhuis. In dat geval mag dit geen impact hebben op een kwaliteitsindicator decubitus voor het woonzorgcentrum. Dit geldt eveneens voor complicaties ten gevolge van bepaalde aandoeningen die nu eenmaal meer bij bepaalde mensen voorkomen dan bij andere. De kwaliteitscontrole moet dus ‘risk-adjusted’ zijn (Terris & Aron, 2009; Quentin et al., 2019). Dit geldt voor de op BelRAI gebaseerde kwaliteitsindicatoren.
2. Er moet gezorgd worden dat kwaliteit niet zodanig gaat doorwegen dat men binnen zorgvoorzieningen hoog-risico gebruikers (bewoners, cliënten of patiënten die een hogere kans hebben op problemen, complicaties, e.d.) gaat weren of ontmoedigen om gebruik te maken van de voorziening (Mannion & Braithwaite, 2012). Men weet immers dat bepaalde zorggebruikers meer dan anderen risico lopen op problemen die negatief kunnen ingeschaald worden in een kwaliteitsanalyse. Het is niet de bedoeling dat de zorgvoorziening enkel die zorggebruikers aantrekt die het ‘minst’ problematisch zijn voor een hoge kwaliteitsscore.
3. Wanneer zorgvoorzieningen met een hoge kwaliteit van zorg een hogere financiering krijgen dan zij die lager scoren, kan dit voor effect hebben dat zij die reeds hoge kwaliteit aanboden, nog betere zorg kunnen aanbieden en dat zij die een slechtere kwaliteit aanboden, nog verslechteren (Mannion & Braithwaite, 2012). Dit wordt uiteraard best vermeden. Men kan bijvoorbeeld in eerste instantie opteren om de financiering van de zwakker scorende voorzieningen te koppelen aan bepaalde voorwaarden, die tot doel

hebben de kwaliteit te verbeteren. Indien dan aan deze voorwaarden voldaan wordt, blijft de financiering op hetzelfde niveau. Indien niet, dan kan de financiering verminderd worden of kan tot andere maatregelen, zoals het wegnemen van de vergunning, besloten worden. Op deze wijze gebeurt een correctie op het bovenvermelde probleem en heeft de zwakker scorende voorziening evenveel kans om te verbeteren als een hoog scorende voorziening.

4. Zoals aangegeven in het decreet is een goede kwaliteit van leven een centraal uitgangspunt. Dat is uiteraard ook een geldig uitgangspunt, maar toch is ook enige voorzichtigheid geboden wanneer we de kwaliteit van leven van de persoon willen meten en laten meetellen in de kwaliteitsanalyse. De levenskwaliteit van een individu is immers afhankelijk van veel meer factoren dan enkel de zorg. Neem bijvoorbeeld de situatie van een persoon wiens partner onlangs overleden is. Deze persoon zal, ongeacht de kwaliteit van zorg, hoogstwaarschijnlijk een lage levenskwaliteit rapporteren. Een instrument dat dit soort van meting kan doen is het BelRAI 'Self-reported Quality of Life'-instrument dat zowel de kwaliteit van leven als de ervaring van de kwaliteit van zorg meet. Het wordt ingevuld door de gebruiker zelf. Het BelRAI SQOL instrument voor de woonzorgcentra werd in de periode 2015-2018 reeds gebruikt in alle Vlaamse woonzorgcentra. Het is evenwel bijzonder moeilijk om de kwaliteit van leven van bepaalde doelgroepen, zoals mensen met cognitieve problemen, te meten.

Door het SWVG werd tevens onderzoek uitgevoerd naar kwaliteitsindicatoren voor de thuiszorg en met name de Diensten Maatschappelijk Werk (Promotor prof. dr. Chantal Van Audenhove) en de woonzorgcentra, voor personen met cognitieve problemen (Promotor prof. dr. Chantal Van Audenhove). Het doel van dit laatste onderzoek was het ontwikkelen en uittesten van een beperkt aantal indicatoren rond aandacht voor dementie in woonzorgcentra en het uitwerken van een nieuwe aanpak om familieleden te rekruteren voor een bevraging met het interRAI-Quality of Life instrument. In het rapport worden een aantal aanbevelingen geformuleerd waarmee verder kan worden gebouwd aan dergelijke kwaliteitsindicatoren.

Uit onderzoek naar incentives om de kwaliteit van zorg te verhogen is gebleken dat er geen eenduidige oplossingen zijn die het gewilde effect hebben. Het effect van incentives blijkt niet heel groot en doorslaggevend te zijn voor het verhogen van de kwaliteit. Maatwerk, het toepassen en implementeren van verschillende mechanismen en aandacht voor te grote nadelen van bepaalde methoden is essentieel (Eckhardt et al. 2019). Gezien de concrete, contextgebonden situaties is het ook niet makkelijk om voorbeelden uit het buitenland zomaar te implementeren in Vlaanderen. Het is eerder belangrijk om de aangehaalde principes en conclusies uit het buitenland correct en aangepast aan de Vlaamse situatie te implementeren. Ten dele zal de implementatie dus een maatschappelijke keuze worden, waar bij de ontwikkeling en uitwerking van een kwaliteitsmeting rekening wordt gehouden met bovenstaande bevindingen.

Belangrijk is ook dat wanneer men de kwaliteitsindicatoren publiek maakt, dit eveneens een effect heeft voor de voorzieningen op financieel vlak. Het is immers te verwachten dat mensen deze kwaliteitsindicatoren gaan bekijken en op basis hiervan beslissingen nemen in het voordeel van de voorzieningen die betere zorg leveren. In die zin is er dus sowieso al een financieel gevolg van de kwaliteitsindicatoren wanneer men deze publiek maakt.

Concreet kunnen we de volgende te nemen stappen onderscheiden: (1) het ontwikkelen en het op punt stellen van kwaliteitsindicatoren, (2) het in gebruik nemen van deze kwaliteitsindicatoren en de

resultaten hiervan communiceren naar de burger toe via bijvoorbeeld een online platform (het VIKZ doet dit al met betrekking tot bepaalde zorgvoorzieningen) en ten slotte (3) kan men deze kwaliteitsindicatoren koppelen aan de organisatiegebonden financiering, rekening houdend met de hierboven vermelde aandachtspunten (risk-adjustment, preselectie tegengaan, ...). Indien men dan eveneens de stap wil maken naar accreditering door derden is het belangrijk dat men aandacht heeft voor deze problematieken en voor de kost die dit met zich kan meebrengen voor de zorgvoorzieningen. Gezien de diversiteit aan sectoren en instellingen is het uiteraard niet uitgesloten – en zelfs waarschijnlijk – dat niet alle sectoren gelijktijdig dit type van implementatie kunnen krijgen. Eveneens is het niet uitgesloten dat er andere incentives bedacht kunnen worden die kunnen bijdragen tot kwaliteitsvolle zorg.

2.4.3 Doelstelling 5: efficiëntiewinsten en transparantie

Het is de bedoeling en de uitdaging van het decreet om verschillende zorgsettings op een uniforme wijze te verbinden met elkaar door hiervoor een gemeenschappelijk kader uit te werken. Ter exploratie en als aanzet tot uniformiseren van de grote verscheidenheid aan zorgsettings is een bevraging uitgevoerd bij alle verschillende zorgsettings, door middel van werkgroepen. De resultaten daarvan zijn samengevat terug te vinden in hoofdstuk 3 en de verslagen van deze werkgroepen zijn integraal terug te vinden in bijlagen 1 tot 19.

2.4.4 Doelstelling 6 en doelstelling 7: objectieve en laagdrempelige beoordeling van de zorgbehoefte en een uniek inschalingsinstrument

Beide doelstellingen worden gerealiseerd door de implementatie van de BelRAI instrumenten. BelRAI is een gestandaardiseerd en uniform beoordelingssysteem dat de zorgnoden van zorggebruikers in kaart brengt. Het BelRAI instrumentarium is toepasbaar over zorgsectoren heen, gezien het zowel algemene kernitems als zorgsetting-specifieke items bevat. Het uiteindelijke doel van het instrumentarium is het optimaliseren van de zorgkwaliteit en de zorgcontinuïteit.

Sinds 2016 onderzoekt het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin de implementatie van het BelRAI instrumentarium in de Vlaamse zorgsectoren die deel uitmaken van de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB). Hierbij is er eveneens aandacht voor de mogelijke rol van BelRAI in financieringsystemen (Declercq, 2019). In 2019 benadrukte de Vlaamse regering in haar regeerakkoord voor de periode 2019-2024 het belang van BelRAI als een uniek inschalingsinstrument voor het beleidsdomein 'Welzijn, Volksgezondheid en Gezin' (WVG) (Vlaamse Regering, 2019). BelRAI moet in een intersectorale context dienen als instrument voor zorgplanning, om de zorgzwaarte te bepalen, de kwaliteit van zorg te meten en als basis voor de financiering.

BelRAI is een verzamelterm voor de Belgische versies van het interRAI instrumentarium, dat een 'suite' van wetenschappelijk onderbouwde en gevalideerde beoordelingsinstrumenten is om de gezondheids- en welzijnssituatie en de zorgnoden van personen met een zorg- en ondersteuningsnood in kaart te brengen¹⁹ (decreet VSB, art 2, 5°). Het uiteindelijke doel van het instrumentarium is het optimaliseren van de zorgkwaliteit en zorgcontinuïteit.

Inhoudelijk verschilt BelRAI weinig van de internationale versie. Waar nodig werden aanpassingen aangebracht gebaseerd op de lokale context van België (Van Eenoo et al., 2017). De verschillende

¹⁹ Art. 2, 5° Decreet 18 mei 2018 houdende de Vlaamse Sociale Bescherming, BS 17 augustus 2018, 65.011

instrumenten kunnen over de zorgsectoren heen gebruikt worden, waarbij een groot deel (tussen de 50 en 70%) van de items hetzelfde zijn in alle instrumenten (kern- of core-items). Daarnaast heeft elke sector of hebben delen van sectoren setting-specifieke items (Declercq, 2019).

BelRAI ondersteunt zorgverleners om de noden en het functioneren van kwetsbare personen en personen met complexe zorgnoden in kaart te brengen, op te volgen en in gesprek te gaan om een kwaliteitsvol zorgplan op te stellen. Vaak gaat het om een multidisciplinair team dat het instrumentarium invult. Op basis van de ingevulde items kunnen via algoritmes resultaten, zoals Clinical Assessment Protocols (CAPs), schalen, kwaliteitsindicatoren en Resource Utilization Groups berekend worden. Om dat gemakkelijker en automatisch te laten verlopen, is software nodig. De zorgverleners gebruiken deze resultaten om samen met de persoon een geïndividualiseerd zorgplan op te stellen of te actualiseren (Van Eenoo et al., 2017). BelRAI zelf levert dus geen zorgplan aan, maar wel goede informatie om een zorgplan op te baseren.

De resultaten van BelRAI zijn nuttig voor verschillende doeleinden. In eerste instantie zijn de resultaten belangrijk en nuttig voor de zorgprofessionals die het instrument invullen. Het moet ondersteuning bieden bij het opstellen of aanpassen van een geïndividualiseerd zorgplan voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Pas in een latere fase, wanneer er voldoende data zijn, kan BelRAI een bijdrage leveren op organisatieniveau voor bijvoorbeeld kwaliteitsmonitoring of personeelsplanning. Als laatste stap kan er gekeken worden hoe de BelRAI gegevens kunnen gebruikt worden op overheidsniveau, bijvoorbeeld als basis voor financiering.

In Vlaanderen en België is reeds heel wat onderzoek over BelRAI gebeurd en lopende. Een eerste inschaling gebeurt bij de meeste personen thuis, met de BelRAI Screener (Declercq & Vermeulen, 2016). De BelRAI Screener is een kort instrument dat toelaat om na te gaan welke en hoeveel gezinszorg een persoon nodig heeft en of die persoon recht heeft op het Zorgbudget voor Zwaar Zorgbehoevenden. Tevens is nagegaan of de BelRAI Screener ook kan worden gebruikt voor de toekenning van het Zorgbudget voor Ouderen met een Zorgbehoefte (Declercq & Vermeulen, 2016; Moors & Declercq, 2019; Van Doren & Declercq, 2022). Bij de BelRAI Screener is ook een Sociaal Supplement ontwikkeld, dat de context van deze persoon in kaart brengt (Van Doren & Declercq, 2021a, 2021b). Om te bepalen of een kind of jongere recht heeft op het Zorgbudget voor Zwaar Zorgbehoevenden, is een BelRAI Screener voor Kinderen en Jongeren ontwikkeld (Neyens & Declercq, 2018; Van Doren & Declercq, 2022). Wanneer de zorg complexer wordt en meerdere organisaties betrokken zijn, is het aangewezen om het BelRAI Home Care instrument te gebruiken, dat langer is en meer aspecten omvat (Lambert et al., 2018a, 2018b). De BelRAI Screener is sinds juni 2021 geïmplementeerd in Vlaanderen en wordt door alle Diensten voor Gezinszorg en alle indicatiestellers voor het ZZZ gebruikt. Het BelRAI Sociaal Supplement is getest en gevalideerd en wordt in juni 2022 ingevoerd. Het BelRAI Home Care instrument is in federale projecten uitgebreid getest en gebruikt. Het wordt in juni 2023 ingevoerd.

In de woonzorgcentra wordt het BelRAI Long Term Care Facilities instrument gebruikt. Ook dit instrument werd in federale projecten getest (Declercq et al., 2011). Het instrument is in een representatief staal van een vijftigtal Vlaamse woonzorgcentra ingevoerd. De dataverzameling eindigde eind maart 2022.

In de geestelijke gezondheidszorg wordt gebruik gemaakt van het BelRAI Mental Health en het BelRAI Community Mental Health instrument, vijf supplementen en het BelRAI Self-report Quality of Life Mental Health instrument. De voorwaarden voor implementatie van deze instrumenten zijn onderzocht

in verschillende projecten (De Groof et al., 2009; Van Horebeek et al., 2020, 2021). Er is nog geen timing vastgelegd voor de implementatie.

Voor de Vlaamse revalidatiesector is geen geschikt interRAI instrument beschikbaar. Daarom is een BelRAI REVA instrument ontwikkeld (Van Regenmortel et al., 2018, 2020). Momenteel wordt een test bij een representatief staal van revalidatievoorzieningen voorbereid.

Het is dus de bedoeling dat in elke sector van de VSB gewerkt wordt met een of meerdere BelRAI instrumenten. De assessments worden in de eerste plaats gebruikt voor zorgplanning, maar op termijn dus ook om de financiering te baseren op de zorgnood van een persoon. Het tempo waarin dit kan gebeuren, zal verschillen van sector tot sector, gezien de implementatie van de BelRAI instrumenten in de ene sector verder staat dan in de andere.

Wanneer persoonsvolgende financiering op basis van BelRAI wordt geïmplementeerd, zal er een startpunt zijn waarop een persoon voor het eerst wordt ingeschaald. Wanneer dit in de thuiszorg gebeurt met een BelRAI Screener, is dit relatief eenvoudig en kan het bij een eerste contact. Het invullen van een volledig BelRAI assessment zoals een HC, LTCF of CMH-instrument, kan echter niet bij een eerste contact. Daarvoor zal een periode van minstens enkele weken nodig zijn, met de tijd om een persoon en diens noden en wensen te leren kennen. Men kan dan mogelijk, zoals nu het geval is bij de woonzorgcentra, niet met 'real time' financiering, maar met een referentieperiode werken. Indien daar niet voor wordt gekozen, dan zal de periode die voor een volledig assessment nodig is, overbrugd moeten worden.

Voor de overbrugging kan dan gewerkt worden met een forfait. Normaal gezien gaat het slechts om een eerder beperkte periode, al zijn er wat verschillen tussen de sectoren. Gemiddeld gezien kan men de volgende tijdlijn nemen voor de verschillende zorgvoorzieningen: in een woonzorgcentrum kost het ongeveer vier tot zes weken om een inschaling te doen, binnen gezinszorg en aanvullende thuiszorg kan het bijna onmiddellijk gebeuren en binnen de geestelijke gezondheidszorg zal het naar alle waarschijnlijkheid om een langere periode gaan dan binnen de woonzorgcentra. Naar de toekomst toe is wel te verwachten dat, wanneer de uniformiteit van het BelRAI instrument op punt staat, veel personen al eerder een assessment kregen door een andere zorgorganisatie.

Een ander issue betreft de herinschaling. Het is evident dat er een wijziging kan plaatsvinden van de zorgnood, soms zelfs heel snel. Het is dan ook de bedoeling dat men op geregelde tijdstippen nieuwe inschalingen doet, waarbij de persoon in een hogere zorgzwaartecategorie kan terechtkomen. Het omgekeerde is uiteraard ook mogelijk, de zorgzwaarte kan ook verlagen. De vraag is dan ook met welk interval men een nieuwe inschaling kan en wil uitvoeren. Gaat dit om de zoveel tijd gebeuren op een vast moment (bijvoorbeeld eenmaal per maand)? Of werkt men met indicatoren die aanduiden dat een nieuwe inschaling nodig is (bijvoorbeeld iemand die al een hogere zorgnood heeft wordt sneller opnieuw geëvalueerd, of de zorgverlener krijgt de mogelijkheid om een nieuwe inschaling aan te vragen). De termijnen die worden gebruikt in andere landen variëren tussen drie maanden en een jaar, vooral afhankelijk van de stabiliteit van de situatie. Sowieso wordt er bij de zorgzwaartecategorieën rekening gehouden met een mogelijke instabiele gezondheidstoestand, snelle wijzigingen zijn dus reeds ten dele ingecalculleerd in het instrument zelf.

De COVID-crisis leerde ons dat een acute zorgnood kan optreden in zorgvoorzieningen. Deze zorgnood kan niet gevat worden door herinschalingen. Tijdens een dergelijke crisis kan de zorgnood drastisch toenemen op enkele weken tijd bij meerdere mensen tegelijk. Op een dergelijk moment zijn meer middelen en meer personeel nodig. Dit dreigt eveneens te gebeuren wanneer er langs de zijde van het

zorgpersoneel een grote uitval is door ziekte. We verwijzen hier enkel naar die situaties die op groepsniveau plaatsvinden door niet te voorziene omstandigheden, (potentiële) acute zorgnoden op individueel niveau zijn reeds vervat in de inschaling. Veranderingen op individueel niveau resulteren in een hogere of lagere BelRAI zorgzwaartecategorie. Het is gebleken dat het exact in deze situaties is, die op groepsniveau plaatsvinden, dat de kwaliteit van zorg heel sterk in het gedrang dreigt te komen. Gezien zorgvoorzieningen een vast aantal personeelsleden hebben is hier uiteraard maar een beperkte flexibiliteit inzake het extra inzetten van personeel. Een mogelijke oplossing bij een acute opstoot aan zorgnood kan het uitrollen van vliegende teams zijn. Dat zouden mobiele teams zijn die niet gebonden zijn aan één zorgvoorziening, maar die opgeroepen of aangevraagd kunnen worden ter facilitering van een acuut hoge zorgnood. Een andere oplossing zou zijn om te werken met een systeem waar andere sectoren, zoals de eerstelijnszorg of de ziekenhuissector, kunnen bijspringen waar nodig. Beide oplossingen, alsook potentiële andere oplossingen, vereisen echter financiering die niet rechtstreeks verbonden is met de bewoners of cliënten van de instellingen. Naar alle waarschijnlijkheid wordt, indien hiervoor gekozen wordt, best gewerkt met een vast (forfaitair) bedrag dat men wil besteden aan deze opvang van de acute zorgnood. Dit mag uiteraard geen afbraak doen aan het persoonsvolgende model dat vertrekt vanuit de vraag van de bewoner of gebruiker.

We gaan ook nog even specifiek in op de discretionaire ruimte binnen de gezinszorg. Het is uiteraard mogelijk dat analoge situaties te vinden zijn – in meer of mindere mate – bij andere zorgvoorzieningen. In de gezinszorg is de discretionaire ruimte evenwel van groot belang. De ontwikkeling van het Sociaal Supplement bij BelRAI (zie supra) vormt ook een belangrijke toevoeging, en ten dele een antwoord, op de hier geschetste problematiek. Wanneer we kijken naar de financiering van de gezinszorg zien we dat zij door de financiering in een enveloppe van uren een grote discretionaire ruimte (moeten) hanteren om hun diensten (adequaat) te leveren. Met deze discretionaire ruimte bedoelen we de verschillen in aangeboden hulp (i.e. aantal uren) die de diensten zelf bepalen. Mensen met een op het eerste zicht gelijkaardige vraag kunnen toch een verschillend aanbod krijgen. Naar eigen inzicht en ervaring kunnen deze diensten momenteel opteren om het totale aantal uren anders te verdelen dan louter op basis van objectieve parameters. Dit onderscheid is momenteel niet problematisch door de wijze waarop gezinszorg wordt gefinancierd. Of andersom, dit onderscheid is net ontstaan door de wijze waarop de financiering gebeurt. In een eerste stap bepaalt de Vlaamse regering op jaarlijkse basis het totaal aantal uren gesubsidieerde gezinszorg. Vervolgens worden die uren verdeeld (op basis van de prestaties) tussen de erkende diensten voor gezinszorg. Dit is het urencontingent dat de erkende diensten gezinszorg kunnen besteden. Het is eveneens belangrijk om op te merken dat deze aanpassingen momenteel informeel gebeuren. Er is geen formele verantwoording nodig. Neem het volgende, sterk vereenvoudigde voorbeeld: twee mensen komen met een gelijkaardige hulpvraag bij een erkende dienst gezinszorg. Gezien de diensten zelf kunnen inspelen op de noden van de hulpvrager kunnen zij besluiten om 2 uur toe te kennen aan de ene persoon en 8 uur aan de andere persoon, ondanks het feit dat zij eigenlijk een gelijkaardige hulpvraag hebben die in theorie 5 uur hulp zou vereisen. Dit verschil in toegekende uren kan gerechtvaardigd zijn omwille van verschillen in de context of de persoonlijke situatie van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag.

Wanneer we dit echter vergelijken met de nieuwe financieringswijze met het zorgticket ligt dit moeilijker. Wanneer het zorgticket een aantal uren hulp vermeldt, is het niet meer zo makkelijk om aan de betrokkene te laten weten dat er toch minder uren aangeboden worden. De vraag is dan ook in hoeverre diensten zelf nog een discretionaire ruimte zullen hebben om dit soort beslissingen te nemen. Uit rondvraag bij gezinshulp blijkt dat deze discretionaire ruimte als essentieel wordt gezien voor een

adequate dienstverlening. Het verdwijnen hiervan zou dan ook als problematisch ervaren worden en een goede dienstverlening belemmeren. Zelfs indien men toch zou toestaan dat deze diensten een bepaalde vrije ruimte nemen om te sleutelen aan de toegekende uren is dit niet voor de hand liggend, de zorggebruiker of hulpbehoevende heeft immers een zorgticket met een aantal uren dat hij mag gebruiken. Indien men zich aanbiedt met een zorgticket en dan blijkt dat men de uren waar men recht op heeft niet kan krijgen, kan dit leiden tot wrevel.

De op te lossen vraag is hier dus drievoudig: (1) Kan het type van discretionaire ruimte zoals hierboven beschreven, blijven bestaan? Is het gewenst dat dit bestaat? (2) Indien men dit wil behouden, hoe kan dit dan gecombineerd worden met de toekenning van een zorgticket dat een specifiek aantal uren of bedrag (dat goed is voor een aantal uren) vermeldt? Ten slotte (3) kan men zich ook afvragen wat de betekenis is van zulke discretionaire ruimte binnen de idee van een persoonsvolgende financiering. Breekt dit met die centrale gedachte van persoonsvolgend te zijn, of was het originele systeem (zoals binnen de gezinszorg) eigenlijk al persoonsvolgend (maar dan op een andere wijze)? Deze vragen vereisen een antwoord.

Tot slot valt op te merken dat dankzij discretionaire ruimte bij de voorzieningen, er voorheen al persoonsvolgend gewerkt kon worden. Het behouden van deze discretionaire ruimte is geen vermindering van het persoonsvolgende karakter en kan in zekere zin een verruiming zijn doordat ze ruimte laat voor de diensten om zelf – bovenop – de toegekende zorg meer of minder in te spelen op concrete en contextgebonden noden, zoals bijvoorbeeld het stimuleren en verruimen van de autonomie van de gebruiker. Het is evenwel noodzakelijk dat de gebruiker hier ook inspraak in krijgt.

Er is ook nog de vraag wie controle gaat uitoefenen op de BelRAI inschalingen gedaan door zorgvoorzieningen. Gezien de inschaling essentieel is voor de financiering, is het aangewezen dat hier een niet te omzeilen en neutrale controle op komt. Eveneens moet naar de toekomst toe aandacht besteed worden aan ‘gaming’ van het systeem. Zo is het in het buitenland gebleken bij sommige ICT-systemen dat het mogelijk was om de financiering of de inschaling onrechtmatig te beïnvloeden door systematisch bepaalde zaken in te geven die een ‘beter’ resultaat uitkwamen. Datamining kan hierbij helpen om bepaalde patronen vast te stellen en te herkennen. Het is niet de bedoeling om uitgebreid in te gaan op de controle op individueel niveau. Het is voornamelijk belangrijk dat men grootschalige gaming tegengaat waarbij bepaalde zorgvoorzieningen op grote schaal systematisch de invulling van het BelRAI assessment in een bepaalde richting kunnen sturen. BelRAI bevat echter uit zichzelf al heel wat checks. Zo kan bijvoorbeeld een te negatieve BelRAI inschaling met als doel een hogere financiering te bekomen, nefaste gevolgen hebben voor de kwaliteitsindicatoren gekoppeld aan BelRAI.

- 2.4.5 Doelstelling 8: toegang tot één loket voor alle vragen over dossiers en rechten bij de zorgkas voor wat de tegemoetkomingen in het kader van de Vlaamse Sociale Bescherming betreft;

Deze doelstelling wordt onder meer gerealiseerd door de ontwikkeling van het Vlaamse IT-platform voor BelRAI, waardoor alle data op één plaats worden verzameld.

- 2.4.6 Doelstelling 9: realiseren van zorgcontinuïteit en waar nodig aanklappende zorg, onder andere door middel van een organisatiegebonden financiering die complementair is aan persoonsvolgende financiering van de zorg

Het gebruik van BelRAI en het delen van BelRAI assessments tussen en binnen sectoren is een hulpmiddel voor meer continuïteit van zorg. Aanklappende zorg richt zich tot mensen die zorg vermijden. Zorgwekkende zorgmijders zijn personen die hulp of zorg nodig hebben, maar de hulp ontwijken en zelfs weigeren indien die aangeboden wordt. De omvang van het probleem is naar alle waarschijnlijkheid verschillend afhankelijk van het type zorg. Doordat zorgmijding een inherent aspect is van bepaalde psychiatrische ziektebeelden komt het bijvoorbeeld meer systematisch voor in deze sector. Dit betekent echter niet dat het fenomeen niet regelmatig voorkomt binnen andere zorgvoorzieningen. Het is noodzakelijk dat de zorg gefinancierd wordt waar ze ook werkelijk gegeven wordt, ondanks het ontbreken van een zorgvraag en dus wellicht ook het ontbreken van een officiële inschaling. Het gaat dus om die zorg die gegeven wordt buiten het officiële kader doordat de zorgbehoevende niet openstaat om zich via de normale weg te laten verzorgen. Wat betreft de opvolging van zorgmijders wordt er ook nu reeds sector per sector gewerkt volgens bekende en beproefde mechanismen. Dit neemt niet weg dat een verdere uitbouw en nadenken over zorgmijding een essentieel aspect blijft van goede zorg.

Wat betreft de financiering is een eenvormig systeem naar alle waarschijnlijkheid niet zo problematisch als de praktische aanpak van zorgmijders. De vraag die beantwoord moet worden is hoe de financiering hiervan zal geregeld worden. Gezien het gaat om zorgmijders is er uiteraard geen inschaling gebeurd en het is niet makkelijk om zicht te krijgen op de inschaling die nodig is. Er kan bijvoorbeeld gekozen worden om te werken met een forfaitair bedrag per persoon of per verwacht aantal personen.

Inzake de financiering is er een problematiek die enigszins gerelateerd is aan deze van zorgmijding: sommige sectoren hebben te maken met het niet opdagen van zorggebruikers. Zo geeft revalidatie voor verslaafden (7.73) bijvoorbeeld aan dat dit oploopt tot 30 á 35% in de ambulante centra. Ook hiervoor is het aangewezen na te denken over financiering, want ook dit brengt kosten met zich mee die niet gerelateerd kunnen worden aan een zorgzwaartecategorie omdat deze mensen nooit tot inschaling komen. Ook in deze context zou werken met forfaitaire bedrag een bruikbare piste zijn. Net zoals met de problematiek van de zorgmijding moet nagedacht worden over de grootte en omvang van deze forfaitaire bijdrage.

Kosten die in het kader van de Vlaamse Sociale Bescherming worden vergoed, kunnen opgedeeld worden in twee categorieën. Enerzijds gaat het over zorggebonden financiering, die persoonsvolgend is en anderzijds over de organisatiegebonden financiering (Decreet VSB, art. 7).

De zorggebonden financiering wordt door de zorgkas toegekend en bestaat uit tegemoetkomingen aan zorggebruikers in de vorm van een persoonsvolgend budget. Dit persoonsvolgend budget kan bestaan uit (1) een zorgbudget en/of een toekenning van (2) een zorgticket of (3) de toekenning van een tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen. De zorgbudgetten zijn vergoedingen in cash die tot doel hebben de extra kosten te vergoeden die zorggebruikers hebben die gedurende een langere periode

veel zorg nodig hebben. Zorggebruikers kunnen deze vrij inzetten. De drie pijlers die hieraan gelinkt worden zijn: het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden, het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood en het basisondersteuningsbudget. Dit laatste is uitdovend.

Naast het zorgbudget en de tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen kan het persoonsvolgende budget ook bestaan uit een zorgticket. Dit zorgticket wordt gelinkt aan de vijf overige pijlers van de VSB. Anders dan de zorgbudgetten geeft het zorgticket geen recht op vrij besteedbare cash budgetten maar is het een voucher waaraan een bepaalde financiële waarde gekoppeld is. De zorggebruiker kan de voucher gebruiken binnen een erkende zorginstelling. Andere kosten zoals woon- en leefkosten worden niet, of in mindere mate, vergoed. Zo vermeldt het decreet immers dat de Vlaamse Regering voor elke pijler nadere regels kan vaststellen voor de berekeningswijze van de bijdrage voor woon- en leefkosten, die ten laste is van de gebruiker die een beroep doet op zorg, die gepaard gaat met een dag- of nachtverblijf (art 96 § 2.). Bepaalde zorggebonden kosten zullen ten laste van de zorggebruiker blijven in de vorm van een gebruikersbijdrage. Welke zorgkosten dat zijn en voor welke zorgvormen dit geldt, is evenwel nog niet geconcretiseerd. Dat zal verduidelijkt moeten worden.

Met deze zorggebonden financiering wil de Vlaamse regering personen met een objectief vastgestelde zorgnood alsook de organisaties die hen helpen, vergoeden voor de zorgkost die gepaard gaat met de zorgnood. Een hogere zorgnood gaat samen met een hogere zorgkost. De financiering zal (indien mogelijk) direct gerelateerd zijn aan de variabele zorgkost in functie van de zorgzwaarte van de persoon (cf. infra) en zal via een derdebetalerssysteem uitgekeerd worden aan de erkende zorgaanbieder die de zorgvraag van de cliënt beantwoordt.

De tweede categorie betreft de organisatiegebonden financiering. Vanuit het oogpunt van de aanbieder van zorg zal men als zorgaanbieder recht hebben op organisatiegebonden financiering. Via deze financiering levert de Vlaamse overheid een bijdrage aan uitgaven die specifiek en noodzakelijk zijn voor de duurzame uitbating van een zorgvoorziening los van de individuele zorgbehoefte van de persoon. Deze organisatiegebonden vergoeding kan al dan niet tijdelijke incentives bevatten inzake efficiënt beheer, kwaliteit, samenwerking, preventie, stimuli voor subsidiariteit van zorgvormen en dergelijke meer (cf. infra). In hoofdstuk 5 gaan we verder in op de benoemde concepten en de daarmee verbonden kosten.

Hoofdstuk 2

De ontwikkeling van een uniform begrippenkader voor de Vlaamse Sociale Bescherming

De zesde staatshervorming, en later het decreet Vlaamse Sociale Bescherming, hebben tot doel om een brede waaier aan zorgvormen samen te brengen en deze vervolgens op uniforme wijze te financieren. Zoals reeds aangegeven in het vorige hoofdstuk onderscheidt het decreet negen pijlers binnen de VSB. Het decreet bepaalt dat de manier waarop zorggebruikers deze negen tegemoetkomingen kunnen aanwenden verschillend is. De wijze waarop men de tegemoetkoming voor zorg en ondersteuning kan aanwenden kunnen we clusteren in drie categorieën.

Per categorie tracht het decreet toe te werken naar meer uniformiteit. De eerste categorie (1) is deze van het Vlaams zorgbudget en bestaat uit de drie cash tegemoetkomingen die de VSB omvat voor mensen die nood hebben aan zorg. Hier werkt men aan een uniforme inschaling aan de hand van BelRAI. Voor het Zorgbudget voor Zwaar Zorgbehoevenden is de BelRAI Screener sinds juni 2021 het verplichte instrument. Voor het Zorgbudget voor Ouderen met een Zorgnood zijn afkappunten op de BelRAI Screener bepaald. In lopend onderzoek van het SWVG (Promotor: Prof. dr. Anja Declercq) wordt nagegaan of deze afkappunten valide zijn. Het Basisondersteuningsbudget is uitdovend. De pijler mobiliteitshulpmiddelen die alleen tot de tweede categorie behoort (2), is sinds 1 januari 2019 een onderdeel van de Vlaamse Sociale Bescherming, net zoals de eerste categorie met de Vlaamse budgetten. De derde categorie is het Vlaamse Zorgticket (3). Tegemoetkomingen in deze categorie zijn toegankelijk via een trekkingsrecht. Aan deze categorie linken we dan ook alle zorgvormen verbonden aan de volgende vijf pijlers van de Vlaamse Sociale Bescherming: (a) de residentiële ouderenzorg; (b) de geestelijke gezondheidszorg, met inbegrip van de revalidatie die voornamelijk gericht is op de psychosociale aspecten; (c) de revalidatie die voornamelijk gericht is op het herstel van fysieke functies; (d) de thuiszorg; (e) de transmurale zorg. Alle zorgvormen²⁰ binnen de VSB die tot deze derde en laatste categorie behoren, hebben vandaag de dag een eigen zorgaanbod, instrumentarium, regelgeving en financieringsmodel met daaraan verbonden een eigen terminologie. Toewerken naar een meer uniform begrippenkader is een eerste stap naar meer flexibiliteit voor de zorggebruiker zodat er in de toekomst eenvoudiger en op maat van de gebruiker kan worden overgeschakeld tussen zorgvormen.

Omwille van de veelheid aan zorgvormen die de VSB rijk is (binnen deze vijf pijlers met een trekkingsrecht) werd ervoor gekozen om in verschillende stappen te werken. Vooreerst is een nota uitgewerkt op basis van een studie van beleidsteksten, decreten en wetenschappelijke bronnen. Deze nota is vervolgens voorgelegd aan experts uit het werkveld. Hiervoor zijn werkgroepen opgericht waarin de nota is besproken. De resultaten en conclusies van de werkgroepen vormden vervolgens de input voor de verdere uitwerking van de visienota betreffende het uniform begrippenkader voor de Vlaamse Sociale Bescherming. De neerslag hiervan is hierna terug te vinden.

²⁰ Zorgvorm: De wijze waarop de niet-medische hulp- en dienstverlening wordt verstrekt, door of een residentiële zorgvoorziening, een niet-residentiële zorgvoorziening, een zorgverlener of een mantelzorgverlener.

1 De uitwerking van een eerste nota op basis van een eerste studie van beleidsteksten, decreten en wetenschappelijke bronnen

Op basis van een eerste studie van de betrokken beleidsteksten, decreten en een scan van de wetenschappelijke literatuur werd een eerste visienota uitgewerkt. De nota 'Ontwikkeling van het conceptueel kader – Informatie- en discussienota' werd voorgelegd aan de leden van de projectstuurgroep op het overleg van januari 2019.

Het eerste resultaat van deze herwerking kan teruggevonden worden in de visienota "Voorbereidende nota ter voorbereiding van de werkgroepen PVF - september – oktober 2019" (zie hieronder). Deze nota is een werktekst die gebruikt werd om de voorlopig uitgewerkte concepten voor te leggen aan de experts uit het werkveld die participeerden aan de werkgroepen.

Voorbereidende nota ter voorbereiding van de werkgroepen PVF - september – oktober 2019

Definities

Aanklampende zorg: De ongevraagde zorg vanuit betrokkenheid op basis van signalen uit de omgeving, die er in uitzonderlijke omstandigheden op gericht is de gezondheids- en welzijnssituatie te verbeteren of overlast te vermijden, en specifieke doelgroepen die zorg op een zorgwekkende manier mijden of van wie de omgeving dat doet, te motiveren om zorg en ondersteuning te aanvaarden. (Woonzorgdecreet art. 4. §1, 8°; Memorie van Toelichting Decreet betreffende de Geestelijke Gezondheid, 2017)

Ambulante zorg: De zorggebruiker en/of zijn netwerk komen voor de zorg en ondersteuning naar de zorgvoorziening/hulpverlener.

Crisiszorg: Zorg en ondersteuning die geboden wordt in een niet-levensbedreigende acuut beleefde noodsituatie (plotseling en dus onverwacht noodzakelijk), waarbij de fysieke, psychische, sociale en materiële veiligheid en gezondheid van de gebruiker of zijn directe omgeving bedreigd is of wordt. Deze noodsituatie vereist een onmiddellijke en aangepaste zorgactiviteit die niet uitgesteld kan worden. Deze zorgactiviteit is beperkt in de tijd en duurt niet langer dan een vooraf bepaalde periode.

Kortdurend zorgtraject: Een zorgtraject waarin gespecialiseerde professionele zorg en ondersteuning geboden wordt aan een zorggebruiker waarvan de zorgvraag voorspelbaar is op basis van kenmerken van zijn zorgbehoefte en er zorg geboden wordt over een vooraf afgebakende periode.

Langdurig zorgtraject: Een zorgtraject waarin gespecialiseerde professionele zorg en ondersteuning geboden wordt aan een zorggebruiker waarvan de zorgvraag voorspelbaar is op basis van kenmerken van zijn zorgbehoefte en waarvan de zorg zich uitstrekt over een langere periode die niet vooraf te bepalen is.

Mobiele zorg: De hulpverlener verplaatst zich voor de zorg en ondersteuning naar de zorggebruiker en/of zijn netwerk.

Niet-medische hulp- en dienstverlening: de hulp en bijstand die derden verlenen aan een persoon met een verminderde zelfredzaamheid in residentieel, semi-residentieel of ambulantly verband (decreet VSB, art 2. 21°).

Residentiële woonzorg: De zorggebruiker woont in de zorgvoorziening waar hij/zij zorg en ondersteuning ontvangt. Er is er sprake van een vervangende thuissituatie.

Residentiële zorg: De zorggebruiker verblijft tijdelijk in de zorgvoorziening waar hij/zij zorg en ondersteuning ontvangt. De zorgvoorziening is geen vervangende thuissituatie.

Revalidatie: de behandeling, de diagnostiek of de ondersteuning die verleend wordt in een revalidatieziekenhuis of in een revalidatievoorziening, waarvoor de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is conform artikel 128, §1 van de Grondwet (decreet VSB, art 2, 26).

Semi-residentiële zorg: De zorggebruiker verplaatst zich naar de zorgvoorziening. De zorgvoorziening is niet zijn vervangende thuissituatie. De zorgvrager woont nog steeds thuis maar verplaatst zich overdag naar de zorgvoorziening waar de zorggebruiker zorg en ondersteuning ontvangt.

Urgentiezorg: Zorg aan een zorggebruiker die onmiddellijk gegeven dient te worden in levensbedreigende (gevaar)situaties.

Zorg: Alle vormen van zorg en ondersteuning gefinancierd in uitvoering van het decreet VSB, inclusief revalidatie; (decreet VSB, art 2, 49). Deze term slaat dus op zorg, ondersteuning en behandeling.

Zorgactiviteit: Een actie die op een structurele en methodische manier wordt uitgevoerd. Dit houdt in dat houdingen, methoden en vaardigheden worden toegepast die werden aangereikt tijdens de opleiding voor de discipline waartoe de betreffende zorgverlener of professional behoort, zodat de zorgactiviteiten op een deskundige manier uitgevoerd worden (Memorie van Toelichting Decreet betreffende de Geestelijke Gezondheid, 2017)

Zorgbehoefte: De behoefte van een gebruiker aan zorg, objectief vastgesteld aan de hand van een indicatiestelling (decreet VSB, art 2, 45).

Zorgfuncties: een bundeling van coherente taken of activiteiten die uitgevoerd worden door een professionele hulpverlener als antwoord op een ondersteuningsnood van een zorggebruiker (Maes & Bruyninckx, 2003)

(Zorg)gebruiker: Iedere natuurlijke persoon die een beroep doet of wil doen op de Vlaamse Sociale Bescherming, vermeld in artikel 4 van decreet VSB;

Zorgvoorziening: Een verzorgingsinstelling of elke andere organisatie, erkend door de Vlaamse Gemeenschap, die in het kader van het gezondheids- of welzijnsbeleid instaat voor de organisatie of uitvoering van zorg (decreet VSB, art 2, 52).

Zorgvorm: De wijze waarop de niet-medische hulp- en dienstverlening wordt verstrekt; door ofwel een residentiële zorgvoorziening, een niet-residentiële zorgvoorziening, een zorgverlener of een mantelzorger (decreet VSB, art 2, 53)

Zorgvraag: Vraag van de zorggebruiker en/of zijn context naar zorg. De visie van de gebruiker en/of zijn context op het doel van de zorg waarnaar hij vraagt en de strategie om dit zorgdoel te bereiken staan hierbij centraal (Memorie van Toelichting Decreet betreffende de Geestelijke Gezondheid, 2017).

Zorg binnen de VSB

Het decreet Vlaamse Sociale Bescherming bracht een brede waaier aan zorgvormen samen, elk met zijn eigen zorgaanbod, instrumentarium, regelgeving en financieringsmodel. Deze elementen zijn meestal organisch gegroeid en historisch naast elkaar ontwikkeld. Termen dekken vaak, afhankelijk van de zorgvorm, een verschillende lading.

Vertrekkend vanuit de zorgvraag van een zorggebruiker zal hij of zij een bepaald (zorg)traject afleggen, al dan niet in interactie met andere vormen van zorg buiten de VSB en dit idealiter volgens een overeengekomen plan (een zorg-, begeleidings- of behandelplan). Indien dit nodig blijkt doorloopt hij of zij opeenvolgend of gelijktijdig diverse zorgvormen in functie van zijn of haar zorg- en ondersteuningsnood en/of zijn voorkeur. De zorgvrager of in bepaalde gevallen zijn directe omgeving of ruimer gezien de gehele samenleving (onderwijs, justitie, ...) vraagt een gepast antwoord op zijn of haar zorgbehoefte, op maat en met continuïteit in het zorgproces.

Met 'zorg' verwijst het decreet naar alle vormen van zorg, ondersteuning en behandeling die worden gefinancierd in uitvoering van het decreet VSB. Ook revalidatie valt hier met andere woorden onder. Meer concreet verstaan we onder 'zorg en ondersteuning': woonondersteuning, psychosociale behandeling en begeleiding, revalidatie hulp bij de activiteiten van het dagelijks leven als hulp bij re-integratie en dergelijke. Het gaat hierbij ook steeds om niet-medische hulp- en dienstverlening en wordt als volgt gedefinieerd 'de hulp en bijstand die derden verlenen aan een persoon met een verminderde zelfredzaamheid in residentieel, semi-residentieel of ambulantly verband (decreet VSB, art 2, §1, 22°)'. Dit wil echter niet zeggen dat er geen medische handelingen verricht worden maar wel dat het initiële doel van zorg en ondersteuning die verleend wordt niet medisch georiënteerd is. Omdat zorg zo breed opgevat wordt binnen de VSB willen we voor alle zorgvormen hun zorgfuncties/activiteiten, de locatie waar zorg geboden wordt en het type zorg in kaart brengen.

Zorgvorm

Het decreet definieert een zorgvorm als de wijze waarop de niet-medische hulp- en dienstverlening wordt verstrekt; door ofwel een residentiële zorgvoorziening, een niet-residentiële zorgvoorziening, een zorgverlener of een mantelzorger.

We onderscheiden volgende zorgvormen:

- **Ambulante zorg:** de zorggebruiker en/of zijn netwerk komen voor de zorg en ondersteuning naar de zorgvoorziening/hulpverlener.
- **Mobiele zorg:** de hulpverlener verplaatst zich voor de zorg en ondersteuning naar de zorggebruiker en/of zijn netwerk.
- **Semi-residentiële zorg:** De zorggebruiker verplaatst zich naar de zorgvoorziening. De zorgvoorziening is niet zijn vervangende thuissituatie. De zorgvrager woont nog steeds thuis maar verplaatst zich overdag naar de zorgvoorziening waar de zorggebruiker zorg en ondersteuning ontvangt.
- **Residentiële zorg:** De zorggebruiker verblijft tijdelijk in de zorgvoorziening waar hij/zij zorg en ondersteuning ontvangt. De zorgvoorziening is geen vervangende thuissituatie.
- **Residentiële woonzorg:** De zorggebruiker woont in de zorgvoorziening waar hij/zij zorg en ondersteuning ontvangt. Er is sprake van een vervangende thuissituatie.
- **Aanklampende zorg:** De ongevraagde zorg vanuit betrokkenheid op basis van signalen uit de omgeving, die er in uitzonderlijke omstandigheden op gericht is de gezondheids- en welzijnssituatie te verbeteren of overlast te vermijden, en specifieke doelgroepen die zorg op een zorgwekkende manier mijden of van wie de omgeving dat doet, te motiveren om zorg en

ondersteuning te aanvaarden. (Woonzorgdecreet art. 4. §1, 8°; Memorie van Toelichting Decreet betreffende de Geestelijke Gezondheid, 2017)

Zorgfuncties

Door de zorgfuncties van elke zorgvorm te bekijken willen we zicht krijgen op welke zorgvraag zij een antwoord zijn. Met andere woorden: welk doel dient een bepaald aanbod van zorgactiviteiten? Maes & Bruyninckx (2003) definiëren een functie als een bundeling van coherente taken of activiteiten die uitgevoerd worden door een professionele hulpverlener als antwoord op een ondersteuningsnood van een zorggebruiker. Een functie kan met andere woorden betrekking hebben op meerdere ondersteuningsgebieden, zorgactiviteiten. Onder een zorgactiviteit verstaan we een actie die op een structurele en methodische manier wordt uitgevoerd. Dit houdt in dat houdingen, methoden en vaardigheden worden toegepast die werden aangereikt tijdens de opleiding voor de discipline waartoe de betreffende zorgverlener of professional behoort, zodat de zorgactiviteiten op een deskundige manier uitgevoerd worden.

De zorgfuncties die De Meulemeester et al. (1998) onderscheiden vormen de leidraad voor de werkgroepen en worden hieronder beschreven. Deze omschrijvingen van zorgfuncties zijn breed gedefinieerd en niet elk benoemd aspect bij elke zorgfunctie zal exact passen bij elke zorgvorm. Het is mogelijk dat eenzelfde zorgactiviteit binnen een andere zorgvorm een andere zorgfunctie dient. Zo zal een psychodiagnostisch onderzoek binnen de zorgfunctie 'indicatiestelling' vallen indien de zorgvorm een geheel van zorgactiviteiten aanbiedt dat zich specifiek richt op het onderzoeken van de zorgvraag, het stellen van een passende diagnose en een daaraan gekoppeld voorstel tot behandelings- of ondersteuningsplan. Een psychodiagnostisch onderzoek dat echter eerder occasioneel plaatsvindt bij lopende behandelingen die een moeilijk verloop kennen in een psychotherapeutische behandelmodule wijzen we toe aan de zorgfunctie 'behandeling'. Wanneer een zorggebruiker verzorging nodig heeft na een val bij een vrijetijdsbesteding of zinvolle dagbesteding, hebben we het nog steeds over de zorgfunctie 'activering'. Door de zorgfuncties per zorgvorm in kaart te brengen, trachten we op een gestructureerde manier zicht te krijgen, op welke zorgvraag de bestaande zorgactiviteiten een antwoord zijn. Binnen elke werkgroep zal gevraagd worden (aan de professionals van elke participerende zorgvorm) welke zorgfuncties huns inziens binnen hun zorgvorm aangeboden worden. Ook zal er gepolst worden in welke mate men zich kan vinden in de gegeven omschrijving van de benoemde zorgfunctie en bijhorende zorgactiviteiten. Tot slot zal er gevraagd worden om de zorgactiviteiten aan te halen horende bij de benoemde zorgfunctie en hiervan praktijkvoorbeelden te geven.

De Meulemeester et al. (1998) beschrijven de volgende acht zorgfuncties. Hoewel deze functies al zeer breed zijn – ook opleiding en wetenschappelijk onderzoek worden gezien als een zorgfunctie – voegen we nog een negende functie toe. Deze focust zich op de uitwisseling en het samen inzetten van expertise over zorgvormen heen. Dit betreft het case-management of multidisciplinair overleg in het kader van een persoonsgerichte zorgplanning.

I. **Aanmelding**, screening, intake

Het (kort) screenen van de aangemelde hulpvraag door getrainde, voor de cliënt en verwijzer centraal geplaatste hulpverleners met het oog op een snelle, onmiddellijke verwijzing naar gepaste zorg, ondersteuning, of behandeling of een andere verwijzing.

II. Indicatiestelling, **diagnostiek**, evaluatie, observatie, oriëntering, onderzoek, advisering

Een (kortdurende) exploratie of onderzoek van de hulpvraag met het oog op het afbakenen en verhelderen van de problematiek in functie van diagnostiek, prognose en toewijzing aan zorg, ondersteuning of behandeling (binnen of buiten de eigen zorgseenheid of initiatief).

III. **Verzorging**

Het bieden van hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen alsmede verzorging in verband met lichamelijk disfunctioneren ten gevolge van ziekte, gebrek of invaliditeit, ...

IV. **Begeleiding**, ondersteuning, psycho-educatie

Activiteiten die het psychische, sociale en somatische functioneren van patiënten beïnvloeden met het oog op het draaglijk maken van psychische stoornissen, het voorkomen van terugval of het stimuleren van autonomie en zelfredzaamheid. Ondersteuning en aanleren van vaardigheden op verscheidene vlakken: sociaal-administratief (sociaal, juridisch, budgettair), huishouden (maaltijden, kleding, onderhoud/gebruik van meubilair en toestellen, geldbeheer, winkelen, vervoer), sociaal-emotioneel leven (samenleven, contacten, recreatie, leefklimaat), therapietrouw (inname en beheer van medicatie, afspraken), ...

V. Specialistische en methodische **behandeling**

Het op een systematische, gestructureerde en methodische wijze uitvoeren van activiteiten die het psychische, sociale en somatische functioneren van patiënten beïnvloeden met het oog op het herstellen, het veranderen, of het behouden van een verworven niveau van functioneren

VI. **Activering**, tijdsinvulling, arbeid, bezigheid, vrije tijd, vorming

Een georganiseerde reeks van activiteiten, meestal in de vorm van een dag- of weekrooster, met het oog op het bieden, aanhouden, aanleren van een dagstructuur en zinvolle daginvulling.

VII. **Dienstverlening**, vorming, preventie, informatie, supervisie

Niet-patiëntgebonden activiteiten t.a.v. personen/gezondheidswerkers buiten de eigen zorgseenheid, gericht op een verbetering van condities of contexten waarin patiënten of potentiële patiënten zich bevinden.

VIII. **Wetenschappelijk onderzoek**, onderwijs, opleiding

Onderzoeksactiviteiten over de eigen werking, doelgroepen of de enge en ruimere organisatie van de zorgverlening. Opleidingsactiviteiten binnen en buiten de zorgseenheid, begeleiding van stages, ...

IX. Samenwerking, overleg, **uitwisseling** en samen inzetten van expertise van (netwerk)partners

Het uitwisselen van expertise en informatie met informele zorgverleners en tussen formele zorgprofessionals uit andere dan de eigen organisatie, die ook tot andere sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin kunnen behoren, of tot andere beleidsdomeinen zoals Onderwijs, Werk, Justitie. De expertise en informatie wordt uitgewisseld in functie van een therapeutische relatie tot een zorggebruiker en zijn context, van een doelgroep, of een gemeenschappelijk thema.

Binnen twee van de negen pijlers van de VSB - de revalidatie en de geestelijke gezondheidszorg – is naast behandeling, ook diagnostiek een belangrijk onderdeel van het zorgaanbod. Een diagnose is niet steeds

gekoppeld aan een zorgbehoefte en wordt dan ook niet steeds gevolgd door het verlenen van zorg en ondersteuning aan de betrokken zorggebruiker. Soms is een (interdisciplinaire) diagnose voldoende.

Voor deze zorgvormen die aangeven aan (interdisciplinaire) diagnostiek te doen, zal bevestigd worden over welke diagnostiek dit gaat, ook zal kort nagegaan worden wie deze financiert (Vlaams/Federaal). Dit is onder meer het geval voor diagnostiek verleend in revalidatieziekenhuizen. Deze worden door de federale overheid reeds vergoed. De diagnostiek in de Vlaamse revalidatiesector is eerder een verfijning van de diagnostiek die reeds via federale middelen gefinancierd is via nomenclatuur. Deze laatste is vooral een monodisciplinaire aangelegenheid, terwijl in de revalidatie er een sterke nood is aan multi- of interdisciplinaire diagnostiek.

De zorglocatie: waar zorggebruiker en zorgverlener elkaar ontmoeten

De zorgfuncties die we onderscheiden vinden steeds plaats in een bepaalde ruimtelijke context, daarom bekijken we voor elke zorgvorm ook de context waarbinnen de zorgfuncties en bijhorende zorgactiviteiten voorkomen. Hierbij vragen we aan de professionals van elke zorgvorm om alle locaties waar zorggebruiker en zorgverlener elkaar ontmoeten binnen hun zorgvorm te benoemen. We onderscheiden hierbij volgende mogelijkheden:

- Binnen de eigen zorgenheid/zorgvoorziening (de zorggebruiker verplaatst zich naar de voorziening)
 - Residentieel
 - Semi-residentieel
 - Ambulant
- Binnen de (eigen) thuisomgeving van de cliënt (mobiele hulpverlening)
- Online
- Binnen een andere zorgenheid binnen de gezondheidszorg
- Buitenhuis en buiten een zorgenheid

Soorten zorg binnen zorgtrajecten

Elke zorggebruiker gaat zijn/haar zorgtraject aan in functie van zijn zorgbehoeften en zijn voorkeuren. Hierbij maken we een eerste onderscheid in de mate dat de zorgvraag planbaar is, met andere woorden de mate waarin we op basis van kenmerken van de zorgbehoefte van een persoon zijn zorgbehoefte kunnen voorspellen. Niet elke zorgbehoefte en bijhorende zorgvragen kunnen we echter vooraf plannen. Daarom zullen we ook spreken van niet-planbare zorgepisodes²¹ binnen planbare zorgtrajecten. Achtereenvolgens zullen beide begrippen en de concepten die we hieraan linken verder toegelicht worden.

A. Planbare zorgtrajecten binnen de VSB

Planbare zorg binnen een zorgtraject linken we aan de mate waarin de zorgvraag voorspelbaar is op basis van kenmerken van de zorgbehoefte van een zorggebruiker. Binnen de Vlaamse Sociale Bescherming onderscheiden we twee soorten planbare zorg die verschillen in de **duur** gedurende dewelke zorgvragers er gebruik van kunnen maken. Enerzijds gaat het over **langdurige zorgtrajecten**. Hierbij gaat het om een zorgbehoefte die zich strekt over een langere periode die niet vooraf te bepalen

²¹ Episode = deel van een reeks gebeurtenissen dat min of meer een zelfstandig geheel vormt (Van Dale woordenboek).

is. Er is de verwachting dat de zorgbehoefte zich gedurende enige tijd zal verderzetten en dat het dus gaat over zorggebruikers met een langdurige behoefte aan zorg en begeleiding.

Langdurige zorgtrajecten:

- Zorg en ondersteuning strekt zich uit over een langere periode die niet vooraf te bepalen is.
- De zorgvraag is planbaar, voorspelbaar op basis van kenmerken van de zorgbehoefte van de zorggebruiker.
- Het gaat om gespecialiseerde professionele zorg en ondersteuning.

Voorbeelden van langdurige zorg:

- Woonzorgcentrum: Zorg en ondersteuning voor zorggebruikers die niet meer thuis kunnen wonen. Naast een permanente verblijfplaats gaat het hier om huishoudelijke hulp en hulp bij dagdagelijkse taken tot (lichaams)verzorging en verpleging²².
- Psychiatrisch verzorgingstehuis: Zorg en ondersteuning voor volwassenen en ouderen met een ernstige, langdurige en psychiatrische problematiek die niet thuis kunnen verblijven en wonen. Het zijn zorggebruikers die om psychiatrische redenen elke dag nood hebben aan ondersteuning in hun dagelijkse activiteiten en dagbesteding, maar voor wie niet permanent medische hulp beschikbaar moet zijn.
- Diensten Gezinszorg & aanvullende thuiszorg: Zorggebruikers met een continue nood aan ondersteuning bij IADL-activiteiten: Chronisch zieken, ouderen, personen met een beperking, personen met een niet aangeboren hersenletsel (NAH), sociale problematiek, ...
- Dagverzorgingscentrum: Biedt opvang en verzorging overdag aan 65+'ers een of meerdere dagen of uren per week. Het personeel helpt bij het wassen en de verzorging en er zijn activatie-, revalidatie- en ontspanningsactiviteiten. De centra bieden ook een warme maaltijd aan en vervoer.²³

Naast langdurige planbare zorgtrajecten onderscheiden we ook **kortdurende planbare zorgtrajecten**. Zoals de term aanduidt is kortdurende zorg beperkt in de tijd en gaat het om zorg die niet langer duurt dan een vooraf bepaalde periode. Het gaat over een planbare zorgvraag, die voorspelbaar is op basis van kenmerken van de zorgbehoefte van een zorggebruiker. Tot slot gaat het ook hier om specifieke/gespecialiseerde professionele zorg en ondersteuning.

Kortdurende zorgtrajecten:

- Zorg en ondersteuning die geboden wordt over een vooraf afgebakende periode.
- De zorgvraag is planbaar, voorspelbaar op basis van kenmerken van de zorgbehoefte van de zorggebruiker.
- Het gaat om gespecialiseerde professionele zorg en ondersteuning.

We denken hierbij bijvoorbeeld aan:

- Een centrum voor kortverblijf (CVK) biedt tijdelijk verzorging en opvang aan 65+'ers. Een oudere kan er dag en nacht of alleen 's nachts verblijven voor een periode van maximaal 60 opeenvolgende dagen en maximaal 90 dagen per jaar. Elk centrum is gelinkt aan een woonzorgcentrum²⁴.

²² <https://www.zorg-en-gezondheid.be/woonzorgcentra>

²³ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/Centra voor dagverzorging>

²⁴ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/centra-voor-kortverblijf>

- Centra voor Herstel: Zorggebruikers die herstellende zijn van een operatie in een ziekenhuis of herstellen van een zware aandoening of ongeval, kunnen gedurende maximaal 60 dagen in een centrum voor herstelverblijf terecht voor opvang, verzorging en revalidatie.²⁵
- Diensten Gezinszorg & aanvullende thuiszorg: Nood aan hulp en ondersteuning in het huishouden gedurende de duur van de operatie en de herstelperiode van de mantelzorg.
- Psychosociale revalidatiecentra: revalidatiecentra die zich richten op het behandelen van volwassenen die lijden aan invaliderende mentale stoornissen zoals beginnende schizofrenie, een ernstige depressie, een fobie, enz. met als doel om op korte termijn de vaardigheden van de zorggebruiker te verhogen, om een betere maatschappelijke integratie mogelijk te maken en nadien opnieuw te kunnen werken of zelfstandig te wonen.²⁶
- Revalidatiecentra voor verslaving: Deze revalidatievoorzieningen voor drugverslaafden vangen personen op die illegale drugs, medicamenten, alcohol of bepaalde psychoactieve stoffen gebruiken. Bepaalde revalidatievoorzieningen richten zich tot personen die zich in een crisissituatie bevinden. Ze bieden verschillende types ambulante of residentiële begeleiding aan met als doel ontwenning, eliminatie van de verslaving en een betere maatschappelijke integratie mogelijk te maken. De duur van de zorg is beperkt.

Bepaalde zorgvormen kunnen zowel kortdurende als langdurende planbare zorgtrajecten aangaan met zorggebruikers. Voor elke zorgvorm binnen VSB willen we nagaan welke kortdurende en/of langdurende planbare zorgtrajecten tot op heden worden aangeboden. Van elke zorgvorm zal er naar voorbeelden gevraagd worden.

B. Niet-planbare zorgepisodes

Zowel binnen langdurige als kortdurende planbare zorg kunnen zich niet-planbare zorgepisodes voordoen. Deze niet-planbare zorgepisodes kunnen al dan niet gelinkt zijn aan de zorgbehoefte van een zorgvrager. Niet-planbare zorgepisodes die voortvloeien uit de zorgbehoefte van de zorggebruiker kunnen een voorspelbaar karakter hebben net omdat ze voortvloeien uit de reeds vastgestelde zorgnoden maar zijn niet planbaar omdat we niet weten wanneer ze zullen voorkomen. We kunnen ze ook benoemen als niet-planbare zorg met een voorspelbaar karakter. We denken hierbij bijvoorbeeld aan hulp bij het naar het toilet gaan bij problemen van incontinentie. Deze niet-planbare zorg met een voorspelbaar karakter wordt gekenmerkt door een mate van onzekerheid in het aantal keren, de duur en het tijdstip van de zorg. Er is geen onzekerheid over het feit dat de zorg zal moeten geven worden (Moeke & Bekker, 2017). Bij planbare zorgactiviteiten denken we daarentegen bijvoorbeeld aan hulp bij het boodschappen doen, hulp bij het eten maken, hulp bij het opstaan en/of naar bed gaan, enz.

Daarnaast zijn er ook de effectief **niet-planbare zorgepisodes** omdat ze gelinkt zijn aan een niet-planbare situatie. Het kan hierbij gaan om veranderingen in mantelzorg, het sociaal systeem, het ziektebeeld, de psychische draagkracht van de zorggebruiker. Bij een verandering in **mantelzorg** kan het bijvoorbeeld gaan om een mantelzorg die zelf nood heeft aan zorg en ondersteuning, een mantelzorg die overbelast is (lichamelijk en/of psychisch) of een mantelzorg die komt te overlijden. Met een verandering in het **ziektebeeld** doelen we op een wijziging in de (chronische) ziekte waar de zorggebruiker mee te kampen heeft of op een aandoening die ontstaat naast de al aanwezige (chronische) ziekte waardoor het kan zijn dat de huidige zorgvorm niet langer de meeste geschikte zorgvorm is om een antwoord te bieden op de zorgvraag van de zorggebruiker. Bijvoorbeeld het

²⁵ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/centra-voor-herstelverblijf>

²⁶ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/psychosociale-revalidatieovereenkomsten>

optreden van een andere psychiatrische aandoening (bv. verslaving, impulscontrolestoornis, angststoornis, ...) binnen het schizofrene beeld van de zorggebruiker gedurende de reeds lopende begeleiding. Bij een verandering in het **sociale systeem** gaat het over veranderingen in de sociale context van een zorggebruiker. Bijvoorbeeld een familielid dat komt te overlijden of een goede buur die gaat verhuizen, een echtscheiding. Tot slot is er nog **psychische draagkracht**. Voorgaande maar ook andere factoren hebben een invloed op de psychische draagkracht van zorggebruikers. Wanneer op een bepaald ogenblik de draagkracht vermindert, door bijvoorbeeld vermoeidheid en/of uitputting, kan dit zorgen voor een instabiele situatie. Deze instabiele situatie is niet vooraf te plannen maar er dient wel een gepast antwoord geboden te worden op de gewijzigde zorgvraag om de zorgcontinuïteit te garanderen (Oude Avenhuis et al., 2010).

Voorbeelden van niet-planbare zorgsituaties:

- De mantelzorger van een zorggebruiker krijgt een hartaanval en wordt opgenomen in het ziekenhuis. Er is hulp thuis nodig om alle huishoudelijke taken te verrichten.
- Een zorggebruiker met de diagnose schizofrenie hervalt in een oude verslavingsproblematiek na het overlijden van een naaste. De behandeling die noodzakelijk is binnen een revalidatiecentrum om de verslavingsproblematiek aan te pakken, is kortdurende planbare zorg die niet voorspelbaar was en die dus plaats vindt binnen een niet-planbare zorgepisodes van iemand die reeds zorg en ondersteuning ontving binnen een langdurige zorgcontext omwille van de schizofrenie die aanwezig is.
- Een zorggebruiker met een gegeneraliseerde angststoornis heeft plots nood aan meer begeleiding omwille van het plotse overlijden van een naaste.

Los van de initiële zorgbehoeften van de zorgvrager kan de nood aan zorg en ondersteuning (uiterst) dringend zijn. Een snelle opstart en aanpasbaarheid van zorg is hierbij cruciaal. Dringende zorg wordt in het decreet VSB gedefinieerd als: 'zorg in een situatie die niet vooraf kan worden ingeschat en waarbij onmiddellijke of dringende zorg en ondersteuning vereist is.' Deze definitie is weinig zeggend en maakt geen link met de overige gehanteerde concepten die gelinkt worden aan dringende hulp binnen de gezondheidszorg. Urgentie- en crisiszorg zijn termen die gebruikt worden om verschillende vormen van dringende hulp weer te geven. Elk geven ze een antwoord op een verschillende zorgvraag of zorgbehoefte en hebben ze een verschillende doelstelling.²⁷

In wat volgt zal er een voorstel tot definitie volgen voor de termen aanklappende, crisis- en urgentiezorg. We vragen aan de professionals van elke zorgvorm om na te gaan of deze definitie mogelijk van toepassing is voor hun zorgvorm en welke aanvullingen eventueel kunnen gemaakt worden. Ook zullen we vragen om voorbeelden toe te lichten van dringende zorg (aanklappende, crisis- en urgentiezorg) die eventueel binnen hun zorgvorm voorkomen.

Urgentiezorg

Urgentiezorg wordt door de Nationale raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) gedefinieerd als zorg die gericht is op het beantwoorden van een acute noodsituatie, waarbij onmiddellijke (binnen enkele uren) hulp geboden dient te worden. Hierbij kan een koppeling gemaakt worden met somatische zorg indien noodzakelijk in functie van de aard van de urgentie. Het onderscheid tussen urgentie en crisis binnen de geestelijke gezondheidszorg gericht op volwassenen wordt door het KCE (Deboutte et al.

²⁷ Advies GGZ-programma Kinderen en Jongeren van de NRZV (juni 2011).

2010) gemaakt aan de hand van het criterium “levensbedreigend”. Een crisis vereist wel een snelle respons binnen 24 uur) maar is niet levensbedreigend. Een urgentie is daarentegen wel levensbedreigend en vraagt een onmiddellijke reactie. De zorg kan niet wachten. Urgentiezorg lijkt daarmee noodzakelijk in levensbedreigende (gevaar)situaties (Noppe, 2017). We denken bijvoorbeeld aan een acuut psychotisch toestandsbeeld, een actieve suicide-ideatie²⁸.

Voorstel definiëring urgentiezorg:

Urgentiezorg

= zorg aan een zorggebruiker die onmiddellijk gegeven dient te worden in levensbedreigende (gevaar)situaties

Crisiszorg

In tegenstelling tot urgentiezorg lijkt het bij crisiszorg te gaan om een niet onmiddellijk levensbedreigende situatie. Een algemene definitie van een crisis luidt: een zware noodsituatie waarbij het functioneren van een stelsel (van welke aard dan ook) ernstig verstoord raakt (Quintelier, 2018).

Het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk (Chaib, 2013) definieert een crisissituatie als volgt “Een crisis is een door de betrokkene(n) en/of zijn/hun omgeving en/of de hulpverlener *acuut beleefde tijdelijke noodsituatie* waarvan de *oorzaken of aanleidingen zowel intern als extern* kunnen zijn. De situatie wordt gekenmerkt door haar *onvoorspelbaar karakter*, het *dreigende onevenwicht* tussen draagkracht en draaglast bij de betrokkene(n) en zijn/haar of hun omgeving en het *dreigende controleverlies* bij de betrokkene(n) en zijn, haar of hun omgeving. De noodsituatie vereist volgens de betrokkene(n) en/of zijn/hun omgeving en de hulpverlener *een onmiddellijk en tijdelijk ingrijpen* in het hier en nu. We zien een crisis als een keerpunt met zowel risico’s als kansen.”

Ook het kaderdecreet betreffende de Integrale Jeugdhulp van 7 mei 2004 (art. 15), duidt in zijn definiëring op crisis als een acuut beleefde noodsituatie waarin onmiddellijk hulpgeboden moet worden. Anders dan deze van het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk verwijst deze definitie naar de onmogelijkheid om vooraf een inschatting te kunnen maken. “Een crisis is een *acuut beleefde noodsituatie*, die *niet vooraf ingeschat* kan worden en waarin *onmiddellijk hulp* moet geboden worden.”

Binnen het woonzorgdecreet (2019) wordt crisiszorg gedefinieerd als: “Een onmiddellijke en aangepaste interventie in geval van een noodsituatie die *niet vooraf kan worden ingeschat* en waarin *onmiddellijk zorg en ondersteuning* moet worden geboden. Een *noodsituatie* is daarbij een situatie waar de fysieke, psychische, sociale en materiële veiligheid en gezondheid van de gebruiker bedreigd is of wordt”. Een gelijkaardige definiëring vinden we terug in het Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de bepaling van de patiëntbijdrage in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG). Deze spreken echter van urgentiezorg met als definiëring dat het gaat om “zorg aan personen in *een acuut beleefde noodsituatie* die *niet vooraf kan worden ingeschat* en waarin *onmiddellijk hulp* moet worden geboden en waarbij zorg vanuit het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, in functie van de veiligheid van de patiënt en zijn onmiddellijke omgeving, *gewenst is*.” Ook al spreekt dit Besluit over urgentiezorg toch plaatsen we dit niet onder bovenstaande definitie van urgentiezorg. Het gaat in de definiëring uit het besluit immers

²⁸ Zelfmoordgedachten of suicidale ideatie zijn alle mentale processen die centreren rond het zelf uitvoeren van een handeling om zichzelf te doden of zichzelf te beschadigen (bv. verlangens, wensen om er niet meer te zijn, fantasieën over de uitvoering van suicide). Bron: https://www.zelfmoord1813.be/sites/default/files/BIJLAGE_2.pdf

niet om een levensbedreigende situatie. Net als de definiëring uit het woonzorgdecreet wijst deze definitie op een acuut beleefde noodsituatie die niet vooraf kan worden ingeschat en waarbij onmiddellijk hulp geboden moet worden. Het decreet verfijnt echter wel, in tegenstelling tot het besluit gelinkt aan de Centra Geestelijke Gezondheidszorg, wat er onder een noodsituatie wordt verstaan. Het woonzorgdecreet heeft het over 'een situatie waar de fysieke, psychische, sociale en materiële veiligheid en gezondheid van de gebruiker bedreigd is of wordt'. Het besluit gelinkt aan de Centra Geestelijke Gezondheidszorg verwijst ook naar de veiligheid van de onmiddellijke omgeving daar waar het woonzorgdecreet enkel de focus legt op de zorggebruiker zelf en niet zijn directe omgeving. We denken hierbij aan een crisissituatie die de veiligheid van andere bewoners en/of personeel in gevaar brengt door bijvoorbeeld ernstige plotse agressie van de zorggebruiker.

De aangehaalde definities wijzen allemaal op het feit dat een crisis zich afspeelt in het 'hier en nu' en deze oproept tot onmiddellijke actie. Snelheid en flexibiliteit zijn hier dan ook kritische factoren. Een crisis wordt binnen deze definiëringen ook gezien als een kritiek moment van instabiliteit in een systeem; de samenhang in het systeem is onderbroken. De meeste van bovenstaande definiëringen van 'crisis' wijzen op het subjectieve karakter van het begrip. Het definiëren van wat een crisis is, hangt samen met de subjectieve beleving van de crisis zelf door de zorggebruiker. Wat de ene persoon als een crisis omschrijft, is dat niet voor de andere. De subjectieve beleving van een crisis is immers gelinkt aan de eigen draagkracht en –last van de gebruiker. Deze is bepalend voor de wijze waarop er met moeilijkheden en problematische situaties wordt omgegaan (Agentschap Jongerenwelzijn – Rapport Crisis-jeugdhulp). Ook door wie de crisis wordt beleefd heeft een impact. We denken hierbij aan de beleving van de crisis door de kinderen, de ouders, familie of professionele hulpverlener, ook hun beleving heeft een belangrijke impact op het inschatten van een crisis. Tot slot wordt door het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk nog gewezen op het tijdelijke karakter van het ingrijpen in een noodsituatie.

Wanneer we bovenstaande samenbrengen komen we tot volgende kenmerken van crisiszorg binnen de Vlaamse Sociale Bescherming:

Crisiszorg:

- (1) Zorg en ondersteuning die geboden wordt in een niet-levensbedreigende acuut beleefde noodsituatie (plotseling en dus onverwacht noodzakelijk),
- (2) Waarbij de fysieke, psychische, sociale en materiële veiligheid en gezondheid van de gebruiker of zijn directe omgeving bedreigd is of wordt.
- (3) Deze noodsituatie vereist een onmiddellijke en aangepaste zorgactiviteit die niet uitgesteld kan worden.
- (4) Deze zorgactiviteit is beperkt in de tijd en duurt niet langer dan een vooraf bepaalde periode.

Voor elke pijler zal gevraagd worden – in overleg met de betrokken vertegenwoordigers – welke concepten binnen hun zorgvorm voorkomen, deze te verduidelijken met praktijkvoorbeelden en aan te geven in welke mate de voorgestelde definiëringen toepasbaar zijn voor hun zorgvorm.

2 Toetsing van de voorbereidende nota bij experts uit het werkveld

De werkgroepen met experts hebben tot doel input te verzamelen voor de verdere uitwerking van het uniforme begrippenkader van de VSB voor de pijlers die behoren tot de cluster Vlaams Zorgticket. Tegemoetkomingen in deze cluster zijn toegankelijk via een trekkingsrecht. Meer specifiek worden de hierboven beschreven definities en omschrijvingen van wat planbare en niet-planbare zorg is, afgetoetst bij vertegenwoordigers van alle zorgsettings die behoren tot de derde categorie van het Vlaamse Zorgticket (cf. supra voor opdeling van categorieën). Dit wordt gedaan om draagvlak te creëren en zodat vervolgens deze definities en omschrijvingen verder uitgewerkt en verfijnd kunnen worden. Dit impliceert eveneens dat wordt nagegaan waar en wanneer het gebruik van een BelRAI assessment voor het bepalen van de zorgzwaarte mogelijk en zinvol is.

2.1 Doelstelling van de werkgroepen, deelnemers en methode

Door te opteren voor werkgroepen kozen we voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. Dit geeft ten eerste als voordeel dat de deelnemers de gelegenheid hebben om hun mening te geven over een reeks van onderwerpen die we hen voorleggen en dat men actief kan meedenken. Daarnaast stimuleert deze werkvorm ook het geven van suggesties ter verbetering van de voorgelegde materie. De werkgroepen zijn een middel om een beeld te krijgen van hoe de deelnemers uit de verschillende pijlers binnen de VSB zich verhouden ten opzichte van de inhoud van de visienota, en over welke onderdelen (redelijke) consensus bestaat. Bijkomende doelstelling verbonden aan deze werkgroepen is om de bestaande verzamelde gegevens over de werking van elke zorgvorm af te toetsen op hun correctheid. Tot slot zijn deze werkgroepen een eerste stap in het creëren van een draagvlak voor de VSB. Alle verzamelde input moet bijdragen tot de verdere uitwerking van een uniform begrippenkader voor VSB vanuit de verschillende zorgvormen die deel uitmaken van de Vlaamse Sociale Bescherming. Tot slot wensen we een beeld te krijgen van de zorggebruikers die van de verschillende zorgvormen gebruik kunnen maken. Dit is nodig om verder na te gaan waar en wanneer het gebruik van een BelRAI assessment mogelijk en zinvol is.

Gezien de omvang van het aantal werkgroepen en de veelheid aan inhoudelijke elementen die besproken moeten worden in een beperkt tijds kader, werd in samenspraak met de stuurgroep beslist dat de deelnemers vooraf informatie zouden krijgen van de onderzoekers. Deze informatie bestond uit een nota over de verschillende zorgvormen binnen de VSB (doel 2) en een overzicht van het bestaande zorg- en ondersteuningsaanbod van elke zorgvorm (doel 1) en de zorggebruikers die er momenteel gebruik van kunnen maken (doel 3). Deze documenten lieten de deelnemers toe om zich voor te bereiden en aanvullingen en aanpassingen door te geven aan de onderzoekers.

De samenstelling van de werkgroepen gebeurde in samenspraak met het agentschap en de stuurgroep van het project en verliep in meerdere stappen. Een eerste voorstel (zie kader) werd opgemaakt door de onderzoekers en voorgelegd aan het agentschap Zorg en Gezondheid voor feedback.

Werkgroep 1: Woonzorgcentra, Kortverblijf type 1 & 4
Werkgroep 2: Centra voor dagverzorging/Dagopvang
Werkgroep 3: Kortverblijf type 2 & Centra voor herstel
Werkgroep 4: Kortverblijf type 3
Werkgroep 5: Diensten gezinszorg & aanvullende thuiszorg
Werkgroep 6: Multidisciplinaire equipes voor palliatieve verzorging (Ambulant)
Werkgroep 7: PVT & Woonzorgcentra met een aparte afdeling voor personen met een EPA
Werkgroep 8: Forensische zorg binnen BW- Mobiele 2b team – Forensische zorg (Medium – low risk)
Werkgroep 9: BW- Mobiele 2b team (niet forensische zorg)
Werkgroep 10: CGG & CAR (psychosociaal)
Werkgroep 11: Revalidatiecentra voor verslaving (7.73)
Werkgroep 12: Referentiecentra voor autisme (7.74.6)
Werkgroep 13: GAUZZ, Ernstige psychiatrische aandoeningen (K&A), Vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind, Respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen
Werkgroep 14: Psychosociale revalidatiecentra
Werkgroep 15: Locomotorische en neurologische revalidatie, CAR (fysiek)
Werkgroep 16: Visuele revalidatie

Figuur 3 Voorstel 1 samenstelling werkgroepen

De feedback van het agentschap werd vervolgens voorgelegd aan de stuurgroep van het project. Het agentschap merkte ten eerste op dat dagopvang en Centra voor dagverzorging anders gefinancierd, en georganiseerd, worden. Dagopvang sluit nauwer aan bij de Diensten voor Gezinszorg en Aanvullende Thuiszorg (DGAT) en de Centra voor dagverzorging bij de woonzorgcentra. Vandaar het voorstel om dagopvang & DGAT samen op te nemen in een werkgroep en de Centra voor dagverzorging apart te bekijken. De stuurgroep kon zich in deze redenering vinden. Op voorstel van de stuurgroep werden de Centra voor dagverzorging vervolgens gelinkt aan kortverblijf type 1 en oriënterend kortverblijf. Alle drie deze zorgvormen vinden plaats binnen eenzelfde zorglocatie, namelijk binnen een woonzorgcentrum.

Ten tweede stelde het agentschap zich de vraag of kortverblijf type 2 en de centra voor herstel moeten worden opgenomen in het onderzoek omdat ze momenteel nog niet gefinancierd worden vanuit de Vlaamse overheid. Aangezien de focus van het onderzoek momenteel ligt op het zorgaanbod, type zorg en de zorggebruikers koos de stuurgroep ervoor om dit zorgaanbod op te nemen. Ook bij kortverblijf type 3 stelde het agentschap zich de vraag of dit zorgaanbod mee dient opgenomen te worden aangezien er slechts 2 voorzieningen zijn met deze doelgroep. Toch achtte de stuurgroep het ook hier relevant om dit zorgaanbod op te nemen. Om het aantal werkgroepen niet nog extra uit te breiden, wordt dit zorgaanbod toegevoegd aan de werkgroep kortverblijf type 2 en centra voor herstel.

De onderzoekers merken op dat de Centra voor dagverzorging bestaan uit verschillende types. Op voorstel van de stuurgroep werden de dagverzorging voor personen die lijden aan een ernstige ziekte aan de werkgroep multidisciplinaire equipes voor palliatieve verzorging toegevoegd.

Ten derde gaf het agentschap aan positief te staan tegenover een werkgroep die gericht is op forensische zorg. Men geeft immers aan dat dit een aparte benadering binnen PVF vraagt voor deze specifieke doelgroep. Hierbij merkt het agentschap op dat ook de PVTs en CGG forensische zorg aanbieden en daarom moeten worden toegevoegd aan de werkgroep. Op voorstel van de onderzoekers werden de mobiele teams ook aan deze werkgroep toegevoegd. In de overige BelRAI studies binnen de GGZ worden zij immers ook betrokken (Van Horebeek et al., 2020a, 2020b, 2021). Omdat Vlaanderen

deze mobiele teams niet financiert (middelen en bevoegdheid zijn federaal) worden ze – op voorstel van de stuurgroep - niet mee opgenomen in de werkgroep. Dit is ook het geval voor werkgroep 9.

Bij werkgroep 10 kwam vanuit de stuurgroep de bemerking dat CGG zich niet enkel richten op kinderen en jongeren maar ook op volwassenen en ouderen. Vandaar dat er een opsplitsing wordt gemaakt tussen een werkgroep gericht op kinderen en jongeren en een werkgroep die zich focust op volwassenen en ouderen. Bij de werkgroep kinderen en jongeren sluiten ook de autonome CAR aan die zich focussen op neurobiologische ontwikkelingsstoornissen. Dit vanuit de redenering dat kinderen en jongeren met complexe, meervoudige problematieken en (vermoeden van) comorbiditeit vaak zeer complexe zorgvragen hebben waarvoor een gezamenlijke aanpak vanuit de specifieke expertise van de CAR en de CGG noodzakelijk is.

De voorgestelde samenstelling van werkgroep 13 'GAUZZ, Ernstige psychiatrische aandoeningen (K&A), Vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind, Respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen' werd door het agentschap als zeer divers ervaren. Zeer verschillende profielen worden hier door de onderzoekers samen geplaatst. Daarom deed het Agentschap het voorstel om alle zorgvormen rond ASS te combineren, dit wil zeggen RCA (7.74.6), universitaire en autonome CAR, GAUZZ (7.74) en ernstige psychische aandoeningen kinderen en adolescenten (7.74.0). Aangezien deze zorgvormen ook andere zorg aanbieden, krijgt de werkgroep de titel 'ontwikkelingsstoornissen'. De andere twee zorgvormen, die initieel ook deel uitmaakten van werkgroep 13 'vroegtijdige stoornissen kinderen-ouders' en 'respiratoire en neurologische aandoeningen' hebben geen enkele band met elkaar of met andere zorgvormen binnen de VSB. Vandaar dat beide groepen – op voorstel van de stuurgroep - in aparte werkgroepen werden ingedeeld.

Een lid van de stuurgroep wees de onderzoekers op het feit dat PVT ook een zorgaanbod hebben voor personen jonger dan 65 jaar. De PVT enkel linken aan woonzorgcentra zou dan ook een vertekend beeld kunnen geven van de doelgroep die zorg en ondersteuning ontvangt binnen de PVT. Vandaar dat er een werkgroep werd toegevoegd die zich enkel focust op PVT met een doelgroep jonger van 65.

Het agentschap merkte bij de werkgroep 'revalidatiecentra verslaving illegale middelen' op dat men bij verslaving ruimer moet kijken dan enkel de centra voor verslaving als type voorzieningen. Bij verslaving gaat het ook over de CGG, de IBW, de mobiele 2b teams en de PVT. Om het aantal werkgroepen en het aantal deelnemers per werkgroep haalbaar te maken worden de 'revalidatiecentra verslaving illegale middelen' toch apart opgenomen in een werkgroep.

Tot slot gaf het agentschap nog expliciet aan dat ook de revalidatieziekenhuizen opgenomen zijn in het overnamedecreet maar de ziekenhuizen zelf wensen voor hun financiering zo dicht mogelijk aan te sluiten bij de andere ziekenhuizen die nog onder federale bevoegdheid vallen. Hierbij wordt binnen de stuurgroep de afspraak gemaakt dat ze voor deze studie meegenomen worden met oog op de doelgroepafbakening. Voor de financiering wordt dit in een apart traject opgenomen.

Het complexe proces om zo homogeen mogelijke werkgroepen samen te stellen, illustreert de diversiteit in de betrokken sectoren en organisaties. De indeling van alle werkgroepen is terug te vinden in Figuur 4 op bladzijde 60.

Werkgroep 1: Woonzorgcentra
Werkgroep 2: Kortverblijf type 1, Oriënterend kortverblijf, Centra voor dagverzorging
Werkgroep 3: Diensten Gezinszorg & aanvullende thuiszorg (DGAT) & Dagopvang
Werkgroep 4: Centra voor Herstel (CVH), Kortverblijf type 2, Kortverblijf type 3
Werkgroep 5: Multidisciplinaire equipes voor palliatieve verzorging & Dagverzorging voor personen die lijden aan een ernstige ziekte
Werkgroep 6: PVT & Woonzorgcentra met een aparte afdeling voor personen met een EPA
Werkgroep 7: PVT (jonger dan 65)
Werkgroep 8: Forensische zorg
Werkgroep 9: IBW
Werkgroep 10: Psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen
Werkgroep 11: Ontwikkelingsstoornissen
Werkgroep 12: Referentiecentra voor autisme (7.74.6)
Werkgroep 13: Ontwikkelingsstoornissen: GAUZZ, Ernstige psychiatrische aandoeningen (K&A), Vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind, Respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen
Werkgroep 14: CGG volwassenen & ouderen & autonome CAR
Werkgroep 15: CGG kinderen en jongeren
Werkgroep 16: Revalidatiecentra verslaving illegale middelen
Werkgroep 17: Locomotorische en neurologische revalidatie, universitaire CAR, autonome CAR (Kinderen, jongeren en volwassenen met een neurologische of zintuigelijke aandoening)
Werkgroep 18: Revalidatieziekenhuizen
Werkgroep 19: Visuele stoornissen

Figuur 4 Voorstel samenstelling werkgroepen na overleg stuurgroep

Vervolgens werd aan elke koepelorganisatie en aan de sectoren gevraagd om experts (directie/coördinatoren) af te vaardigen naar elke werkgroep en te waken over de representativiteit van de sector binnen elke werkgroep. Elke werkgroep bestond bijgevolg uit deze vertegenwoordigers en twee onderzoekers. Om de werkbaarheid van elke werkgroep te waarborgen, zouden oorspronkelijk maximaal zes vertegenwoordigers deelnemen. In de praktijk bleek dat niet altijd haalbaar. Tabel 1 geeft een overzicht van de samenstelling van de werkgroepen, het aantal afgevaardigde vertegenwoordigers van elke koepel en/of zorgvorm en het aantal effectieve deelnemers.

Bij het versturen van de uitnodigingen naar de koepels kwam de vraag van de koepelorganisatie van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) om de CGG niet in twee werkgroepen op te delen maar in één werkgroep die zowel kinderen, jongeren, ouderen als volwassenen omvat. Ook werd er aangegeven dat de CGG zich ook richten op personen met een ontwikkelingsstoornis en personen met een verslavingsproblematiek begeleiden. Na goedkeuring van de voorzitter werd in de werkgroepen 'ontwikkelingsstoornissen' en 'revalidatiecentra verslaving illegale middelen' een vertegenwoordiger van de CGG extra toegevoegd. De werkgroep 'CGG kinderen & jongeren en autonome CAR' werd behouden. De finale samenstelling van de werkgroepen is terug te vinden in tabel 1.

Elke werkgroep kwam één keer samen tussen 1 september 2019 en 31 oktober 2019, met twee uitzonderingen. Deze bijkomende werkgroepen vonden plaats in november 2019. Een tweede overleg vond plaats de voor werkgroep van de Revalidatiecentra verslaving illegale middelen (conventie 7.73) omdat er onvoldoende tijd was om alle elementen te overlopen. Hetzelfde gebeurde voor de werkgroep

‘forensische zorg’. Wegens beperkte aanwezigheid bij de eerste bijeenkomst, kwam deze groep nogmaals samen.

Van elke werkgroep werd een gedetailleerd verslag gemaakt. Dit verslag werd vervolgens ter goedkeuring voorgelegd aan de leden van de werkgroep in kwestie. Na goedkeuring werden de verslagen verstuurd naar alle leden van de stuurgroep. In totaal kondigden 104 personen aan deel te nemen. 92 namen effectief deel.²⁹

Tabel 1 Overzicht uiteindelijk samenstelling werkgroepen

Werkgroep	Koepel	Aantal af te vaardigen vertegenwoordigers	Aantal effectieve deelnemers
1.	Woonzorgcentra	Zorgnet-Icuro	2
		VVSG	2
		VLOZO	1
2.	Kortverblijf type 1, Oriënterend kortverblijf, Centra voor dagverzorging	Zorgnet-Icuro	1
		VVSG ³⁰	2
		VLOZO ³¹	2
3.	Diensten Gezinszorg & aanvullende thuiszorg (DGAT) & Dagopvang	Zorggezind & VVSG	8
4.	Centra voor Herstel (CVH)	Zorgnet-Icuro	1
		VICO	1
	Kortverblijf type 2		2
	Kortverblijf type 3		2
5.	Multidisciplinaire equipes voor palliatieve verzorging	Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw	4
	Dagverzorging voor personen die lijden aan een ernstige ziekte	Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw – Sector	2
6.	Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) - 65 plus	Zorgnet-Icuro	3
	Woonzorgcentra met aparte afdeling voor personen met een ernstige psychiatrische aandoening (woonzorgcentra EPA)	Zorgnet-Icuro	1
		VVSG	1
		VLOZO	1

²⁹ De bundeling van deze verslagen is terug te vinden in bijlagen 1-19.

³⁰ Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten

³¹ Vlaams Onafhankelijk Zorgnetwerk

7.	PVT jonger dan 65	Zorgnet-Icuro	6	6
8. Forensische zorg	Initiatieven Beschut Wonen (IBW)	Zorgnet-Icuro	1	1
	PVT	Zorgnet-Icuro	1	1
	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	Zorgnet-Icuro	1	1
	Medium security-afdelingen voor geïnterneerden met een medium risk-statuu ³²	Zorgnet-Icuro	1	0 ³³
	Verslavingszorg	VVBV ³⁴	1	1
	Netwerkcoördinator ZorgTraject geïnterneerde personen ³⁵	Netwerk- coördinatoren	1	1
9.	IBW (niet-forensisch)	Zorgnet-Icuro	6	5
10.	Psychosociale revalidatie-centra voor volwassenen	Zorgnet-Icuro	6	6
11. Ontwikkelingsstoornissen	Autonome CAR ³⁶	Overlegplatform CAR ³⁷	2	2
	Universitaire CAR		1	1
	Referentiecentra voor autisme (RCA)		1	1
	GAUZZ ³⁸	Zorgnet-Icuro	1	1
	CGG	Zorgnet-Icuro	1	1
	Kinderpsychiatrische aandoeningen (7.74.0)	Zorgnet-Icuro	1	1
12.	Vroegtijdige stoornissen kinderen-ouders (7.74.5)	Zorgnet-Icuro	2	2
13.	Kinderen met Respiratoire en neurologische aandoeningen (7.76.5)		2	2
14.	CGG (0-99jaar)	Zorgnet-Icuro	6	6
15.	Autonome CAR	Overlegplatform CAR ³⁹	2	2
	CGG	Zorgnet-Icuro	2	2
16.	Verslaving	Zorgnet-Icuro	6	5 ⁴⁰
	CGG	Zorgnet-Icuro	1	1

³² Geen onderdeel van de Vlaamse Sociale Bescherming.

³³ Niet aanwezig op eerste werkgroep, wel op de tweede werkgroep forensische zorg.

³⁴ Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg.

³⁵ Geen onderdeel van de Vlaamse Sociale Bescherming.

³⁶ CAR = Centrum voor Ambulante Revalidatie.

³⁷ Bestaat uit vertegenwoordigers CAR gelinkt aan SOM, Federatie CAR, MiD, Vlaams Welzijnsverbond.

³⁸ Centrum voor Gedragsstoornissen bij Autisme en Zware Zorgbehoefendheid.

³⁹ Bestaat uit SOM, Federatie CAR, MiD, Vlaams Welzijnsverbond.

⁴⁰ Bij de tweede werkgroep waren alle 6 vertegenwoordigers wel aanwezig.

17.	Locomotorische en neurologische revalidatie		2	2
	Universitaire CAR		1	1
	Autonome CAR	Overlegplatform CAR	2	2
18.	Revalidatieziekenhuizen	Zorgnet-Icuro	6	6
19.	Visuele stoornissen		4	4
			104	92

2.2 Analyse van de verzamelde informatie

Er werden – met toestemming van de deelnemers – audio-opnames gemaakt van alle werkgroepen⁴¹. Deze opnames en de notities van de notulist vormden de basis van het verslag van elke werkgroep. Eerst werd per werkgroep een overzicht gemaakt van alle concepten die aan bod waren gekomen tijdens de betreffende werkgroep. Hiervoor werd vertrokken van de verschillende thema's die binnen elke werkgroep aan bod kwamen. Vervolgens werd deze lijst van thema's verder aangevuld door het systematisch doornemen van de verslagen. Per thema werd nagegaan wat er in welke werkgroep aan bod kwam en wat hierover gezegd werd. Op basis van deze resultaten werd tenslotte bepaald over welke thema's de grootste consensus bestaat tussen werkgroepen en waaruit die consensus bestaat.

2.3 Resultaten en conclusies uit de werkgroepen

2.3.1 Algemene aandachtspunten bij het lezen van de resultaten en conclusies

Omwille van hun doelgroep(en) of omwille van een gemeenschappelijk thema werden sommige zorgsettings uitgenodigd om te participeren aan meerdere werkgroepen. Bij de verwerking van de data uit alle werkgroepen werd er steeds nagegaan of de bevindingen voor eenzelfde zorgsetting gelijklopend zijn over de verschillende werkgroepen heen. Indien dit niet het geval was, wordt dit gerapporteerd. Bevindingen die dezelfde zijn in verschillende werkgroepen voor eenzelfde zorgsetting worden niet extra vermeld.

De vertegenwoordigers van de zorgvoorzieningen die gelinkt zijn aan de conventie locomotorische en neurologische revalidatie (7.71) werden bij de samenstelling van de werkgroepen ingedeeld bij de vertegenwoordigers van de universitaire en autonome CAR. Tijdens de werkgroep is echter gebleken dat de conventies verbonden aan 7.71 niet los gezien kunnen worden van het zorgaanbod dat verstrekt wordt binnen de revalidatieziekenhuizen. Deze 7.71 conventies zijn een onderdeel van het gehele zorgaanbod binnen de revalidatieziekenhuizen dat bestaat uit meerdere conventies, waaronder conventies die nog steeds onder de federale bevoegdheid vallen. Het gaat binnen de revalidatieziekenhuizen dus om een mix van doelgroepen en een mix van zorgprojecten die historisch gegroeid zijn vanuit een vastgestelde nood aan zorg en ondersteuning. Omwille van deze zeer nauwe verwevenheid met de revalidatieziekenhuizen zal de conventie locomotorische en neurologische revalidatie (7.71) niet apart besproken worden, maar wordt hun input meegenomen met de data over de revalidatieziekenhuizen.

In de werkgroep revalidatieziekenhuizen konden niet alle topics overlopen worden, wat in de overige 18 werkgroepen wel lukte. In deze werkgroep was het voor de vertegenwoordigers van belang om de

⁴¹ Omwille van technische redenen is er van twee werkgroepen geen opname.

specifieke kenmerken van de zorg en ondersteuning binnen de revalidatieziekenhuizen te duiden, maar ook om de bezorgdheden van de directieleden van de revalidatieziekenhuizen bij de (gevolgen van) VSB toe te lichten. De doelstelling van de werkgroep was voor de deelnemers onduidelijk. Bovendien bleek ook dat de aanwezige vertegenwoordigers niet juist geselecteerd waren om de vragen met betrekking tot de nota te kunnen beantwoorden. Enkel de artsen die werken in de revalidatieziekenhuizen kunnen daar een volledig en goed gemotiveerd antwoord op geven. De leden van de werkgroep stelden dat de onderzoekers geen nieuw ziektemodel kunnen opbouwen waar de revalidatieziekenhuizen toe horen zonder de artsen daarin te betrekken. Er werd dan ook de expliciete vraag gesteld door de directieleden om een tweede overleg in te plannen met deze artsen (één arts per instelling). Deze vraag werd voorgelegd aan de voorzitter van de stuurgroep. Er werd beslist om geen tweede werkgroep te organiseren in het kader van dit onderzoek, maar om wel een werkgroep te vormen met de revalidatieziekenhuizen, het Agentschap en Zorgnet-Icuro. Ook in de projecten BelRAI REVA (zie verder) zal hier aandacht voor moeten zijn.

De forensische zorg heeft in België een ruim zorgaanbod dat we zowel aan federale als Vlaamse bevoegdheden kunnen linken. Binnen de VSB zijn er ook voorzieningen die zorg bieden aan personen met een interneringsstatuut. Het gaat hierbij om plaatsen binnen de initiatieven beschut wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen die een upgrade hebben ontvangen voor de opvang van personen met een interneringsstatuut. In deze werkgroep participeerde ook een vertegenwoordiger van een zorgsetting die niet onder de VSB valt, maar wel onder de Vlaamse bevoegdheid. Het gaat hier over een medium security-afdeling binnen een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Tot slot werd ook een netwerkcoördinator (van de netwerken in de GGZ) uitgenodigd. Netwerkcoördinatoren hebben immers een duidelijk zicht op het volledige zorgaanbod voor personen met een interneringsstatuut en vormen een brug tussen justitie en de geestelijke gezondheidszorg.

Verder willen we erop wijzen dat deze werkgroepen plaatsvonden voor de pandemie COVID 19 uitbrak. Inzichten voortkomend uit deze pandemie binnen de gezondheids- en welzijnssector kunnen onze resultaten in een ander daglicht plaatsen.

2.3.2 Zorgvormen binnen de Vlaamse Sociale Bescherming

Het decreet definieert een zorgvorm als de wijze waarop de niet-medische hulp- en dienstverlening wordt verstrekt door of in een residentiële zorgvoorziening, een niet-residentiële zorgvoorziening, door een zorgverlener of een mantelzorger. Na het doornemen van het nieuwe woonzorgdecreet (Woonzorgdecreet van 15 februari 2019) en het decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod (Decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod van 5 april 2019) werden enkele vormen toegevoegd. In de voorbereidende nota onderscheiden we uiteindelijk de volgende zorgvormen: ambulante zorg, mobiele zorg, semi-residentiële zorg, residentiële zorg, residentiële woonzorg en aanklappende zorg.

Definiëring zorg

In de nota wordt, in navolging van het decreet, gesproken van het concept 'zorg'. De term 'zorg' dekt hier meerdere ladingen. Met 'zorg' verwijst het decreet naar alle vormen van zorg, ondersteuning en behandeling die worden gefinancierd in uitvoering van het decreet VSB. Ook revalidatie valt hieronder. Meer concreet verstaan we onder 'zorg en ondersteuning': woonondersteuning, psychosociale behandeling en begeleiding, revalidatie, zowel hulp bij de activiteiten van het dagelijks leven als hulp bij re-integratie.

Toch vinden vertegenwoordigers in de werkgroepen DGAT en Revalidatieziekenhuizen dat de term 'zorg' niet goed omschrijft welke handelingen er gebeuren in een zorgvorm. De term 'zorg' doet enkel denken aan zorgtaken, terwijl het binnen de VSB over meer dan zorgtaken gaat. Zo geeft de werkgroep 'DGAT & dagopvang' aan dat zorgtaken zoals poetsen en helpen bij het wassen niet als enige handelingen erkend mogen worden. Het gaat evenzeer over de sociale interacties die plaatsvinden tussen zorggebruiker en zorgprofessional en die een essentieel deel uitmaken van het takenpakket van een zorgverlener in de DGAT en de dagopvang. De werkgroep denkt hierbij bijvoorbeeld aan samen de krant lezen, knutselen of het voorbereiden van de maaltijden. Ook in de werkgroep van de revalidatieziekenhuizen werd de bedenking gemaakt dat 'zorg' een te beperkende term is om het geheel weer te geven van revalidatie-activiteiten.

Definiëring zorgvorm

De definiëring van een zorgvorm⁴² in het decreet VSB legt de nadruk op het uitvoeren van niet-medische hulp- en dienstverlening. Deze niet-medische hulp- en dienstverlening wordt als volgt gedefinieerd: "de hulp en bijstand die derden verlenen aan een persoon met een verminderde zelfredzaamheid in residentieel, semi-residentieel of ambulantly verband" (Decreet houdende de Vlaamse Sociale Bescherming van 18 mei 2018, art 2, §1, 22°).

De focus op 'niet-medische hulp- en dienstverlening' sluit echter niet uit dat er binnen bepaalde zorgsettings medische zorg wordt verleend en er medische handelingen worden verricht. Toch kan een groot aantal zorgsettings zich niet vinden in deze expliciete verwijzing naar 'niet-medische zorg' in de definitie van een zorgvorm. De teneur is dat er teveel focus ligt op het niet-medische en te weinig op het medische. Het initiële doel van zorg en ondersteuning die verleend worden, is in bepaalde zorgsettings eerder medisch georiënteerd. De definitie geeft met andere woorden voor bepaalde zorgsettings de realiteit onvoldoende weer. Alle zorgsettings die in de werkgroepen hun bedenkingen uitten over de focus op 'niet-medische hulp- en dienstverlening' zijn opgesomd in Tabel 2.

De mate waarin de verschillende zorgsettings aangeven medische handelingen uit te voeren, verschilt. De medische component komt het sterkst naar voren binnen de werkgroep van de revalidatieziekenhuizen (inclusief conventie 7.71 Neuro-locomotorische stoornissen). Alle revalidatieziekenhuizen, die multidisciplinaire revalidatie (inclusief multidisciplinaire diagnostiek) aanbieden, doen dit steeds vertrekkend vanuit een medisch kader en in opdracht van een arts-specialist. Het gaat over post-acute zorg, die plaatsvindt na een acute opstoot. Deze groep van revalidatieziekenhuizen kan zich dan ook op geen enkele manier vinden in de definiëring van een zorgvorm die volgens hen voornamelijk gericht is op long-term care. Zij zien een ziekenhuis als een bijkomende zorgvorm die losstaat van de andere zorgvormen.

Ook de andere werkgroepen wijzen op het belang van de medische handelingen die voornamelijk door artsen geleverd worden en die een wezenlijk onderdeel vormen van de zorg en ondersteuning die er geboden wordt. Tabel 2 geeft weer welke zorgsettings aangeven medische zorg te geven en/of medische handelingen uit te voeren en wie binnen deze zorgsetting deze medische handelingen op zich neemt. Het kan hierbij zowel gaan over verplegend personeel als artsen die medische handelingen stellen om in de zorg en ondersteuning van zorggebruikers te voorzien.

⁴² Definitie zorgvorm decreet VSB: 'de wijze waarop de niet-medische hulp- en dienstverlening wordt verstrekt; door of een residentiële zorgvoorziening, een niet-residentiële zorgvoorziening, een zorgverlener of een mantelzorger'

Tabel 2 Overzicht medische handelingen die gesteld worden binnen de VSB

Zorgsetting	Medische handelingen die verstrekt worden
Kortverblijf type 3	<ul style="list-style-type: none"> • We nemen de chronische, intensieve zorg over die thuis gebeurt. De zorg wordt zoals opgelegd door de conventie geleverd door pediatrisch verpleegkundigen (verplicht door conventie). • Af en toe worden er wel eens tips of advies gegeven, maar er wordt geen medisch advies gegeven of een aanpassing van behandeling gedaan.
Psychosociale revalidatie voor volwassenen	<ul style="list-style-type: none"> • Om toegang te krijgen tot de zorg moet een arts steeds diagnostiseren op basis van DSM. De arts van het centrum moet de aanvraag ondertekenen, ook al heeft een andere psychiater de persoon doorgestuurd. • De arts maakt deel uit van het team. Voor residentiële voorzieningen is het arts-consult onderdeel van de dagprijs/het forfait. Ook een individueel consult zit in de dagprijs. • Ook binnen de ambulante setting is er een arts aanwezig, e een psychiater. De psychiater neemt de coördinatie op zich, is geen behandelende arts. Alles wat de psychiater doet, hoort binnen de globale financieringsnorm. • Bij sommige centra zit er ook een huisarts in het team.
CGG	<ul style="list-style-type: none"> • Bieden medisch-psychiatrische en psychotherapeutische hulpverlening aan mensen met ernstige psychische problemen. Een psychiater maakt deel uit van het team. De behandelplanning gebeurt onder diens verantwoordelijkheid.
Kinderpsychiatrische aandoeningen & GAUZZ	<ul style="list-style-type: none"> • Opvolgen en bijsturen van medicatie is een taak van de arts. De arts zit ook de individuele planbesprekingen voor en is eindverantwoordelijke voor de medisch-inhoudelijke behandelingen. • In bepaalde conventies staat vermeld dat de somatische factoren die aan de basis kunnen liggen van de gedrags- of ontwikkelingsproblemen door de arts in kaart gebracht worden en dat de arts moet doorverwijzen naar de specialist die hierbij kan helpen.
Referentiecentra Autisme (RCA)	<ul style="list-style-type: none"> • Conventie verplicht dat 25% van de totale personeelscapaciteit arts is. Vooral de intellectuele prestatie worden geleverd door artsen. De arts moet ook verbonden zijn aan een ziekenhuis voor de technische prestaties.
Autonome CAR	<ul style="list-style-type: none"> • Arts superviseert de behandeling, schrijft medicatie voor en volgt op. Voor bepaalde doelgroepen vereist de conventie een specifieke specialisatie, bijvoorbeeld kinderen- en jongerenpsychiaters, neurologen, neuropediater, enz.
Universitaire CAR	<ul style="list-style-type: none"> • Arts superviseert de behandeling en het diagnostisch proces. In functie van de comorbiditeiten worden andere specialismen

	<p>betrokken.</p> <p>De arts wordt betaald met middelen uit de conventie.</p>
Moeder-baby eenheden	<ul style="list-style-type: none"> De eenheid moeder-baby en de dagbehandeling en de ambulante nazorg vinden plaats in het psychiatrisch ziekenhuis. De financiering van de psychiater wordt opgenomen in het forfait, gelinkt aan de conventie.
Kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen	<ul style="list-style-type: none"> Zowel medische als verpleegkundige handelingen komen voor. De artsen doen aan diagnostiek, volgen het medicatiebeleid op, doen aan klinisch onderzoek, behandelen. De arts coördineert (de behandeling) en heeft de eindverantwoordelijkheid. Hij/zij stuurt de verschillende interdisciplinaire teams aan.
Verslaving	<ul style="list-style-type: none"> Er worden wel medische handelingen verricht, maar het initiële doel van de zorg en ondersteuning is niet medisch georiënteerd. Medische zorg is nodig omdat langdurige verslaving ook een impact heeft op de fysieke gezondheid. Deze somatische zorg dient als een geïntegreerd deel van een programma bekeken te worden. In de ontwenningprogramma's wordt de fysieke ontwenning van nabij opgevolgd door de arts. Indien nodig kan het gebeuren dat er een doorverwijzing is naar een ziekenhuis. Ook in de ambulante zorg wordt ontwenning medisch opgevolgd. Het gaat hierbij om ontwenningmedicatie opbouwen/afbouwen (bv. bij GHB), substitutiemedicatie die variërend over tijd is, op punt stellen, benzodiazepinen-beleid, wondverzorging, verzorging in het kader van verwaarlozing lichaam, supervisie verpleegkundige werking, ... Ook psychiaters aanwezig.
Revalidatieziekenhuizen (inclusief 7.71 Neuro locomotorische stoornissen)	<ul style="list-style-type: none"> Revalidatieziekenhuizen vertrekken vanuit een medisch kader, zowel voor de ambulante zorg als voor de hospitalisatie. De arts bepaalt de complexiteit van de zorgnood en bepaalt welke multidisciplinaire therapie nodig is. Men vertrekt vanuit de pathologie(ën) van de zorggebruiker. Het gaat hierbij over heel gespecialiseerde zorg waarbij ook andere infrastructuur nodig is.
Visuele stoornissen	<ul style="list-style-type: none"> Arts heeft een superviserende functie. Vooral in de diagnostische fase is het medische belangrijk en is het van belang dat de arts een juiste diagnose kan stellen.

Algemeen overzicht zorgvormen binnen de VSB

De zorgvormen die vandaag de dag mogelijk zijn binnen de VSB, zijn verbonden aan het huidige wetgevende kader. Tabel 3 geeft weer welke zorgvormen door zorgsettings binnen het huidige regelgevend kader aangeboden kunnen worden. Aanklampende zorg is hier een uitzondering op. Verscheidene zorgsettings geven aan dat ze aanklampend werken, maar hiervoor geen financiering ontvangen. Daarnaast uitten enkele zorgsettings interesse om ook andere zorgvormen te mogen aanbieden dan deze die ze wettelijk gezien mogen organiseren en dus ruimer dan waarvoor ze momenteel gefinancierd worden. Met de 'B' geven we aan welke 'aanvullende' zorgvormen men nog bijkomend zou willen aanbieden indien het regelgevend kader dit zou toelaten en men hiervoor financiering zou ontvangen. Verschillende zorgsettings geven aan dat er binnen hun werking meerdere zorgvormen worden aangeboden. Dit wil niet zeggen dat alle zorgvormen ook een even groot aandeel innemen in hun werking.

Tabel 3 Overzicht zorgvormen per zorgsetting

	Residentiële ouderenzorg	Thuiszorg									Geestelijke gezondheidszorg, met inbegrip van revalidatie die voornamelijk gericht is op de psychosociale aspecten										Fysieke revalidatie			Transmurale zorg		
		Woonzorgcentra	Kortverblijf type 1	Oriënterend kortverblijf	Centra voor dagverzorging	DGAT	Dagopvang (en nachtopvang)	Kortverblijf type 2	Kortverblijf type 3	MBE	Dagverzorging voor personen die lijden aan een ernstige ziekte	PVT	IBW	Psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen	Autonome CAR	Universitaire CAR	RCA	GAUZZ	CGG	Kinderspsychiatrische aandoeningen	Verslaving	Vroegtijdige stoornissen kinderen-ouders	Kinderen met Respiratoire en neurolo. aandoeningen		Locom. & neurologische revalidatie	Conventies 7.71 (geen info revalidatiezakenhuizen)
Ambulante zorg											X	X	X	X	X		X		X	X			X	X		
Mobiele zorg					X						X		B	X	X	X	X	X	B	X	X			X		
Semi-residentiële zorg				X		X	X			X		X	X					X	B		X				B	
Residentiële zorg		X	X				X	X			X	X				X		X	X	X			X	B	X	
Residentiële woonzorg	X									X	X															
Aanklampende zorg	X				X	X		X	X		X	X		x		X	X		X						X	

Aanklampende zorg

Zoals te zien in Tabel 3 geeft een ruim aantal zorgsettings expliciet aan in te zetten op aanklampende zorg. Deze settings zijn zeer divers en behoren tot verschillende pijlers van de VSB. Aanklampende zorg is voor deze zorgvormen niet opgenomen in het wettelijke kader en er zijn niet rechtstreeks subsidies aan verbonden. In de nota wordt aanklampende zorg als volgt gedefinieerd: 'De **ongevraagde** zorg vanuit betrokkenheid op basis van signalen uit de omgeving, die er in uitzonderlijke omstandigheden op gericht is de gezondheids- en welzijnssituatie te verbeteren of overlast te vermijden, en specifieke doelgroepen die zorg op een zorgwekkende manier mijden of van wie de omgeving dat doet, te motiveren om zorg en ondersteuning te aanvaarden.' (Woonzorgdecreet art. 4. §1, 8°, 2019; Memorie van Toelichting Decreet betreffende de Geestelijke Gezondheid, 2017).

Over alle werkgroepen heen stellen we vast dat aanklampende zorg, zoals gedefinieerd⁴³ in de nota niet gezien wordt als een zorgvorm. Binnen deze werkgroepen is er de consensus dat aanklampende zorg niet op één lijn te plaatsen is met de andere zorgvormen die in de nota benoemd worden. Aanklampende zorg kan voorkomen binnen alle benoemde zorgvormen en kan dan ook op elk moment, voor elke zorgfunctie, noodzakelijk zijn. Een zorggebruiker die weigerachtig staat tegenover zorg, kan dit zijn in alle fases van een zorgtraject. Dit komt niet enkel voor bij de start van zorgvraag. In enkele werkgroepen⁴⁴ spreekt men dan ook van aanklampend werken waarbij aanklampende zorg gezien wordt als een methodiek die toegepast wordt tijdens een zorgtraject wanneer de zorgprofessional dit nodig acht. De zorggebruiker kan zich oorspronkelijk in eender welke zorgvorm bevinden, maar op een bepaald moment toch nood hebben aan aanklampende zorg. Aanklampende zorg is dan ook ad hoc en cliëntgericht. Met andere woorden, ze is afhankelijk van de zorgvraag of de zorgbehoefte van de zorggebruiker op een specifiek moment in zijn zorgtraject. De andere zorgvormen die benoemd worden in de nota worden eerder gelinkt aan een locatie waar de zorg verleend wordt.

De werkgroep forensische zorg sluit zich hier gedeeltelijk bij aan. Ook voor hen is aanklampende zorg geen aparte zorgvorm binnen een regulier zorgtraject. Ze zien dit wel als een aparte zorgvorm binnen een justitieel, forensisch kader. Het verplichtende karakter is anders binnen een justitieel kader net omdat het verplichtende karakter zo sterk aanwezig is. De vraag is dan ook of de ongevraagde zorg die nu vermeld staat in de definitie doelt op verplichte ongevraagde zorg of niet. Het al dan niet verplichtende karakter maakt volgens de werkgroep een verschil in de mate van aanklampende zorg en de weerstand die er is bij de zorggebruiker.

Ambulante zorg

Ambulante zorg wordt in de nota gedefinieerd als de zorg en ondersteuning waarvoor de zorggebruiker en/of zijn netwerk zich moeten verplaatsen naar de zorgvoorziening/hulpverlener. Deze zorgvorm wordt voornamelijk aangeboden binnen de pijler geestelijke gezondheidszorg, met inbegrip van revalidatie die voornamelijk gericht is op de psychosociale aspecten. Acht van de tien zorgsettings van deze pijler bieden ambulante zorg aan en combineren deze zorgvorm met andere zorgvormen. Voor de CGG en de universitaire en autonome CAR kunnen we stellen dat deze zorgvorm de meest voorkomende

⁴³ Definitie aanklampende zorg: De ongevraagde zorg vanuit betrokkenheid op basis van signalen uit de omgeving, die er in uitzonderlijke omstandigheden op gericht is de gezondheids- en welzijnssituatie te verbeteren of overlast te vermijden, en specifieke doelgroepen die zorg op een zorgwekkende manier mijden of van wie de omgeving dat doet, te motiveren om zorg en ondersteuning te aanvaarden. (Woonzorgdecreet art. 4. §1, 8°; Memorie van Toelichting Decreet betreffende de Geestelijke Gezondheid).

⁴⁴ Werkgroep 9: IBW, werkgroep 14: CGG, werkgroep 15: CGG & autonome CAR, werkgroep 16: verslaving.

is. De autonome en universitaire CAR kunnen slechts in beperkte mate mobiele zorg uitvoeren. De huidige revalidatieovereenkomst laat dit slechts in 'in beperkte mate' toe. De autonome CAR zijn dan ook vragende partij om meer mobiele zorg te mogen leveren. Omwille van een gebrek aan financiering kan het nu niet structureel uitgebouwd worden in functie van de zorgnood van de zorggebruiker. Ook voor de conventie psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen is de ambulante werking de meest voorkomende. Naast hun ambulante en semi-residentiële werkingen, bestaan er binnen hun conventies ook twee residentiële werkingen. Voor de IBW en de conventies gelinkt aan verslaving is ambulante zorg één van de zorgvormen die wordt aangeboden naast andere mogelijke combinaties. De RCA combineren hun ambulante werking enkel met mobiele zorg.

Tot slot zijn er de conventies voor visuele stoornissen. Ook zij hebben een ambulante werking en behoren tot de pijler fysieke revalidatie. Zij kunnen hun ambulante werking niet combineren met andere zorgvormen, maar wensen dit in de toekomst – indien het wetgevend en financieel kader het toelaat – wel te doen zodat ze naast ambulante zorg ook semi-residentiële en residentiële zorg kunnen aanbieden.

De vier conventies 7.71 gericht op locomotorische en neurologische revalidatie hebben ambulante revalidatieprogramma's. Deze revalidatieprogramma's starten (meestal) tijdens een hospitalisatie. Deze conventies bieden zorg en ondersteuning aan verschillende doelgroepen.

Mobiele zorg

Bij mobiele zorg verplaatst de hulpverlener zich voor de zorg en ondersteuning naar de zorggebruiker en/of zijn netwerk. Binnen de thuiszorg zijn de DGAT de enige zorgvorm die mobiele zorg levert. De overige zorgsettings binnen de thuiszorg situeren zich in de semi-residentiële en residentiële zorg. Deze mobiele zorgvorm is, net zoals de ambulante zorg, veel meer terug te vinden bij zorgsettings van de GGZ. In tegenstelling tot de DGAT in de thuiszorg, komt mobiele zorg binnen de pijler GGZ en fysieke revalidatie steeds voor in combinatie met één of meerdere andere zorgvormen en is het niet steeds de meest voorkomende zorgvorm. Voor de IBW is mobiele zorg één van de verschillende zorgvormen die ze aanbieden. Mobiele zorg binnen de CGG komt slechts in beperkte mate voor, zij bieden voornamelijk ambulante zorg aan.

Ook bij de universitaire CAR ligt de hoofdfocus niet op mobiele zorg. In werkgroep 17 geven de vertegenwoordigers van de universitaire CAR aan dat zij volgens de definitie enkel ambulante zorg (patiënten verplaatsen zich naar het ziekenhuis) verstrekken maar dat omwille van de inbedding in het ziekenhuis, zij ook zorg aan gehospitaliseerde patiënten bieden. Er zijn dus twee equipes: (1) een equipe voor de gehospitaliseerde patiënten, die voornamelijk hospitalisaties bedient, en (2) een ambulante equipe, voornamelijk voor controle. De omschrijving hospitalisatiezorg past volgens de vertegenwoordigers beter voor de specifieke situatie van universitaire CAR. Het gaat vaak ook om een verschuiving: patiënten worden opgenomen en de zorg start gehospitaliseerd maar wordt dan ambulante zorg, om dan eventueel door te verwijzen (dat is ook zo bij de Revalidatieziekenhuizen). Wanneer er sprake is van mobiele zorg wil dit zeggen dat men zich verplaatst bijvoorbeeld naar scholen voor overleg over de begeleiding van het kind. Dit gebeurt meestal op vraag van de school om de revalidatie af te stemmen op de schoolse context. Dit wordt vergoed voor de universitaire CAR.

Mobiele zorg komt bij de autonome CAR maar in beperkte mate voor. Er worden wel verplaatsingen gedaan maar de nieuwe regelgeving (conventie) laat niet toe om structureel mobiel te werken. De tijd die men hierin investeert wordt niet vergoed. Vertegenwoordigers van de autonome CAR zijn wel vragende partij om dit te doen. De context is een belangrijke partner in de hulpverlening. Verplaatsingen

naar die context zijn volgens de vertegenwoordigers dan ook van belang. Binnen de behandeling die men geeft is het afhankelijk van de zorgvraag of mobiele zorg van toepassing is.

Een zorgsetting waar zowel ambulante als mobiele zorg voorkomt zijn de RCA. De combinatie van beide zorgvormen komt zowel terug in hun diagnose- als hun coördinatieprogramma.

Vertegenwoordigers van de RCA geven aan dat de verhouding tussen ambulante en mobiel afhankelijk is van de zorgvraag van de zorggebruiker. Ook het revalidatie-aanbod van GAUZZ is zowel gericht op residentiële zorg (één voorziening) als mobiele zorg, bestaande uit drie equipes in West-Vlaanderen, Antwerpen en Limburg.

In Vlaanderen zijn er drie voorzieningen die vallen onder de conventie kinderpsychiatrische aandoeningen. De Dauw is voornamelijk gericht op residentiële zorg. Maar ook mobiele zorg komt voor binnen een zorgtraject, zowel voor de observatie bij het inlooptraject als voor de nazorg. Soms zijn er immers indicaties dat men zich best eens naar de thuissituatie begeeft, in functie van de zorgvraag. Deze verplaatsingen worden echter niet gefinancierd binnen de conventie. Bij de overige twee voorzieningen van de conventie gaat het vooral over semi-residentiële zorg. In de observatiefase en tijdens de uitstroom (nazorg) is er ook mobiele zorg (naar het gezin, naar de school). Om deze mobiele zorg gefinancierd te krijgen, was er - op het moment van de werkgroep - een aanvraag lopende bij het Agentschap.

Vertegenwoordigers van de conventie verslavingszorg geven aan dat mobiele zorg wel wordt geleverd, maar dat hiervoor geen financiering is voorzien. De huidige conventies laten met andere woorden een mobiele werking niet toe. Men vindt dat dit wel zou moeten kunnen, zowel binnen de ambulante als binnen de residentiële zorg die ze aanbieden. Het zou bijvoorbeeld kunnen gaan over de ondersteuning van een bewoner bij een bezoek aan zijn moeder, wanneer die door omstandigheden fysiek niet in staat is om naar de therapeutische gemeenschap te komen. Het kan ook gaan om moeders die binnen een programma zijn opgenomen en hun kinderen elders willen bezoeken. Vertegenwoordigers wijzen erop dat men zich kan verplaatsten naar de thuisomgeving, maar dat mobiele zorg even goed betrekking kan hebben op straathoekwerk waarbij de hulpverlener zich verplaatst naar de zorggebruiker of zijn nabije omgeving. Straathoekwerk komt ook voor binnen de verslavingszorg maar wordt niet gefinancierd binnen VSB.

Binnen de pijler fysieke revalidatie kunnen zowel de conventies kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen als visuele stoornissen mobiele zorg inzetten. Mobiele zorg vormt bij de conventies voor visuele stoornissen een belangrijk onderdeel van de zorg en ondersteuning. Mobiele zorg gebeurt binnen de thuiscontext van de zorggebruiker, zijn werk of de school. Er wordt sterk ingezet op mobiliteit bij deze doelgroep waardoor de ondersteuning bijna altijd plaatsvindt in de eigen woonomgeving voor een zo goed mogelijke afstemming. Wanneer mobiele hulpmiddelen getest worden, gebeurt dit idealiter in de thuisomgeving van zorggebruiker. Ook binnen de conventie kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen is er een mogelijkheid om mobiele zorg aan huis te leveren binnen een zorgtraject. Dit is dan in de vorm van een 'interdisciplinair advies' (IDA) Dit kan zowel in een voortraject als in een natraject (nazorg) voorkomen. In het voortraject heeft dit te maken met het intakegesprek/intakeprocedure (aan huis) waarbij zowel de arts een inschatting doet als de

psycholoog, de pedagoog, enz. Op die manier kan dan eigenlijk één IDA⁴⁵ in rekening gebracht worden voor de opname. Als een kind ontslagen wordt op een bepaald moment kan een IDA ook fungeren om kinderen achteraf interdisciplinair op te volgen, terugkoppeling te geven of bij te sturen. Een IDA uitvoeren wanneer het kind nog in een ziekenhuis verblijft kan niet aangerekend worden.

Semi-residentiële zorg

Semi-residentiële zorg is een vorm van ambulante zorg. De zorgvoorziening vervangt immers niet de thuissituatie en de zorggebruiker verplaatst zich naar de zorgvoorziening. Toch wordt in de nota een onderscheid gemaakt tussen ambulante en semi-residentiële zorg. Bij semi-residentiële zorg is de zorggebruiker gedurende een dag en een opeenvolgend aantal uren aanwezig in de voorziening. Dit onderscheid is binnen de VSB van belang voor de woon- en leefkosten. Deze zijn volgens het decreet VSB anders voor een zuiver ambulante werking dan voor een semi-residentiële setting of residentiële setting. In een semi-residentiële setting zal de eigen bijdrage van de zorggebruiker vooral gericht zijn op de leefkosten (en eventuele woonkosten) die hij maakt gedurende zijn aanwezigheid in de zorginstelling. In de thuiszorg plaatsen de (palliatieve) Centra voor dagverzorging, de dagopvang en het kortverblijf type 2 zich onder semi-residentiële zorg. Voor de GGZ gaat het over de autonome CAR, de voorzieningen voor kinderpsychiatrische aandoeningen en de psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen. In functie van de zorg en ondersteuning die er door de autonomie CAR geboden wordt, bieden bepaalde zorgvoorzieningen semi-residentiële zorg aan. Dit is het geval bij voorzieningen die zich richten op personen met een NAH en kinderen met ontwikkelingsstoornissen.

In de werkgroep psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen kwam het onderscheid tussen ambulante en semi-residentiële zorg ook ter sprake. De zorg en ondersteuning die er gegeven wordt, heeft zowel betrekking op een sessie van drie uur als op een sessie van zes uur. Toch spreekt de werkgroep liever niet van semi-residentiële zorg. De benaming en de definiëring die aan dit concept gegeven wordt passen niet in de herstelvisie. Het dekt volgens de werkgroep niet de lading en heeft andere connotaties. Zo zijn de activiteiten van een centrum voor psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen niet noodzakelijk verbonden aan het gebouw. Daarnaast geven ze aan dat men liever niet spreekt van mobiele zorg, maar de voorkeur geeft aan 'intensievere ambulante' zorg.

Voor de pijler fysieke revalidatie gaat het over de conventie voor kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen. Zij spreken in hun organisatie over dagrevalidatie in plaats van over semi-residentiële zorg. Dagrevalidatie wil dan ook zeggen dat men een hele dag komt waarbij het de afspraak is dat de zorggebruiker minimaal zeven uur bij in de voorziening aanwezig is.

Tot slot geven de conventies rond verslavingszorg en visuele stoornissen aan dat ze momenteel geen zorg en ondersteuning kunnen bieden binnen deze zorgvorm semi-residentiële zorg omdat men hiervoor geen financiering ontvangt. Beide zorgsettings geven echter te kennen dat ze deze zorgvorm wel zouden willen aanbieden.

⁴⁵ IDA is een prestatie waarbij zorgverleners van verschillende therapeutische disciplines van de revalidatievoorziening, een rechthebbende ambulant onderzoeken en op basis daarvan, ten behoeve van de reguliere zorgverleners of de ouders van de rechthebbende, een gespecialiseerd interdisciplinair advies bezorgen omtrent de adequate behandeling of verzorging van de rechthebbende.

Residentiële zorg en Residentiële woonzorg

Drie zorgsettings binnen de VSB geven aan residentiële woonzorg aan te bieden. Deze settings bevinden zich in de pijler GGZ (PVT en IBW) en de pijler residentiële woonzorg (waar enkel de woonzorgcentra toe behoren). Residentiële zorg (niet woonzorg) komt veel vaker terug in de VSB. Bij residentiële zorg ligt de focus in de definitie op het feit dat de zorggebruiker tijdelijk in de zorgvoorziening verblijft. De zorgvoorziening is geen vervangende thuissituatie. Bij residentiële woonzorg is dit wel het geval. De zorggebruiker woont permanent (of toch voor langere tijd) in de zorgvoorziening waar hij of zij zorg en ondersteuning ontvangt.

Residentiële zorg vinden we terug binnen de pijlers thuiszorg, GGZ, fysieke revalidatie en transmurale zorg. Binnen de pijler thuiszorg gaat het om de vier types van kortverblijf waar zorggebruikers tijdelijk beroep kunnen doen op zorg en ondersteuning. Ook binnen de pijler GGZ gaat het over een aantal residentiële centra waar zorggebruikers, afgebakend in de tijd, gebruik maken van een residentiële setting in functie van hun herstel en de nodige behandeling. Het gaat hierbij over de twee residentiële centra binnen de conventie psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen, één residentiële GAUZZ-voorziening, één residentiële setting binnen de conventie kinderpsychiatrische aandoeningen, de residentiële voorzieningen binnen de verslavingszorg en de moeder-baby eenheden (conventie vroegtijdige stoornissen kinderen-ouders). Binnen de fysieke revalidatie plaatste de conventie kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen zich onder residentiële zorg. Ook hier is de zorg en ondersteuning gericht op herstel en behandeling en zal de zorggebruiker er tijdelijk verblijven. Zoals reeds eerder aangehaald kunnen de conventies 7.71 niet losgezien worden van het zorgaanbod dat voorzien wordt in de revalidatieziekenhuizen.

De revalidatieziekenhuizen konden zich niet vinden in één van de beschreven zorgvormen, ook niet in de zorgvorm residentiële zorg. Ze bevinden zich in een ziekenhuissetting waarbij men van een aantal ziekenhuisfuncties gebruik maakt, waaronder medisch-technische diensten, de ziekenhuisapotheek, enz. Er werd bijgevolg geen zorgvorm aangeduid bij de twee zorgsettings die onder de revalidatieziekenhuizen vallen. De revalidatieziekenhuizen en de conventies 7.71 zien hospitalisaties als een aparte zorgvorm. Ook semi-residentiële zorg vormt geen fit met daghospitalisatie, volgens de werkgroep. Bij een daghospitalisatie heeft men dezelfde omkadering nodig als in een residentiële setting in een ziekenhuis, met dit verschil dat de zorggebruiker er niet slaapt. Er wordt dus ook eten voorzien. Daarnaast zijn er ook nog andere situaties mogelijk. Een zorggebruiker kan ook enkel overnachten in een revalidatieziekenhuis.

Tot slot is er nog de pijler transmurale zorg waartoe de centra voor herstel behoren. Ook zij bieden residentiële zorg aan.

Het onderscheid tussen residentiële zorg en residentiële woonzorg werd in de werkgroepen meermaals ter discussie gesteld. In Tabel 3 geven we weer in welke zorgvormen de zorgsettings zich uiteindelijk indeelden (zie supra.). Deze tabel is een vereenvoudigde weergave van de discussies die binnen de verschillende werkgroepen gevoerd werden. Het onderscheid tussen residentiële zorg en residentiële woonzorg wordt voornamelijk als artificieel en onnodig bestempeld door de werkgroepen gelinkt aan de woonzorgcentra (werkgroep 1), DGAT en dagopvang (werkgroep 3), Centra voor dagverzorging, Oriënterend korverblijf en kortverblijf type 1 (Werkgroep 2), PVT en woonzorgcentrum met EPA-afdeling (Werkgroep 6). Deze werkgroepen behoren tot de residentiële ouderenzorg of de thuiszorg en zijn gelinkt aan het woonzorgdecreet van 15 februari 2019. Ze prefereren dan ook om de termen te gebruiken die gehanteerd worden in dat decreet. Men wil blijven spreken van kortverblijf. Hierbij dient

er geen extra onderscheid gemaakt te worden tussen residentiële zorg en residentiële woonzorg. De componenten 'wonen' en 'zorg' komen volgens werkgroep 2 immers voor bij zowel settings die men linkt aan de residentiële zorg als aan de residentiële woonzorg. Met andere woorden, zowel in woonzorgcentra als in de centra voor kortverblijf dient men in te zetten op zowel wonen als zorg. Een onderscheid wordt dan ook onnuttig genoemd. Toch gaven enkele vertegenwoordigers tijdens werkgroep 2 aan dat een nuance in het onderscheid van belang is aangezien de zorgvorm een andere finaliteit en doelstelling heeft. Wonen is binnen de centra voor kortverblijf van belang, maar het accent ligt meer op zorg dan wonen. Dit neemt niet weg dat wonen ook belangrijk is. Bewoners participeren immers aan dezelfde activiteiten. Werkgroep 3 DGAT suggereert met betrekking tot dit onderscheid om de tijdsperiode als criteria te gebruiken. Bij een langdurig verblijf zou men dan kunnen spreken van een vervangende thuissituatie, wat niet het geval is voor kortdurende residentiële zorg.

De twee werkgroepen (6 & 7) waar vertegenwoordigers van de PVT aan deelnamen, beschouwden dit onderscheid niet als artificieel. Zij geven aan dat beide zorgvormen mogelijk zijn binnen een PVT. In een PVT zijn zowel de component 'wonen' als de component 'zorg' aanwezig en dus kan er gesproken worden van 'residentiële woonzorg'. Toch wijzen vertegenwoordigers in werkgroepen 7 op het feit dat een PVT vandaag de dag niet voor iedereen een permanent verblijf inhoudt, wat enkele jaren geleden wel meer het geval was. Een PVT werd dan meer gezien als een thuisvervangende setting en dus meer als 'residentiële woonzorg'. De wettelijke vereisten en dagdagelijkse praktijken maken er echter momenteel meer een residentiële zorgsetting van. Men geeft aan dat een PVT steeds vaker een fase in het zorgtraject van een zorggebruiker wordt in plaats van een eindpunt. Dit is zo bijvoorbeeld het geval voor jongeren die terug willen keren naar een IBW, maar ook voor oudere zorggebruikers met een psychische problematiek (die voldoende onder controle is) en voor wie de fysieke zorg meer aandacht vraagt. Voor deze laatste zorggebruikers kan een woonzorgcentrum ook een alternatief zijn. De verblijfsduur in een PVT wordt steeds korter volgens de werkgroep. De wetgever eist ook dat in een PVT verbetering beoogd moet worden.

Net zoals de PVT geven de IBW aan dat zowel residentiële zorg als residentiële woonzorg voorkomt in functie van het zorgtraject van de zorggebruiker. Zij linken residentiële woonzorg aan een langer zorgtraject waarbij de zorggebruiker bijvoorbeeld vier à vijf jaar, soms tien jaar ondersteuning krijgt van een IBW. Onder residentiële zorg worden de trainingshuizen of observatiehuizen gezien waar de zorggebruiker voor een beperkte periode verblijft totdat duidelijk is welke woonvorm het meest geschikt is. Net zoals bij de PVT en de IBW, is het onderscheid tussen residentiële zorg en residentiële woonzorg niet altijd eenduidig voor de verslavingszorg. Zo kan een traject binnen het programma van een therapeutische gemeenschap zowel geplaatst worden onder residentiële zorg als onder residentiële woonzorg.

Een zorgvorm binnen een zorgtraject is geen statisch gegeven. Een zorgvorm kan wijzigen doorheen het zorgtraject van de zorggebruiker. Onder andere werkgroep 14 met vertegenwoordigers van de CGG en de werkgroep 15 met vertegenwoordigers van de CGG (kinderen en jongeren) & autonome CAR wijzen op het belang van het kunnen schakelen tussen verschillende zorgvormen binnen een zorgtraject in functie van het zorgtraject van de zorggebruiker.

Een aantal werkgroepen wijzen op de beperkingen van het huidige regelgevend kader in de zorg en ondersteuning die ze aan bepaalde zorggebruikers kunnen geven en uitten dan ook hun interesse om ook andere zorgvormen te mogen aanbieden. Met de 'B' geven we in Tabel 3 aan welke 'bijkomende' zorgvormen men nog bijkomend zou willen aanbieden indien het regelgevend kader dit zou toelaten en men hiervoor financiering zou ontvangen.

2.3.3 Zorgfuncties

Een zorgfunctie is in de voorbereidende nota gedefinieerd als ‘een bundeling van coherente taken of activiteiten die uitgevoerd worden door een professionele hulpverlener als antwoord op een ondersteuningsnood van een zorggebruiker’ (Maes & Bruyninckx, 2003). Een zorgactiviteit is daarbij een actie die op een structurele en methodische manier wordt uitgevoerd. Dit houdt in dat houdingen, methoden en vaardigheden worden toegepast die werden aangereikt tijdens de opleiding voor de discipline waartoe de betreffende zorgverlener of professional behoort, zodat de zorgactiviteiten op een deskundige manier uitgevoerd worden (Memorie van Toelichting Decreet betreffende de Geestelijke Gezondheid).

2.3.3.1 Definiëring

In beide definities – zorgfunctie en zorgactiviteit - ligt de focus op een professionele hulpverlener die een antwoord biedt op een ondersteuningsnood en hiervoor een opleiding genoot. De leden van de werkgroep CGG geven aan dat het onvoldoende is om te verwijzen naar de opleiding van een zorgprofessional. Het is niet alleen vanuit de opleiding dat een zorgprofessional zijn expertise haalt. Zowel een diploma als de nodige vaardigheid zijn noodzakelijk om een zorgactiviteit uit te voeren. Een CGG heeft bijvoorbeeld ook psychologen met specifieke therapeutische opleidingen in dienst. Dit valt niet onder een discipline. De opleiding van de zorgprofessional is een start, maar er komen nadien ook de klinische ervaring en het practice based leren bij. De bezorgdheid die een aantal werkgroepen⁴⁶ uiten over het te rigide toepassen van de definities van zorgfunctie en zorgactiviteit sluit hierbij aan. De definities focussen op de professioneel vergaarde competenties en inzichten en niet op de talenten en andere verworven competenties van zorgprofessionals. Zo geven de werkgroepen ‘psychosociale revalidatie voor volwassenen’ en de ‘PVT (-65)’ aan dat zorgprofessionals niet altijd de handelingen toepassen die men linkt aan hun opleiding. De ervaringen en mogelijkheden die professionals buiten hun diploma verworven hebben via werkervaring of in hun vrije tijd, worden ook in beeld gebracht en toegepast binnen hun werking. Zo kan iemand bijvoorbeeld ook een atelier houtbewerking geven.

Werkgroep 17 met vertegenwoordigers van de conventie 7.71, de autonome en universitaire CAR legt dan weer de focus op de woorden ‘methoden en vaardigheden’. Hierbij merkt men op dat evidence based werken met medewerkers die professioneel opgeleid zijn noodzakelijk is. Het is daarom belangrijk om ervoor te zorgen dat artsen of psychologen die niet evidence-based methodieken gebruiken niet aan deze definitie kunnen beantwoorden. Daar zit een beetje een spanningsveld zo geeft de werkgroep aan. Momenteel hangt het van de organisatie zelf af, of zo’n methodieken toegepast mogen worden. Maar dit moet volgens de werkgroep beperkt worden door de Vlaamse overheid. Men ziet dit als een element van kwaliteit van uw zorgbehandeling. Hierbij aansluitend geven de leden van de werkgroep aan dat de opleidingsverplichting een belangrijke notie in de definitie is, net als bijscholing, die niet vermeld wordt. De werkgroep vindt het dan ook belangrijk om termen zoals evidence- of practice-based in de definitie toe te voegen.

Twee bemerkingsen kunnen we linken aan de term zorggebruiker die voorkomt in de definitie van zorgfunctie. Een eerste is van de werkgroep 16 met vertegenwoordigers van de verslavingszorg. Die vertegenwoordigers stellen zich de vraag hoe de term zorggebruiker begrepen kan worden. Naast de cliënt kan ook bijvoorbeeld de mantelzorger, moeder, vader, partner van de cliënt een zorgvraag hebben

⁴⁶ Werkgroep 10: Psychosociale begeleiding voor volwassenen, werkgroep 16: verslaving, werkgroep 7: PVT (jonger dan 65 jaar).

die gelinkt is aan deze van de zorggebruiker. Zo gebeurt het momenteel ook, maar indien dit gescheiden wordt van de zorg voor de cliënt, dan kan dit volgens de conventie niet worden aangerekend in het prestatiegebonden systeem zoals dat nu van toepassing is. Een tweede bemerking komt van werkgroep 15 met vertegenwoordigers van de autonome CAR en CGG. De voorgestelde definiëring van zorgfunctie richt zich op de zorggebruiker. Men vraagt zich af of dienstverlening die verleend wordt aan intermediairen (mantelzorg, familie) hier ook onder verstaan kan worden.

Vrijwilligers, mantelzorgers en andere niet-professionele hulpverleners

De definitie dekt volgens verschillende werkgroepen niet de hele lading. Vrijwilligers, mantelzorgers en andere niet-professionele hulpverleners worden in de definitie van een zorgfunctie immers niet opgenomen. De definitie van zorgfunctie wordt daarom als theoretisch ervaren en is voornamelijk opgesteld vanuit het standpunt van de zorgprofessional. Acht⁴⁷ van de 19 werkgroepen geven aan dat een deel van de zorgactiviteiten die men uitvoert in meer of mindere mate wordt uitgevoerd door vrijwilligers. De definities van zorgfuncties en zorgactiviteiten mogen de ondersteuning van vrijwilligers in de werkingen niet in de weg staan.

Binnen de pijler thuiszorg is dit is onder meer het geval voor kortverblijf type 2. Deze organisaties werken voornamelijk met vrijwilligers voor de begeleiding van de zorggebruikers. Ook kortverblijf type 3 werkt met vrijwilligers. Vrijwilligers ondersteunen de werking wat betreft de persoonlijke verzorging en animatie van de kinderen en jongeren onder de verantwoordelijkheid van de aanwezige pediatrisch verpleegkundige. De MBE geven aan dat naast de vrijwilligers ook mantelzorgers en andere niet-professionele hulpverleners belangrijk zijn voor hun werking. Bij de MBE nemen vrijwilligers vooral de begeleiding van huisarts/mantelzorgers/derden op zich, terwijl zorgverleners vooral de zorgkundige taken opnemen. Hier wordt de vuistregel gehanteerd 'vrijwilligers doen enkel die taken die ook een mantelzorger zou doen'. Verder zijn de vrijwilligers ook een belangrijke schakel om vroegtijdige zorgplanning ter sprake te brengen. Ook bij de palliatieve DVC nemen vrijwilligers soms zorgkundige taken op zich. Ook hier is er steeds een professionele zorgverlener aanwezig. De rest van de groep van hulpverleners is vrijwilliger.

Het belang van vrijwilligers wordt ook onderstreept door werkgroepen die aansluiten bij de pijler revalidatie die voornamelijk gericht is op de psychosociale factoren. De moeder-baby eenheden, IBW, PVT en woonzorgcentra EPA wijzen hier expliciet op. Voor de IBW worden vrijwilligers ingezet in het kader van activering als aanvulling op de professional die de zorgactiviteit ondersteunt. Een vrijwilliger draagt niet de volledige verantwoordelijkheid voor een bepaalde activerende zorgactiviteit. In de werkgroep PVT (65+) en woonzorgcentra EPA wijst men zowel op de economische voordelen die verbonden zijn aan vrijwilligers, als op het feit dat vrijwilligers waaronder mantelzorgers ook voor verbinding zorgen met het thuismilieu. Daarnaast maken vrijwilligers het mogelijk om op een meer individuele manier in te spelen op wensen van bewoners.

Binnen de werkgroep ontwikkelingsstoornissen geven de CGG, autonome CAR, universitaire CAR, en RCA aan dat hun zorgactiviteiten voornamelijk opgenomen worden door zorgprofessionals aangezien het voornamelijk gaat over diagnostiek en behandeling en daarom niet door vrijwilligers kan worden

⁴⁷ Werkgroep 4: kortverblijf type 2, kortverblijf type 3, centra voor herstel; werkgroep 5: MBE & Dagverzorging voor personen die lijden aan een ernstige ziekte; werkgroep 8: IBW; werkgroep 12: moeder-baby eenheden; werkgroep 6: woonzorgcentra EPA & PVT (65+); werkgroep 7: PVT (65-); werkgroep 11: ontwikkelingsstoornissen; werkgroep 13: kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen.

opgenomen. Voor de conventie gericht op kinderpsychiatrische aandoeningen ligt dit iets anders. Zij bieden ook residentiële zorg aan. Vrijwilligers participeren daar in beperkte mate ook in vrijetijdsactiviteiten. Vrijwilligers gaan bijvoorbeeld mee als extra begeleider naar een zorgboerderij of naar een schilderactiviteit. Dit is ook zo het geval voor de conventie kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen. Ook hier wordt de zorgverlening in het kader van zorgverlening, medische hulp of therapeutische begeleiding steeds opgenomen door professionals en wordt er met vrijwilligers gewerkt. Binnen de moeder-baby eenheden zijn er ook vrijwilligers aanwezig. Zij voeren evenmin therapeutische handelingen uit, maar nemen de zorg mee over van baby's die aanwezig zijn bij bijvoorbeeld een opleidingsdag.

Ervaringsdeskundigen

Vier⁴⁸ van de 19 werkgroepen halen aan dat naast vrijwilligers ook ervaringsdeskundigen hun plaats hebben binnen hun werking. Aangezien de definitie van zorgactiviteit expliciet verwijst naar de 'houdingen, methoden en vaardigheden die werden aangereikt tijdens de opleiding voor de discipline waartoe de betreffende zorgverlener of professional behoort' uitendeze werkgroepen hun bezorgdheid. Men stelt zich de vraag of ervaringsdeskundigen in de toekomst dan ook onder de termen zorgverlener of professional gevat kunnen worden. Niet elke ervaringsdeskundige heeft immers een opleiding gevolgd. Werkgroep 9 IBW geeft aan dat dit wel de evolutie is, maar momenteel zijn er zeker mensen die de opleiding niet gevolgd hebben. De werkgroep moeder-baby eenheden wijst bovendien op het gebrek aan een statuut voor ervaringsdeskundigen met bijhorend wettelijk en financieel kader, waardoor zij nog niet binnen hun praktijk kunnen worden ingezet. Ook bij de universitaire CAR worden occasioneel ervaringswerkers betrokken. Het gaat dan eerder om het uitwisselen van ervaringen dan om een werkelijk onderdeel van de zorg. Hierbij geeft de vertegenwoordiger aan dat dit een belangrijk element is voor aanvaarding en voor het zetten van bepaalde stappen. Het gaat om een waardevolle inbreng die niet zomaar mag verdwijnen. De meerwaarde van de emotionele, sociale, praktische en informatieve ondersteuning die ervaringsdeskundigen bieden, verdient volgens deze werkgroepen dan ook de nodige aandacht binnen het uniforme kader van de VSB.

2.3.3.2 Algemeen overzicht van de zorgfuncties per zorgaanbod⁴⁹

Door de zorgfuncties van elke zorgvorm te bekijken willen we zicht krijgen op welke zorgvraag de bestaande zorgactiviteiten een antwoord zijn. Met andere woorden: welk doel dient een bepaald aanbod van zorgactiviteiten? Aan alle werkgroepen werd gevraagd welke zorgfuncties in hun zorgvorm worden aangeboden. Daarnaast werd er nagegaan in welke mate de experts zich konden vinden in de gegeven omschrijvingen van de bevraagde zorgfunctie en de bijhorende zorgactiviteiten.

De zorgfuncties die De Meulemeester et al. (1998) onderscheiden, vormden de leidraad voor de werkgroepen. Deze omschrijvingen van zorgfuncties zijn breed gedefinieerd en niet elk benoemd aspect bij elke zorgfunctie vormde een exacte fit met elke zorgvorm. Eenzelfde zorgactiviteit kan binnen een andere zorgvorm een andere zorgfunctie dienen. Zo zal een psychodiagnostisch onderzoek binnen de zorgfunctie 'indicatiestelling' vallen indien de zorgvorm een geheel van zorgactiviteiten aanbiedt dat

⁴⁸ Werkgroep 9: IBW, Werkgroep 12: Moeder-baby eenheden, werkgroep 16: verslavingszorg, werkgroep 19: visuele stoornissen.

⁴⁹ Gezien de omvang van informatie is het aangewezen om de bijlagen te raadplegen voor gedetailleerde info wat betreft de verschillende zorgfuncties binnen de verschillende zorginstellingen. Hier wordt voornamelijk ingegaan op de hoe de definities worden gepercipieerd en worden de voornaamste twistpunten opgelijst.

zich specifiek richt op het onderzoeken van de zorgvraag, het stellen van een passende diagnose en daaraan gekoppeld voorstel tot behandelings- of ondersteuningsplan. Een psychodiagnostisch onderzoek dat echter eerder occasioneel plaats vindt bij lopende behandelingen die een moeilijk verloop kennen in een psychotherapeutische behandelmodule, wijzen we toe aan de zorgfunctie 'behandeling'. Wanneer een zorggebruiker verzorging nodig heeft na een val bij een vrijetijdsbesteding of zinvolle dagbesteding, hebben we het nog steeds over de zorgfunctie 'activering'. De zorgfunctie 'verzorging' wordt hier dan niet als globaal doel of functie aangeboden in het reguliere aanbod. We gaan op zoek naar het globale doel van de zorgsetting. Door de zorgfuncties per zorgvorm in kaart te brengen, trachten we op een gestructureerde manier zicht te krijgen, op welke zorgvraag de bestaande zorgactiviteiten een antwoord zijn.

Hieronder staan alle zorgfuncties die aan bod kunnen komen; verbonden aan de zorg en ondersteuning die geboden wordt binnen zorgsettings. Een tabel aan het einde geeft een schematisch overzicht hiervan.

Aanmelding, screening of intake

Onder aanmelding, etc. wordt verstaan het (kort) screenen van de aangemelde hulpvraag door getrainde, voor de cliënt en verwijzer centraal geplaatste hulpverleners met het oog op een snelle, onmiddellijke verwijzing naar gepaste zorg, ondersteuning of behandeling of een andere verwijzing.

De eerste zorgfunctie 'aanmelding, screening, intake' werd door geen enkele zorgsetting benoemd als de hoofdfunctie. De eerste zorgfunctie wordt wel als belangrijk omschreven. Deze zorgfunctie vindt binnen alle zorgsettings plaats en kan verschillen in de mate van intensiteit. Vaak wordt er een onderscheid opgemerkt in wat verstaan wordt onder de verschillende onderdelen (aanmelding, screening of intake). Andere functies die ook werden aangehaald in verband met aanmelding zijn bijvoorbeeld oriëntering (aangehaald door CGG). Werkgroep 3 (DGAT) geeft aan dat er nog een andere zorgfunctie is die voorafgaat aan aanmelding, screening of intake; *toeleiding* en/of *vraagverheldering*, ook *preventie* wordt door hen als relevant vermeld hier. Werkgroep 3 (DGAT) en werkgroep 10 (psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen) geven aan dat de nadruk op de in de definitie vermelde 'centraal' geplaatste hulpverlener niet geheel duidelijk is. Is dit altijd zo dat het gaat om iemand centraal geplaatst, en is dit zo belangrijk?

Indicatiestelling, diagnostiek, evaluatie, observatie, oriëntering, onderzoek, advisering

Onder indicatiestelling, etc. wordt een (kortdurende) exploratie of onderzoek van de hulpvraag verstaan met het oog op het afbakenen en verhelderen van de problematiek in functie van diagnostiek, prognose en toewijzing aan zorg, ondersteuning of behandeling (binnen of buiten de eigen zorgseenheid of initiatief).

Binnen twee van de negen pijlers van de VSB – de revalidatie en de geestelijke gezondheidszorg – is naast behandeling ook diagnostiek een belangrijk, of voor sommige zelfs het belangrijkste, onderdeel van het zorgaanbod. Een diagnose is niet steeds gekoppeld aan een zorgbehoefte en wordt dan ook niet steeds gevolgd door het verlenen van zorg en ondersteuning aan de betrokken zorggebruiker. Soms is een (interdisciplinaire) diagnose voldoende. Sommige geven aan geen diagnostiek te doen, dit betreft concreet kortverblijf type 1 en kortverblijf type 2.

Verschillende vormen van diagnostiek werden aangehaald binnen de werkgroepen. Enkele kritische opmerkingen op de definitie van diagnostiek zijn de volgende: Werkgroep 3 (DGAT) geeft aan dat de definitie sterk uitgaat van het medische, wat bij hen niet van toepassing is. Werkgroep 10 (Psychosociale

revalidatiecentra voor volwassenen) geeft aan dat 'zorgfunctie' misschien niet geheel het correcte woord is, eerder een deel van de methodiek. Zij zijn verplicht vanuit de conventie om een diagnose te laten stellen door een psychiater. Volgens de universitaire CAR is het woord diagnostiek te eng gedefinieerd, zij wijzen erop dat er voor hen een onderscheid is tussen 'etiologische en behandelingsgerichte en differentiële diagnostiek'. Ook vermelden zij dat diagnostiek ruimer is dan enkel de initiatie, het omvat ook herevaluatie en heroriëntering (procesdiagnostiek).

Alleszins kan concluderend wel opgemerkt worden dat het onderscheid tussen de zorgfunctie 'aanmelding, screening of intake' en de zorgfunctie 'indicatiestelling, etc.' niet altijd even duidelijk is, en dat beide overlopen in elkaar voor (sommige) zorginstellingen. Dat dat echter niet volledig zo is, wordt duidelijk uit het feit dat sommige instellingen geen diagnostiek doen en dat andere 'diagnostiek' als één van hun centrale taken zien.

Verzorging

Onder verzorging wordt verstaan 'het bieden van hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen alsmede verzorging in verband met lichamelijk disfunctioneren ten gevolge van ziekte, gebrek of invaliditeit, ...'

Voor alle zorgsettings die aangeven aan verzorging te doen, is verzorging slechts een onderdeelje van de zorg en ondersteuning die er geboden wordt. De verzorging kadert in een groter geheel en omvat meer dan hetgeen de gegeven definitie aanhaalt. Verzorging binnen de VSB is zeer divers en verschilt ook sterk in functie van de zorgbehoefte van de zorggebruikers binnen een bepaalde setting.

WG 1 (woonzorgcentra) merkt op dat de definitie niet geheel duidelijk is; gaat het hier om louter het lichamelijke of ook om het psychische? Of valt dit laatste eerder te catalogiseren onder begeleiding. WG 6 (PVT en woonzorgcentra EPA) maakt dezelfde opmerking. Wat is exact verzorging en wat begeleiding? WG 18 (revalidatieziekenhuizen) stelt dat de definitie voor hen niet dekkend is. Zij hebben geen onderscheid tussen revalidatie verzorging.

Volgende sectoren bieden (zelf) geen verzorging aan (kan wel aangeboden worden door externen in deze zorgsettings): kortverblijf type 2, MBE (enkel in acute situaties), Psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen, CGC, en iedereen van WG 19.

Begeleiding, ondersteuning, psycho-educatie

Onder begeleiding, etc. wordt verstaan 'activiteiten die het psychische, sociale en somatische functioneren van patiënten beïnvloeden met het oog op het draaglijk maken van psychische stoornissen, het voorkomen van terugval of het stimuleren van autonomie en zelfredzaamheid. Ondersteuning en aanleren van vaardigheden op verscheidene vlakken: sociaal-administratief (sociaal, juridisch, budgettair), huishouden (maaltijden, kleding, onderhoud/gebruik van meubilair en toestellen, geldbeheer, winkelen, vervoer), sociaal-emotioneel leven (samenleven, contacten, recreatie, leefklimaat), therapietrouw (inname en beheer van medicatie, afspraken), ...'

Begeleiding vindt in meer of mindere mate plaats in alle zorgsettings. Alle vormen aangehaald in de definitie komen in meer of mindere mate terug (niet noodzakelijk bij allemaal). De klemtonen en behoeften kunnen sterk verschillen tussen verschillende zorgsettings. Wat betreft opmerkingen op de definitie kwam het volgende naar voor: DGAT geeft aan dat de definitie geschreven is op het niveau van de organisatie en medewerkers, niet op het niveau van de regio verantwoordelijke. PVT geeft dan weer aan dat het onderdeel 'samenleven' erg zwak naar voor komt in de definitie. BW wonen stelt voor dat 'onderhouden en het instandhouden van vaardigheden' ook in de definitie moet staan.

Wanneer we dan weer kijken wat ‘begeleiden’ inhoud zien we de volgende lijnen: bij de woonzorgcentra ligt een sterke nadruk op het werken rond vaardigheden, met het oog op het behoud van de zelfredzaamheid. Waar dit niet mogelijk is, wordt dit sterker ondersteund door de zorginstelling, bv. gedeeltelijk geldbeheer, omgaan met psychisch lijden, sociale begeleiding, etc. Binnen WG2 en Centra voor Herstel ligt de klemtoon op het stimuleren van zelfredzaamheid.

Vanuit Kortverblijf type 2 en Kortverblijf type 3 klinkt het dat men sterker wil inzetten op begeleiding (voornamelijk rond omgaan met psychisch lijden) om de vooruitzichten van patiënten op langere termijn te verbeteren. Er zijn echter te weinig middelen om een krachtig beleid rond begeleiding te voeren.

WG3 DGAT legt een nadruk op het streven naar zelfredzaamheid en schakelt een zorgcoördinator in indien zelfredzaamheid moeilijk te bereiken is. Daarnaast werkt men met het versterken van de context en het verzorgen van psycho-educatie. Binnen WG2 kortverblijf type 1, oriënterend kortverblijf, wordt voornamelijk ingezet op zelfredzaamheid door het ondersteunen van vaardigheden. Men hoopt in de toekomst meer in te kunnen zetten op het aanleren van vaardigheden. Zoals bij WG3 DGAT zet men ook in op het begeleiden van de ruimere context, met name de mantelzorg. Ook begeleiding op administratief vlak is hier aan de orde. Binnen WG2 Centra voor dagverzorging ligt er meer nadruk op de begeleiding van sociale activiteiten.

Vanuit WG 6 woonzorgcentra benadrukt men dat begeleiding ruimer is dan lichamelijke zorg. Men vermeldt zaken als palliatieve zorg en verplaatsing van bewoners. De PVT hebben trajecten die werken rond de zelfredzaamheid op verschillende domeinen, zoals medicatie- en budgetbeheer. Vanuit de WG7 PVT's wil de begeleiding van patiënten positief formuleren door het ondersteunen bij het realiseren van krachten, wensen en mogelijkheden.

De initiatieven beschut wonen van WG8: BW hebben een breed aanbod rond het begeleiden van patiënten. Begeleiding wordt bijvoorbeeld voorzien bij huishoudelijke taken en sociaal-administratieve zaken. Centraal staat het aanleren, trainen van en behouden van vaardigheden die de zelfredzaamheid op verschillende vlakken moet verhogen. Voornamelijk begeleiding rond het sociaal-emotioneel leven van de zorggebruiker krijgt de meeste tijd, daarna therapietrouw, gevolgd door begeleiding op sociaal-administratief vlak en het huishouden. Ook vanuit Activering geeft men aan dat begeleiding een centrale rol speelt binnen de werking, op alle levensdomeinen binnen elke pijler. Er is een groeiend bewustzijn dat er meer geïnvesteerd moet worden in begeleiding van zorggebruikers.

WG10 psycho volwassenen zet in op het aanleren en ondersteunen van vaardigheden, psycho-educatie en sociaal-administratieve begeleiding. In de genomen initiatieven streeft men naar het verhogen van de zelfredzaamheid en het versterken van het psychisch welbevinden van de zorggebruiker. Zowel CGG, Autonome CAR en Universitaire CAR geven aan dat begeleiden als zorgfunctie niet centraal staat in hun werking. Beide halen wel aan, in te zetten op psycho-educatie.

Veel zorgsettings geven aan een grotere nood aan middelen te hebben om gepaste begeleiding te voorzien. Voornamelijk op langere termijn verwacht men een positieve uitkomst voor de patiënt en dit op vlak van zelfredzaamheid en psychisch welbevinden. De manier waarop de middelen voor begeleiding ingezet worden hangt erg af van het type zorggebruiker waarmee de zorgsetting te maken krijgt.

Specialistische en methodische behandeling

Onder specialistische en methodische behandeling wordt verstaan het 'op een systematische, gestructureerde en methodische wijze uitvoeren van activiteiten die het psychische, sociale en somatische functioneren van patiënten beïnvloeden met het oog op het herstellen, het veranderen, of het behouden van een verworven niveau van functioneren.'

Wanneer we kijken naar de definitie merken we het volgende op: volgens universitaire CAR ontbreekt het woord 'evidence-based' en multidisciplinair in de definitie. CGG en CAR geven aan dat de definitie te beperkt is, psycho-educatie is ook een onderdeel van behandeling. Universitaire CAR vinden dat het element 'functioneren' verder bepaald moet worden. Autonome CAR geeft dan weer aan dat er geen rekening gehouden wordt met het doel, er zou aan toegevoegd moeten worden 'in functie van de cliënt', dit om te benadrukken dat het gaat om functioneren binnen een sociale context die belangrijk is voor de patiënt.

Behandelingen komt in meer of mindere mate bijna in alle zorgsettings voor. Uitzonderingen hierop zijn: PVT en RCA (en ook ten dele verslaving).

Concluderend kan worden vastgesteld dat de vooropgestelde definitie in orde is, maar dat deze gebaat zou zijn met wat verdere specificering en concretisering.

Activering, tijdsinvulling, arbeid, bezigheid, vrije tijd, vorming

Onder activering, etc. wordt 'een veelheid aan zinvolle tijdsinvulling, arbeid, bezigheid, vrije tijd en vorming' verstaan. De definitie van De Meulemeester et al. (1998) geeft aan dat het gaat om een georganiseerde reeks van activiteiten, meestal in de vorm van een dag- of weekrooster, met het oog op het bieden, aanhouden, aanleren van een dagstructuur en zinvolle daginvulling.

Werkgroep 2 Kortverblijf type 1, Oriënterend kortverblijf en Dagverzorging geven aan dat het woord 'georganiseerd' voor hen hier niet hoeft bij te staan. In sommige gevallen hebben zorggebruikers wel een planning, maar is het vooral inspelen op de aanwezige noden. Bijvoorbeeld: bij hoge temperaturen een voetbad 'kunnen' nemen, niet moeten. Het gaat niet over iets 'moeten' doen of dat doen. 'Planning' is te strak als woord. In deze werkgroep wordt ook aangegeven dat de term arbeid geen onderdeel moet uitmaken van het geheel van activering. De werkgroep wijst erop dat voornamelijk gezocht wordt naar een zinvolle daginvulling voor hen die willen (bv. vrijwilliger cafeteria), maar niet in het reguliere arbeidscircuit waar de term arbeid toch wel meer de nadruk op legt.

Werkgroep 7 PVT geeft aan geen gebruik te maken van een dag- of weekrooster. Dit past niet binnen het herstelgericht werken. Kwaliteit van leven is prioritair daar bij zijn individuele roosters van belang. Een weekrooster linken ze niet aan werken op maat. Bijkomend wijst men erop dat het niet steeds gaat over een 'georganiseerde reeks van activiteiten' zoals de definitie voorschrijft. Activering kan ook betrekking hebben op een ad hoc gebeuren. Bijvoorbeeld een activiteit die éénmalig georganiseerd wordt waar men aan deelneemt waarbij men nagaat of die activiteit zinvol is voor de zorggebruiker. De focus op een 'georganiseerde reeks van activiteiten' legt teveel de nadruk op het patiënt zijn – het onderhevig zijn aan de structuur in plaats van je eigen wensen.

'Activering' is geen zorgfunctie die binnen elke zorgsetting voorkomt. Bij deze werkgroepen waar deze zorgfunctie wel aan bod komt, maakt activering een onderdeel uit van de zorg en ondersteuning die geboden wordt maar is het geen hoofdfunctie.

Bij de werkgroepen IBW, Psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen en voor de conventies kinderpsychiatrische aandoeningen (7740) en GAUZZ binnen de werkgroep ontwikkelingsstoornissen is 'activering' een belangrijk ondersteunend element dat nodig is binnen de hoofdfunctie begeleiding. Zo geven de psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen aan dat de definiëring van activering past binnen hun hoofdfunctie begeleiding. Ze ondersteunen zorggebruikers in hun arbeidsintegratie maar bieden geen tijdsinvulling en bezigheid aan.

Enkel voor de conventies kinderpsychiatrische aandoeningen (7740) en GAUZZ binnen de werkgroep ontwikkelingsstoornissen maakt 'activering' een onderdeel uit van de zorg en ondersteuning die geboden wordt. Voor de beide zorgsettings van de conventie kinderpsychiatrische aandoeningen die deelnamen aan de werkgroep is activering een belangrijk onderdeel van de begeleiding. Zo geeft De Dauw aan dat 'activering' binnen hun werking één van de hoofddoelen is. Zij willen zorggebruikers terug naar school of naar huis krijgen. 'Wij gaan een zorgtraject opstarten en proberen ook de school te integreren. We geven bv. onderwijs aan huis en gaan ook terugkoppelen naar de school. Wij trachten vooral de beperkingen van de stoornissen zo laag mogelijk te houden en gaan een netwerk opbouwen rond de thuissituatie. Bij de oudere jongeren is terugkeer naar school niet nodig. We gaan dan na hoe we hen kunnen helpen om alleen te wonen. Het is begeleiden maar ook een stuk activering om ervoor te zorgen dat de omstandigheden zo gecreëerd worden dat de jongeren daar te recht kan'. Ook voor de andere organisatie is er een link tussen activering en begeleiding. Zij maken bijvoorbeeld wel dag- en weekroosters voor de klas en werken aan re-integratie in de klas.

Ook de vertegenwoordiger van GAUZZ geeft aan dat activering een belangrijk element is om de corebusiness – gedragsveranderingen – te verwezenlijken. Activering is vaak een belangrijke hefboom tot gedragsverandering. Bij GAUZZ gaat het echt om activering. De meesten gaan niet meer naar school. Ze gaan echt activeren in de eigen setting of in de residentiële setting. Dit kan zeer intensief zijn. De outreach kan oplopen tot 20 uur per week. 'We gaan zorgen dat ze een dagschema hebben, dat ze vrijetijdsactiviteiten gaan doen'. Gedragsverandering is de corebusiness maar activering is vaak een belangrijke hefboom tot gedragsverandering.

Activering speelt ook een belangrijke rol bij de enkele zorgsettings die aangeven in hoofdzaak in te zetten op specialistische en methodische behandeling. Net zoals bij begeleiding gebeurt hier activering in functie van de specialistische en methodische behandeling die er geboden wordt en is het geen aparte zorgfunctie. Dit input komt voornamelijk voor bij de zorgsettings die een onderdeel zijn van de pijlers Geestelijke gezondheidszorg, met inbegrip van revalidatie die voornamelijk gericht is op de psychosociale aspecten en de fysieke revalidatie.

Dienstverlening, vorming, preventie, informatie, supervisie

Onder dienstverlening, etc. wordt verstaan 'het nagaan welke niet-patiëntgebonden activiteiten t.a.v. personen/gezondheidswerkers buiten de eigen zorgenheid, gericht op een verbetering van condities of contexten waarin patiënten of potentiële patiënten zich bevinden, plaatsvinden binnen de VSB.' Hierbij is het van belang om in het achterhoofd te houden dat het gaat om **niet-patiëntgebonden** activiteiten t.a.v. personen/gezondheidswerkers **buiten** de eigen zorgenheid.

Dienstverlening is voor de meeste zorgsettings die deelnamen aan de werkgroep geen hoofdfunctie. Met betrekking tot de definitie werd het volgende opgemerkt: kortverblijf type 1, oriënterend kortverblijf vinden de definitie te beperkt, er zou aan toegevoegd moeten worden 'binnen de eigen zorgvoorziening'. Ook PVT vindt de definitie te eng. MBE kan zich niet echt vinden in de definitie, Dagverzorgingscentrum stelt dat de definitie de term dienstverlening niet dekt.

Algemeen is er enige onduidelijkheid wat nu exact onder deze definitie valt en wat niet. Er is niet altijd een goede overeenkomst met de zorg die geboden wordt in de zorgsettings.

Wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, opleiding

Onder wetenschappelijk onderzoek, etc. wordt verstaan 'onderzoeksactiviteiten over de eigen werking, doelgroepen of de enge en ruimere organisatie van de zorgverlening. Opleidingsactiviteiten binnen en buiten de zorgeenheid, begeleiding van stages, ...' (De Meulemeester et al., 1998).

Voor geen enkele werkgroep⁵⁰, is deze zorgfunctie een vorm van rechtstreekse dienstverlening die geboden wordt aan de zorggebruiker en dan ook geen primair doel van hun dienstverlening, net zomin als het begeleiden van stages. Wel geven alle zorgsettings aan, stages te begeleiden en te participeren aan wetenschappelijk onderzoek. Het type stageplaats dat men kan aanbieden is afhankelijk van de zorgsetting en is daarmee zeer divers. Binnen de pijlers 'residentiële ouderenzorg', de 'thuiszorg' en 'transmurale zorg' zijn er geen zorgsettings waar de wetgever het voeren van wetenschappelijk onderzoek expliciet opneemt als opdracht. Zorgsettings waarvoor dit soms wel het geval is, hebben banden met de pijlers rond revalidatie. Het gaat hierbij enerzijds om revalidatie die voornamelijk gericht is op de psychosociale factoren en anderzijds revalidatie die voornamelijk gericht is op het herstel van fysieke functies. Ook binnen deze pijlers geeft slechts een beperkt aantal zorgsettings expliciet aan zelf wetenschappelijk onderzoek te doen. Deze zorgsettings bevinden zich veelal in een universitaire context. Dit is onder meer het geval voor de universitaire CAR. Zij maken reeds deel uit van een universitaire setting. In tegenstelling tot de autonome CAR die aangeven enkel te participeren aan onderzoek, gaan deze ook zelf onderzoek opzetten, onderzoeksinstrumenten ontwikkelen en valideren. Ook zij worden hiervoor niet gefinancierd door de conventie. De universitaire CAR zien dit als een deel van hun takenpakket maar ontvangen hiervoor geen financiering. Het wordt binnen de conventie niet benoemd als functie maar dit wordt impliciet verondersteld.

De universitaire en autonome CAR maakten deel uit van werkgroep 11: ontwikkelingsstoornissen.⁵¹ Geen enkele zorgvorm die vertegenwoordigd is binnen werkgroep 11 wordt voor deze functie gefinancierd. Ook de RCA geven aan regelmatig te participeren aan onderzoek. Het doen van wetenschappelijk onderzoek wordt benoemd als functie binnen hun conventie maar men wordt er niet voor gefinancierd. De financiering van het wetenschappelijk onderzoek gebeurt door de universitaire setting indien een RCA daar deel van uit maakt. Ook de conventie GAUZZ laat toe om aan wetenschappelijk onderzoek te doen en het wordt benoemd als functie, maar men wordt er niet voor gefinancierd.

Tot slot haalt ook werkgroep 19 met vertegenwoordigers van de conventie visuele stoornissen aan dat men deelneemt aan wetenschappelijk onderzoek en dat dit vaak gelinkt is aan de onderzoeksactiviteiten van het ziekenhuis. Het gaat dan over uittesten van nieuwe technieken, technische hulpmiddelen, enz.

Samenwerking, overleg, uitwisseling en samen inzetten van expertise van (netwerk)partners

Deze negende en laatste zorgfunctie vormt geen onderdeel van de opdeling die De Meulemeester et al. (1998) maakten. Deze focust zich op de uitwisseling en het samen inzetten van expertise over zorgvormen heen.

Het betreft het uitwisselen van expertise en informatie met informele zorgverleners en tussen formele zorgprofessionals uit andere dan de eigen organisatie, die ook tot andere sectoren van het

⁵⁰ Voor deze zorgfunctie is geen informatie beschikbaar voor werkgroep 18: Revalidatieziekenhuizen.

⁵¹ RCA, autonome en universitaire CAR, Conventie kinderpsychiatrische aandoeningen, GAUZZ, CGG.

beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin kunnen behoren, of tot andere beleidsdomeinen zoals Onderwijs, Werk, Justitie. De expertise en informatie wordt uitgewisseld in functie van een therapeutische relatie tot een zorggebruiker en zijn context, van een doelgroep, of een gemeenschappelijk thema.

Wat betreft de definitie wordt het volgende opgemerkt: WG 4 (CVH, kortverblijf type 2 en 3) stellen dat er twee niveaus samen genomen worden, het niveau van de cliënt en het niveau van de zorgorganisatie. Volgens kortverblijf type 1 en oriënterend kortverblijf zijn er meerdere dingen samen gezet in de definitie die naar iets anders verwijzen.

2.3.4 Zorglocaties per zorgaanbod

De zorgactiviteiten die binnen een zorgvorm voorkomen worden steeds uitgevoerd in een bepaalde ruimtelijke context. Daarom bekijken we voor elke zorgsetting ook de locatie waarbinnen de zorgfuncties en bijhorende zorgactiviteiten plaatsvinden. Voor elke zorgsetting wordt met de letter 'P' in Tabel 4 de primaire zorglocatie(s) aangeduid waar zorggebruiker en zorgverlener gebruikelijk het meest in interactie gaan. Met de letter 'A' verwijzen we naar andere aanvullende locaties waar zorggebruikers en zorgverleners elkaar ook kunnen ontmoeten, maar niet het meest voorkomen. Het zijn zorglocaties die in functie van de zorgvraag en het zorgtraject van de zorggebruiker aan bod komen. De zorglocaties geven een indicatie van de mogelijke locaties waar zorggebruikers en zorgverleners elkaar ontmoeten, maar niet van de frequentie, noch de financiering. De kosten verbonden aan het bieden van zorg op deze aanvullende zorglocaties is niet eenduidig voor alle zorgsettings binnen de VSB. Sommigen ontvangen een tegemoetkoming, andere niet.

Tabel 4 Overzicht voorkomende zorglocaties van zorgsettings binnen de VSB

	ZORGLOCATIE						
	Binnen de eigen zorgzaamheid/zorgvoorziening			Binnen de (eigen) thuisomgeving (mobiele zorg)	Online	Binnen een andere zorgzaamheid binnen de gezondheidszorg	Buitenhuis en buiten een zorgzaamheid
	Residentieel	Semi-residentieel	Ambulant				
Woonzorgcentra ⁵²	P				A	A	A
Kortverblijf type 1	P						
Oriënterend kortverblijf	P						
Centra voor dagverzorging		P					
DGAT				P	A	A	A
Dagopvang		P					
Kortverblijf type 2	P		P				
Kortverblijf type 3	P				A		
Centra voor Herstel (CVH)	P						
Multidisciplinaire equipes voor palliatieve verzorging				P		A	A
Dagverzorging voor personen die lijden aan een ernstige ziekte		P					A
PVT	P				A	A	A
IBW	P		P	P	A	A	A
Psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen	P	P	P	A	A	A	A
Autonome CAR		P	P	A			A
Universitaire CAR			P		A	A	
RCA			P	P		A	A
GAUZZ	P			P		A	A
Kinderpsychiatrische aandoeningen	P						A
Vroegtijdige stoornissen kinderen- ouders	P	P	P	P			A
Kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen	P	P		P		A	
Verslaving	P		P	P	A	A	A
CGG			P	A	A	A	A
Revalidatieziekenhuizen/7.71 ⁵³	P		P	A		A	A
Visuele stoornissen			P	P		A	A

Tabel 4 leert ons dat de locaties waar zorggebruikers en zorgverleners elkaar ontmoeten binnen eenzelfde zorgtraject divers kunnen zijn. Locaties kunnen immers wijzigen of complementair zijn in functie van de zorgvraag en gedurende het zorgtraject van de zorggebruiker. We stellen vast dat de zorglocaties die elke werkgroep opgaf, niet eenduidig aan één bepaalde zorgvorm gelinkt kunnen

⁵² Inclusief woonzorgcentra met een aparte afdeling voor personen met een EPA.

⁵³ Dit deel kwam niet aan bod tijdens de werkgroep 18 over revalidatieziekenhuizen. De input die er staat is enkel gelinkt aan conventies 7.71. Deze conventie kwam aan bod in werkgroep 17.

worden. Zo linkt de werkgroep met vertegenwoordigers van de woonzorgcentra zich aan de zorgvorm residentiële woonzorg. Het merendeel van de zorgfuncties die ze aanbieden, vinden binnen het woonzorgcentrum zelf plaats. Toch zijn er ook activiteiten die buiten de residentiële context voorkomen in functie van de zorgvraag en het zorgtraject van de zorggebruiker(s). Zo kan bijvoorbeeld het intakegesprek ook buiten het woonzorgcentrum plaatsvinden, bijvoorbeeld bij de zorgvrager thuis. Online kunnen aanvragen tot opname ook gebeuren. Daarnaast treden woonzorgcentra met hun bewoners ook buiten de muren van hun centra. Dit kan zowel gaan over het begeleiden van personen naar consultaties (buitenshuis binnen een andere zorgseenheid binnen de gezondheidszorg) of verplaatsingen buitenshuis en buiten een zorgseenheid naar bijvoorbeeld een plaatselijke markt, een café... Ook binnen de andere pijlers en zorgsettings van de VSB zien we een combinatie van verschillende zorglocaties voorkomen.

De letter 'P' vinden we het vaakst terug bij residentiële, semi-residentiële, ambulante en mobiele zorg. Bij deze zorglocaties kunnen alle zorgsettings ook als aanvullende zorglocaties voorkomen. Het gaat hierbij om de zorglocaties 'online', 'bij een andere zorgseenheid binnen de gezondheidszorg' en 'buitenshuis en buiten een zorgseenheid'. Mobiele zorg is de enige zorgvorm die zowel aanvullend als in 'primaire' vorm kan voorkomen. De letter 'P' wil niet noodzakelijk zeggen dat elke individuele zorgaanbieder binnen een het zorgaanbod deze zorg aanbiedt. Het geeft enkel aan dat de zorgvorm kan voorkomen binnen het zorgaanbod. Zo bieden bijvoorbeeld slechts twee centra voor psychosociale revalidatie residentiële zorg aan en bieden niet alle autonome CAR zowel ambulante als semi-residentiële zorg.

Wanneer we meer specifiek de voorbeelden bekijken die aangehaald werden voor deze aanvullende zorglocaties zien we dat **online contact** voornamelijk gebruikt wordt als communicatietool tussen zorgvrager en zorgverlener. Er vindt zelden effectieve zorg en ondersteuning online plaats⁵⁴. Dit is onder meer zo voor de woonzorgcentra, DGAT, Kortverblijf type 3, PVT, IBW en Psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen. Drie andere zorgsettings (de CGG, verslavingszorg, universitaire CAR) bieden vormen van online-hulpverlening aan, maar dit steeds complementair en aanvullend bij de reeds bestaande ambulante/residentiële zorg die geboden wordt. Het vervangt geen andere hulpverlening. De CGG zijn een eerste zorgsetting waarvoor dit het geval is. Binnen een CGG kan een online contact wel een startpunt zijn om zo over te gaan naar ambulante hulp, bijvoorbeeld via chatbox: alcohol.be, depressiehulp.be. Daarnaast wordt aangegeven dat de CGG meer en meer proberen in te zetten op 'blended' hulpverlening. Dit is een combinatie van offline- en onlinehulpverlening waarbij ook modules online een onderdeel vormen van een bepaald traject. Ook binnen de verslavingszorg kan online anonieme hulp geboden worden die voor toeleiding kan zorgen naar andere zorgvormen binnen de verslavingszorg. Daarnaast worden ook vormen van online-hulpverlening gebruikt in het kader van intramurale zorg om periodes tussen residentiële en ambulante zorg te overbruggen. Tot slot gaf een vertegenwoordiger van een universitaire CAR aan dat de permanentie voor technische problemen bij implantaten (voor gehoorproblemen) online gebeurt, maar ook dat men zeer recent een online-platform voor patiënten heeft uitgebouwd waar zij tijdens hun traject actief op kunnen participeren. Ook de andere aanwezige universitaire CAR zijn vragende partij om dit in de toekomst te kunnen doen.

Een tweede aanvullende zorglocatie die vaak voorkomt, is deze waarbij zorgverlener en zorggebruiker elkaar ontmoeten binnen een andere zorgseenheid van de gezondheidszorg. De voorbeelden die in de werkgroepen hierrond aanbod komen, kunnen we clusteren in drie groepen. Een eerste cluster is deze van ontmoetingen die op een andere **zorglocatie plaatsvinden binnen de gezondheidszorg omdat de**

⁵⁴ Dit zou wel eens sterk beïnvloed kunnen zijn door COVID-19.

zorgprofessional ondersteuning wil bieden en wil bijdragen aan de continuïteit van de zorg voor de zorggebruiker. De zorg en ondersteuning die reeds binnen de eigen voorziening wordt gegeven, wordt niet losgelaten en een zekere mate van begeleiding wordt verdergezet buiten de voorziening. Een voorbeeld hiervan werd aangehaald in de werkgroep verslavingszorg. Wanneer de cliënt, een mama, bij haar ziek kind in het ziekenhuis wil verblijven dan wordt de medicatie van de mama geleverd en wordt ze, bij haar verblijf in het ziekenhuis, nog steeds gezien door de hulpverlener. Dit doet men voor het welbevinden en ter ondersteuning van de zorggebruiker voor onder meer praktische zaken. De zorggebruiker is door de ziekenhuisopname van het kind niet langer opgenomen bij de verslavingszorg en moet - zoals verplicht volgens de conventie - uitgeschreven worden waardoor er geen financiering meer is. Een tweede groep van voorbeelden vinden we terug in de werkgroepen woonzorgcentra EPA, PVT en verslaving. Deze werkgroepen gaven aan dat de zorggebruiker wordt **begeleid** door zorgverleners uit de zorgvoorziening naar consultaties die buiten de eigen zorgvoorziening plaatsvinden, bijvoorbeeld consultaties in het ziekenhuis of intake in een psychiatrisch ziekenhuis.

Een tweede cluster zijn de ontmoetingen tussen zorggebruiker en zorgverlener van ambulante of mobiele zorgvormen omdat de zorglocatie waar de zorggebruiker zich bevindt zijn **thuisvervangende** zorglocatie is. Bij MBE kan zorg en ondersteuning dan ook geleverd worden binnen een woonzorgcentrum als dit een thuisvervangende locatie is. Bij de DGAT kan er ook hulp geboden worden wanneer een zorggebruiker in het ziekenhuis verblijft. Ook de conventies voor visuele stoornissen verlenen zorg en ondersteuning in een ziekenhuis op een andere dienst, of binnen een woonzorgcentrum of IBW. Ook één van de Referentiecentra Autisme (RCA) binnen de conventie biedt in-reach zorg aan voor kinderen met autisme in de volwassenenpsychiatrie. Dat wil zeggen dat ze bij residentieel opgenomen patiënten bijvoorbeeld diagnostiek doen, soms in combinatie met behandeling. Bijvoorbeeld iemand met autisme die in de volwassenenpsychiatrie opgenomen is en die een advies wil rond een casus of aanvullende diagnostiek. Het gaat hier dan om mobiele zorg van de Vlaamse overheid naar residentiële zorg van de federale overheid. Net zoals de DGAT en de MBE doen zij aan mobiele zorg in een andere sector binnen de gezondheidszorg.

Een derde en laatste cluster die we onderscheiden is deze voor zorgprofessionals die een zorggebruiker buiten de eigen zorgenheid ontmoeten en dit in functie van een **overleg**. Zo geven de CGG, autonome CAR en de RCA aan, verplaatsingen te maken naar andere zorgvoorzieningen binnen de gezondheidszorg voor overleg. De RCA doen dit in het kader van hun coördinatieprogramma.

Tot slot ontmoeten zorggebruikers en zorgverleners elkaar ook buitenshuis en buiten een zorgenheid voor activiteiten die buiten de eigen zorgvoorziening plaatsvinden. Het kan hierbij enerzijds gaan over **zorgactiviteiten** die buitenshuis of buiten de zorgvoorziening plaatsvinden voor reeds gekende zorggebruikers. De mogelijkheden aan activiteiten die kunnen plaatsvinden zijn verscheiden en sterk afhankelijk van de voorkeuren van de doelgroep of van het individueel zorgplan. Het gaat hierbij over een bezoek aan de markt, de zoo, een plaatselijk zwembad, naar de winkel gaan, een speeltuin bezoeken, op café gaan... Daarnaast wordt door bepaalde zorgsettings (verslaving, CGG, visuele stoornissen) ook zorg en ondersteuning geboden binnen de muren van de gevangenis. Anderzijds gaat het ook over **overleg** dat georganiseerd wordt met externe partners buiten de gezondheidszorg. Zorggebruikers en zorgverleners werkzaam binnen autonome CAR, RCA en de conventie kinderpsychiatrische aandoeningen ontmoeten elkaar buitenshuis vooral voor overleg in een schoolse context of in crèches. Zo voorzien autonome CAR die zich richten op jonge kinderen therapie aan kinderen die opgevangen worden in een inclusief kinderdagverblijf.

2.3.5 Zorgtrajecten binnen de VSB

Elke zorggebruiker gaat zijn of haar zorgtraject aan in functie van zorgbehoeften en zorgvoorkeuren. Hierbij maken we in de nota een eerste onderscheid volgens de mate waarin de zorgvraag planbaar is. In de voorbereidende nota maakten we hierbij een onderscheid tussen langdurige en kortdurende planbare zorgtrajecten. Niet elke zorgbehoefte en bijhorende zorgvragen kunnen we echter systematisch in kaart brengen. Daarom gaan we ook verder in op niet-planbare zorgepisodes⁵⁵ binnen planbare zorgtrajecten.

Planbare zorgtrajecten

In de voorbereidende nota werd een onderscheid gemaakt tussen twee soorten planbare zorg die verschillen in de **duur** waarvan zorgvragers er gebruik van kunnen maken. Deze werden initieel benoemd als enerzijds **langdurige zorgtrajecten** waarbij het gaat om zorgbehoeften die zich strekken over een langere periode die niet vooraf te bepalen is. Er is de verwachting dat de zorgbehoefte gedurende enige tijd aanwezig zal blijven. Het gaat dus over zorggebruikers met een langdurige behoefte aan zorg en begeleiding. Anderzijds spreken we ook van **kortdurende planbare zorgtrajecten**. Zoals de term aanduidt, is kortdurende zorg beperkt in de tijd en gaat het om zorg die niet langer duurt dan een vooraf bepaalde periode. Het gaat bij beide trajecten over een planbare zorgvraag, die voorspelbaar is op basis van kenmerken van de zorgbehoefte van een zorggebruiker.

Zes⁵⁶ werkgroepen gaven aan dat de **gehanteerde begrippen** niet de meeste geschikte termen zijn om de zorgtrajecten te omschrijven. Een kortdurend traject wordt, volgens de werkgroepen, in bovenstaande definiëring omschreven als een afgebakende ‘korte’ periode. De tijdsduur waarvan men er gebruik kan van maken is niet noodzakelijk ‘kort’, beargumenteren de werkgroepen. De effectieve periode dat er zorg en ondersteuning geboden wordt, kan zich spreiden over verschillende jaren. De term ‘kortdurend’ vinden zij dan ook verwarrend omdat zorggebruikers dit als ‘kort’ gaan percipiëren wat in werkelijkheid niet zo hoeft te zijn (cf. infra). De termen ‘bepaalde’ en ‘onbepaalde’ zorgtrajecten dekken, volgens de werkgroepen, dan ook beter de lading dan de termen kortdurend en langdurig. Ook de term ‘onbepaald zorgtraject’ kan verwarrend zijn en kan klinken als een zorgtraject waarvan men nog niet weet welke zorg en ondersteuning geboden moet worden. Dit is echter niet correct. Een ‘onbepaald’ zorgtraject wijst niet op een inhoudelijk aspect van de zorg maar op de duur dat de zorg en ondersteuning gegeven zal worden. Om deze verwarring te vermijden spreken we beter van zorgtrajecten die ‘in de tijd bepaald’ zijn en deze die ‘niet in tijd bepaald’ zijn.

De indeling - in ‘bepaalde’ en ‘onbepaalde’ zorgtrajecten - die elke zorgsetting liet optekenen is gelinkt aan het **huidige zorg- en ondersteuningsaanbod** dat men kan aanbieden en daarmee ook aan het huidige regelgevend kader. Het merendeel van de zorgtrajecten binnen de VSB is in de tijd bepaald. De wetgever bepaalt de maximale duur of het maximale aantal sessies waarvan zorggebruikers gebruik kunnen maken. De tijdsduur varieert sterk en is niet steeds gelinkt aan de zorgbehoefte van de zorggebruiker. Voor kortverblijf type 1, oriënterend kortverblijf, kortverblijf type 2, kortverblijf type 3 en de centra voor herstel is het aantal dagen per jaar vastgelegd ongeacht de zorgbehoefte of zorgvraag van de zorggebruiker. Voor de mobiele equipe palliatieve zorg gaat het om een afgebakende periode

⁵⁵ Episode = deel van een reeks gebeurtenissen dat min of meer een zelfstandig geheel vormt (Van Dale woordenboek).

⁵⁶ Werkgroep 3: DGAT en dagopvang; werkgroep 5: MBE & Dagverzorging voor personen die lijden aan een ernstige ziekte; werkgroep 10: Psychosociale begeleiding voor volwassenen; werkgroep 11: ontwikkelingsstoornissen; werkgroep 15: CGG & autonome CAR; werkgroep 17: conventie 7.71, de autonome en universitaire CAR.

van maximaal 3 maanden. Ook voor de conventies vroegtijdige stoornissen kinderen-ouders, GAUZZ, CAR (autonome en universitaire) gaat het om een afgebakende periode van zorg die men kan ontvangen met een maximum, opgelegd door de overheid. Het kan hierbij gaan om een maximaal aantal sessies of maximale tijdsperiode al dan niet gelinkt aan een maximumleeftijd van de zorggebruiker.

Verschillende werkgroepen geven aan dat in de praktijk de opdeling in 'in de tijd bepaalde' en 'niet in de tijd bepaalde' zorgtrajecten niet altijd zo afgebakend en evident is. Bepaalde conventies, die 'in de tijd bepaalde' zorgtrajecten aanbieden, kunnen in functie van de zorgnood van de zorggebruiker de duur van het zorgtraject verlengen. Dit is onder meer het geval voor de **psychosociale revalidatiecentra**. Zij kunnen zorgtrajecten verlengen indien dit nodig blijkt. Deze werkgroep geeft aan dat dit in de praktijk eerder in beperkt mate voorkomt. Ook bij de conventie gelinkt aan kinderen met **respiratoire en neurologische aandoeningen** is een verlenging mogelijk mits motivering. De duur van de verlenging is in de praktijk gebaseerd op de individuele zorgnood van de zorggebruiker en varieert daarmee sterk tussen zorggebruikers. De wetgeving laat verlengingen van een jaar toe maar deze worden niet onmiddellijk in hun geheel aangevraagd maar in functie van de noden van de zorggebruiker. Bij de **RCA** is er een maximum duur opgelegd voor zowel het diagnoseprogramma (maximum 3 jaar) als het coördinatieprogramma (maximum 5 jaar). Een diagnoseprogramma is in principe steeds verlengbaar. Indien nodig kan men een zorggebruiker binnen het diagnoseprogramma steeds blijven opvolgen. Een coördinatieprogramma is echter maar één keer verlengbaar. Binnen de **verslavingszorg** laat de wetgever eveneens verlengingen binnen bepaalde zorgvormen toe - zolang als nodig - indien dit gewenst is in het zorgtraject. Dan wordt bij het verstrijken van de termijn een verlenging aangevraagd. Voor de therapeutische gemeenschappen, de crisiscentra (ontwenningprogramma's), OP + plus (ontwenningprogramma voor drug gebruikende ouders en hun kinderen) en de ambulante zorg van de dagcentra en MSOC is dit het geval. Bij een goedkeuring van de aanvraag of verlenging begint de termijn van zes maanden te lopen. Enkel als die persoon effectief gebruik maakt van zorg wordt er een prestatie aangerekend. Daarbij komt dat er geen limiet staat op het aantal prestaties waarvan de zorggebruiker gebruik kan maken. Binnen de huidige conventies binnen de verslavingszorg is de zorg dus in de tijd bepaald, maar volgens de werkgroep niet gelinkt aan planbare of niet-planbare zorg zoals deze in de nota worden gedefinieerd. Planbare of niet-planbare zorg wordt in de definitie sterk gelinkt aan het al dan niet voorspelbaar zijn van de zorgvraag. Voor de werkgroep Verslaving is de zorg misschien wel planbaar, maar is het traject van de zorggebruiker onvoorspelbaar wat betreft de tijd en wat betreft de inhoud. Een gebruiker kan wel aangeven te willen stoppen met zijn verslaving waarbij zorgprofessionals aangeven welk zorgaanbod het meest geschikt lijkt voor de zorgvraag van de zorggebruiker, maar de tijd en het inhoudelijke traject dat de zorggebruiker effectief aangaat, kan men niet op voorhand voorspellen. Herval hoort bij het herstel, zo geeft de werkgroep aan. Deze specifieke werkgroep vindt dan ook dat de mogelijkheid om op zorg beroep te kunnen doen, moet blijven voorzien worden. De zorg is planbaar maar flexibiliteit is nodig om in te spelen op onvoorspelbare zaken. Een niet tijdsgebonden zorgtraject heeft gezien het specifiek profiel van de zorggebruikers dan ook een sterke voorkeur. Er wordt wel eens gesteld 'eens verslaafd, altijd kwetsbaar'. Dit wil dan ook zeggen dat er eigenlijk op een of andere manier steeds nood is aan enige vorm van zorg en ondersteuning. De werkgroep denkt hier dan voornamelijk aan zorggebruikers die de diagnose afhankelijkheid gekregen hebben.

Zorg voor bepaalde duur is dus afgebakend in de tijd maar kan indien nodig voor bepaalde zorgtrajecten wel verlengd worden. Dit is niet het geval voor alle zorggebruikers die nood hebben aan zorg en ondersteuning. Sommige werkgroepen laten optekenen dat de trajecten van bepaalde duur, die vandaag de dag opgelegd worden door de overheid, in bepaalde trajecten ervoor zorgen dat de gehele

zorgbehoefte niet kan ondersteund worden. Het huidige wettelijke kader laat dus niet steeds toe om tegemoet te komen aan de zorgbehoefte van elke zorggebruiker. Hieronder lichten we dit verder toe aan de hand van voorbeelden voor de autonome CAR, universitaire CAR, MBE, de conventie gericht op kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen en de conventies visuele stoornissen.

Zoals te zien in tabel 5 plaatsen de **autonome CAR** zich binnen de huidige regelgeving onder de in de tijd bepaalde zorgtrajecten. Vooraf wordt het aantal zittingen, de duur of de leeftijd bepaald tot wanneer de zorggebruiker gebruik kan maken van de zorg en ondersteuning die ze aanbieden. Een zorggebruiker met ASS kan bijvoorbeeld tot zijn zevende levensjaar onbeperkt gebruik maken van zorg en ondersteuning en heeft nadien nog recht op 432 zittingen. Hierbij stellen de leden van de werkgroep zich vragen. Autisme is een aangeboren, pervasieve ontwikkelingsstoornis die niet genezen kan worden. Het kan zijn dat deze zorggebruikers op verschillende momenten in hun leven terug nood hebben aan zorg en ondersteuning, bijvoorbeeld bij de overgang van de lagere school naar het middelbaar onderwijs, bij de overgang naar hogere studies, bij de overgang naar werk, enz. De duur van het zorgtraject kan met andere woorden niet op voorhand bepaald worden, maar men weet wel dat de kans reëel is dat op meerdere momenten in het leven nood kan zijn aan zorg en ondersteuning. Het huidige kader laat momenteel niet toe zorgcontinuïteit te bieden doorheen het gehele leven van de zorggebruiker met ASS. Zeker bij minderjarigen die in ontwikkeling zijn, kan het zijn dat ze na anderhalf jaar voldoende hulp gehad hebben, zodat ze zonder hulp verder kunnen. Maar als er terug zorgzwaarte is, zou het goed zijn dat men deze terug in kaart kan brengen en dat dit terug het recht opent op voldoende hulpverlening. Zo kan iemand die nood heeft aan meer zorg deze ook krijgen. Nu kan het zijn dat iemand te weinig zittingen heeft en iemand anders te veel en men er wat langer gebruik van gaat maken dan nodig. Een ander voorbeeld linkt de werkgroep aan NAH zorg. Deze is beperkt tot 3 jaar na de start van de zorgnood bij volwassenen ongeacht of er dan nog nood is aan zorg en ondersteuning. Beide voorbeelden (autisme en NAH) hebben een maximum quotum en zijn daarmee afgebakend in de tijd. Beide begrenzingszinnen zeggen met andere woorden weinig over de zorgvraag van de gebruiker. De effectieve zorgvraag heeft geen impact op het aantal zittingen of de duur van de begeleiding.

Bij alle **universitaire CAR** gaat het per definitie over zorgtrajecten die bepaald zijn in de duur gedurende dewelke men er gebruik kan van maken. De hoofdactiviteit van elk universitaire CAR is echter verschillend. Er zijn hoofdactiviteiten die focussen op gehoor-, spraak- en taalstoornissen en slikstoornissen. Andere hoofdactiviteiten zijn gelinkt aan neurologische revalidatie gehoorproblemen en revalidatie voor dysfagie (slikproblemen), taalontwikkeling, mentale problemen en hersenletsels. Bovendien zijn er heel wat comorbiditeiten die men behandelt en gaat het vaak over het behandelen van problemen die personen een heel leven lang meedragen. Een voorbeeld hierbij is de nood aan een Cochleair implantaat (CI). Dit CI is een elektronisch hoorapparaat dat wordt ingeplant en dat het gehoor gedeeltelijk herstelt bij dove of ernstig gehoorgestoorde personen, die geen of nog een beperkt restgehoor bezitten⁵⁷. De conventie beperkt de ondersteuning tot vier jaar nadat het cochleaire implantaat ingeplant werd. De nood aan ondersteuning stopt echter niet (na 4 jaar) nadat de tijd van de conventie verstreken is, zo stelt de vertegenwoordiger van de universitaire CAR. Zorggebruikers hebben gedurende het leven wel één of meerdere nazichten of zelfs nieuwe plaatsingen nodig.' Vanaf dan leveren we wel nog wel de zorg maar moeten we deze aan de cliënt zelf factureren.'

57 <https://www.uza.be/cochleair-implantaat-ci>

Ook voor de conventies **visuele stoornissen** is het aantal sessies niet gelinkt aan de zorgnood/zorgzwaarte/ernst van de aandoening maar aan de leeftijd, meer bepaald het levensstadium⁵⁸ van de zorggebruiker. De wetgeving omschrijft het maximumaantal tegemoetkomingen voor de revalidatie-verstrekkingen voor de vier levensstadia die omschreven worden. Een zorggebruiker geneest echter niet van een visusaandoening, dus in die zin zijn de trajecten gewoonlijk lang en komt het huidige wetgevende kader niet steeds tegemoet aan de zorgnood. Dit wil niet zeggen dat er dan geen zorgvraag of zorgnood meer is, maar wel dat er binnen het wettelijke kader geen verdere ondersteuning geboden kan worden. Sommige pathologieën vereisen meer sessies dan andere, maar hier maakt de wetgever geen onderscheid in. Bij slechthoortheid ten gevolge van neurologische aandoeningen zijn er volgens de werkgroep vaak niet genoeg sessies. In de periode van 0-4j zijn 80 zittingen beschikbaar. Dit is vaak te weinig, volgens de werkgroep. Ook andere elementen zorgen voor een nieuwe of verdere zorgvraag. Het gaat hier bijvoorbeeld over nieuwe technieken en hulpmiddelen die op de markt komen, patiënten waarbij de interesses veranderen doorheen de tijd, familiale situaties die veranderen waardoor de patiënten meer actief moeten worden, met als gevolg dat nieuwe zaken aangeleerd moeten worden met de beschikbare hulpmiddelen... Iets kan voor de ene persoon veel langer duren dan voor de andere. Deze kenmerken gelinkt aan de zorggebruiker zorgen voor andere zorgtrajecten waardoor je niet op voorhand de duur van het traject kan bepalen. Dit kan het geval zijn door het IQ van de zorggebruiker, al dan niet bestaande vaardigheden, psychosociaal welzijn, enzovoort. Als het aantal sessies op is, moet de zorggebruiker wachten tot hij of zij in een nieuwe levensfase komt. De effectieve zorgbehoefte van de zorggebruiker is niet geheel richtinggevend voor wat er kan en niet kan, maar wel het aantal sessies dat bepaald is per levensfase.

Op basis van het huidige wetgevende kader plaatsen de vertegenwoordigers van de **multidisciplinaire equipes voor palliatieve verzorging (MBE)** zich bij zorg van bepaalde duur. In de praktijk stelt men vaak vast dat de huidige zorgvragen ofwel hyperkort zijn of dat het gaat om langere periodes die niet binnen het huidige kader passen. In de toekomst zou men idealiter al zorg en ondersteuning bieden doorheen een langer zorgtraject. Door in te zetten op een langer zorgtraject kan men beter werken aan duurzame relaties tussen de cliënt, zijn systeem en de werknemers/vrijwilligers. Deze duurzame (vertrouwens-) relaties zijn nodig om de geschikte psychische, sociale en spirituele ondersteuning te bieden aan personen in een palliatieve setting. Door de termijn uit te breiden kunnen ook personen die langdurig vechten tegen een ziekte (bijvoorbeeld kankerpatiënten) en ondersteuning nodig hebben geholpen worden zonder dat men al het etiket palliatief heeft gekregen.

De zorg voor **kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen** is binnen de conventie bepaald op maximum een jaar. Deze is in principe - mits motivatie van een arts - verlengbaar voor een maximale periode van nog een jaar. In uitzonderlijke gevallen kan er na die twee jaar nog een verlenging aangevraagd worden. De verlengingen worden echter hoe langer hoe uitzonderlijker, geeft de werkgroep aan. In de praktijk worden er zelfs niet altijd aanvragen voor een jaar gedaan. Vertrekkend vanuit 'de duur' van de zorgtrajecten, los van de wetgeving, zijn er zowel zorgtrajecten die kort zijn als langdurende trajecten. De definitie van in de tijd bepaalde zorgtrajecten past niet bij deze conventie volgens de leden van de werkgroepen omdat bepaalde zorgtrajecten in een adem genoemd worden met een vooraf afgebakende periode. Deze hangen niet altijd samen. Kortdurende zorgtrajecten kunnen heel kort en heel afgebakend zijn bijvoorbeeld van maandag tot vrijdag observaties om vervolgens een behandelplan af te leveren waar andere zorgprofessionals (buiten de organisatie) mee aan de slag gaan. Een

⁵⁸ 4 levensstadia: van 0 tot en met 3 jaar, van 4 tot en met 17 jaar, van 18 tot en met 64 jaar, vanaf 65 jaar.

kortdurend traject kan variëren van enkele dagen, een week, tot bij wijze van spreken 12 weken. Dat kan kortdurend zijn in zowel een diagnostisch traject als in een behandeltraject. Sommige zorgtrajecten zijn moeilijk vooraf te bepalen. Een goed advies over een bepaalde vorm van epilepsie bij een kind, kan bekeken worden op een zeer goed vooraf afgebakende periode en is dan kortdurend. Maar bij andere kinderen is dit niet het geval. Er wordt bekeken wat de voorziening voor de patiënt kan betekenen en welke doelstellingen men aan het herstel linkt. Wanneer die doelstellingen bereikt worden, kan men niet met zekerheid zeggen. Dit kan een of twee maanden zijn of langer. Op voorhand worden de doelen bepaald in afgebakende periodes. Indien het doel bereikt wordt, volgt een herevaluatie en is de kans groot dat de revalidatie ten einde is. Voor een zorggebruiker die sub-comateus is na een ongeval, is het zeer moeilijk vooraf het zorgtraject te bepalen. Dit zijn langdurige zorgtrajecten waar niet op voorhand duidelijk is hoelang de zorggebruiker zal blijven. Een minderheid van de patiënten verblijft meerdere jaren in het centrum. De huidige wettelijke bepalingen buiten beschouwing gelaten en louter kijkend naar het zorgtraject zijn er binnen de conventies zeer veel combinaties mogelijk en herkennen de organisaties zich in de zeer afgebakende zorg, maar hebben ze toch ook langere zorgtrajecten. De interne policy is dat de duur van het zorgtraject bepaald wordt in functie van de zorgnood en in samenspraak met de ouders. Er wordt veel belang gehecht aan en geluisterd naar de zorgvraag die de ouders en het kind stellen. Hiermee wordt maximaal rekening gehouden in de doelstellingen die worden bepaald.

Uit bovenstaande voorbeelden stellen we vast dat bepaalde maxima een rem zetten op de mogelijkheid om een antwoord te bieden op bepaalde zorgvragen, maar ook om zorgcontinuïteit te kunnen bieden aan bepaalde zorggebruikers. Het beperken van sessies zonder dat hier een verlenging kan worden aangevraagd, zorgt hier in een aantal gevallen voor. Zowel bij leden van de werkgroepen die op basis van eigen expertise het zorgtraject kunnen verlengen, als bij hen waarvoor de overheid de duur van het zorgtraject bepaalt, heerst de vraag wie in de toekomst de duur van het zorgtraject zal bepalen. Zij die zelf het zorgtraject op basis van hun expertise en de zorgbehoefte van de zorggebruiker kunnen bepalen wensen dit te behouden. Zij die dit niet hebben, pleiten ervoor om dit ook te kunnen doen in de toekomst, zodat de duur van het zorgtraject bepaald kan worden op basis van zowel de zorgbehoefte van de zorggebruiker als de expertise van de zorgprofessionals.

Tabel 5 Huidige zorgtrajecten binnen de zorgsettings van de VSB

ZORGSETTING	ZORGTRAJECTEN	
	Bepaalde	Onbepaald
Woonzorgcentra (+ EPA)		X
Kortverblijf type 1	X	
Oriënterend kortverblijf	X	
Centra voor dagverzorging		X
DGAT	X	X
Dagopvang		X
Kortverblijf type 2	X	
Kortverblijf type 3	X	
CVH	X	
MBE	X	
Dagverzorging voor personen die lijden aan een ernstige ziekte	X	
PVT		X
IBW		X
Psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen	X	
Autonome CAR	X	
Universitaire CAR	X	
RCA	X	
GAUZZ	X	
CGG	X	X
Kinderpsychiatrische aandoeningen	X	
Verslaving	X	
Vroegtijdige stoornissen kinderen-ouders	X	
Kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen	X	
Locom. & neurologische revalidatie	X	
Revalidatieziekenhuizen	-	-
Visuele stoornissen	X	

- : geen informatie beschikbaar

Voor twee zorgsettings is het tegenwoordig binnen hun wettelijk kader al mogelijk om **zowel** zorgtrajecten van **bepaalde** als van **onbepaalde** duur te organiseren. Deze zorgsettings geven aan dat het onderscheid in de duur van het traject niet eenvoudig vooraf te bepalen is. De zorgprofessional kan - in overleg met de zorggebruiker - een inschatting maken van welk zorgtraject nodig is, maar dit wil niet zeggen dat dit ook effectief het traject zal zijn. Er wordt hulp geboden en vervolgens wordt er in het zorgtraject bekeken wat er verder nodig is in functie van de zorgvraag.

Bij de **DGAT** vertrekt de zorg en ondersteuning in vele gevallen vanuit situaties waarbij de zorg initieel wordt opgestart voor een korte periode (bijvoorbeeld 6 weken hulp nodig door een heupoperatie) en vervolgens vaak verlengd wordt (omdat de zorgvrager de zorgverlening gewoon wordt, of de genezing niet zo snel gaat), of net sneller afgebroken (omdat de zorgvrager de zorgverlening van derden ontvangt), of sneller geneest. Kraamzorg is de zorg en ondersteuning die vaker voorkomt binnen een afgebakend traject, maar ook deze zorg en ondersteuning kan worden verdergezet indien dit nodig blijkt. Kraamzorg wordt daarmee gezien als zorg die zich vaak voordoet binnen een zorgtraject van

bepaalde duur. Wanneer de zorg en ondersteuning zich toch verderzet, na kraamzorg, kan men spreken van een zorgtraject van onbepaalde duur.

Ook binnen de **CGG** maken zorgprofessionals een inschatting van welk zorgtraject nodig is, maar ook dit is slechts een indicatie. In functie van het verloop van het zorgtraject kan dit wijzigen. Men is dus niet gebonden aan een maximaal aantal zittingen of tijdsduur. Het al dan niet limiteren van de zorgperiode kan een deel zijn van de methodiek bij bepaalde zorggebruikers. De voorspelbaarheid van het zorgtraject is erg klein en de zorgvraag is weinig planbaar. Bij de start van een traject wordt, net zoals bij de DGAT, een indicatie gemaakt van de duur die men denkt nodig te hebben bij de specifieke hulpvraag maar ook hier is dit slechts een indicatie. Er zijn met andere woorden zowel zorgtrajecten die beperkt zijn in de tijd als zorgtrajecten die langdurig zijn. Hierbij geven vertegenwoordigers van de werkgroepen aan dat sommige zorggebruikers langer in het traject blijven omdat een snelle interventie - wanneer nodig - niet mogelijk is, omwille van de wachtlijsten of omdat men nergens anders terecht kan. Het dilemma is vaak dat er weinig alternatieven zijn als men de begeleiding stopzet. Voor één van de werkgroepen waaraan CGG deelnam, is dit gelinkt aan het bovenlokaal verhaal en de vraag op wie of op welke voorzieningen men vervolgens beroep kan doen. In deze werkgroep geeft men aan dat in bepaalde gebieden in Vlaanderen men bijna ethisch verplicht is om ook de langdurige zorgtrajecten aan te bieden omdat er geen ander aanbod is. Langdurige zorgtrajecten houden, voor werkgroep 15 (CAR & CGG), in dat zorggebruikers ondersteund worden op een manier dat ze met hun beperkingen kunnen blijven verder leven. Hierbij gaat het in mindere mate om gespecialiseerde zorg. De nood aan gespecialiseerde zorg neemt af naarmate het zorgtraject langduriger wordt. Als cure care wordt kan, het volgens werkgroep 15, minder specialistisch worden en dus minder geld kosten. Voor sommige vertegenwoordigers binnen de CGG-werkgroep mag er een limiet komen op langdurige sessies, zodat de CGG meer of eerder zouden nadenken over het doorverwijzen. De langdurige ambulante zorgvorm voor personen met een chronische psychische problematiek is nodig, maar de vraag is voor de werkgroep of CGG die moeten aanbieden. Door personen die nood hebben aan een langdurig zorgtraject ook in behandeling te nemen, maakt een CGG een duidelijke, maar moeilijke keuze.

Voor beide zorgsettings is het flexibel kunnen schakelen tussen verschillende zorgtrajecten in functie van de zorgbehoefte van de cliënt een belangrijke flexibiliteit die men ook in de toekomst wenst te behouden. De zorgnood en voorkeuren van de zorggebruiker, samen met het oordeel van de zorgprofessional, zijn richtinggevend voor de zorgtrajecten binnen de DGAT en CGG. Ook binnen andere zorgsettings is deze interactie cruciaal, zo blijkt uit de werkgroepen. Toch baart de opdeling in 'in de tijd bepaalde' en 'niet in de tijd bepaalde' zorgtrajecten de werkgroepen zorgen. Zoals blijkt uit bovenstaande is de expertise van de zorgprofessional richtinggevend voor de wijze waarop de zorgvraag beantwoord wordt. Meerdere werkgroepen wijzen op het gevaar van het opeisen van rechten van zorggebruikers. Als er werkelijk gesproken wordt van zorggebruikers die op basis van hun diagnose of hun zorgbehoefte het recht openen op een kort zorgtraject, dus zorgverlening van een bepaalde duur, dan kunnen mensen misschien al hun uren waar ze recht op hebben eisen, ook al hebben ze deze strikt gezien niet meer 'nodig'. Daarnaast kunnen er voor bepaalde zorgsettings wachtlijsten ontstaan. Deze bezorgdheid werd expliciet geuit door de DGAT, evenals door vertegenwoordigers van de conventies kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen, autonome CAR en verslaving. In de conventies van de CAR staat momenteel vermeld dat het recht op het maximale aantal zittingen geen opeisbaar recht is.

Zowel de organisaties van de conventie gericht op kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen als de autonome CAR geven expliciet aan maximaal rekening te houden met de zorgvraag

van de ouders, het kind en de context in het bepalen van de revalidatiedoelstellingen. Zij wijzen er echter ook op dat men zich baseert op evidence based practice onderbouwde mogelijkheden bij het bepalen van de revalidatiedoelstellingen. Er wordt enkel revalidatie aangeboden die op wetenschappelijke basis goorloofd is en niet louter op basis van de wensen van de zorggebruiker of zijn context. Ook binnen de verslavingszorg geeft men aan dat men geen aanvraag indient als zorgprofessionals het nut niet zien van een bepaalde behandeling. Zorgprofessionals moeten een afweging kunnen maken en ook kunnen aangeven aan een zorggebruiker dat ze op dit moment in het zorgtraject misschien niet de juiste zorg kunnen aanbieden.

Ook de werkgroep forensische zorg wijst erop dat er binnen de forensische zorg zo goed als geen in de tijd bepaalde trajecten zijn, tenzij men een langdurig traject als meerdere bepaalde trajecten ziet. De werkgroep maakt de redenering dat elke zorggebruiker binnen een forensisch traject een zorgtraject heeft van onbepaalde duur. Dit komt voort uit de redenering dat internering een veiligheidsmaatregel is van onbepaalde duur. Hieraan kan enkel een einde worden gesteld via een definitieve invrijheidsstelling. Dit wil niet noodzakelijk zeggen dat de zorg ook gedurende onbepaalde duur gegeven wordt. De zorg wordt geboden in functie van de zorgnood. Daarnaast geven de vertegenwoordigers van deze werkgroep aan dat ze zich niet vinden in de woorden 'vooraf afgebakend' in de definiëring van de in de tijd bepaalde zorg. De leden van de werkgroep geven aan dat men onmogelijk kan voorspellen hoe een traject zal verlopen. Binnen de forensische zorg ligt de focus op het verminderen van het risico op delict (recidive beperking) door het beperken van de risicofactoren en het bevorderen van de beschermende factoren. Het is dit delict-risico dat het zorgtraject niet goed voorspelbaar maakt. Dit kan toenemen of afnemen. Men probeert naar een afname te werken maar door externe factoren of factoren gelinkt aan de zorggebruiker zelf kan dat anders verlopen. Eigen aan de doelgroep is impulsiviteit.

Niet-planbare zorgepisodes

Naast planbare zorgtrajecten onderscheidt de nota ook niet-planbare zorgepisodes. Bij niet-planbare zorgepisodes kan het gaan over zeer uiteenlopende situaties die leiden tot een zorgnood. Het kan hierbij gaan om veranderingen die plaatsvinden in de mantelzorg die gegeven wordt, het sociaal systeem, het ziektebeeld, de psychische draagkracht van de zorggebruiker (Oude Avenhuis et al., 2010). Deze situaties zijn niet vooraf te plannen maar vragen wel een gepast antwoord op de gewijzigde zorgvraag, zodat de zorgcontinuïteit gegarandeerd wordt. Er zijn ook niet-planbare zorgsituaties die gekenmerkt worden door een urgent karakter. Een snelle opstart en aanpasbaarheid van zorg is hierbij cruciaal. Dringende zorg wordt in het decreet VSB gedefinieerd als: "zorg in een situatie die niet vooraf kan worden ingeschat en waarbij onmiddellijke of dringende zorg en ondersteuning vereist is." Deze definiëring is eerder vaag en maakt geen link met de overige gehanteerde concepten die gelinkt worden aan dringende hulp binnen de gezondheidszorg. Urgentie- en crisiszorg zijn termen die gebruikt worden om verschillende vormen van dringende hulp weer te geven. Elk geven ze een antwoord op een verschillende zorgvraag of zorgbehoefte en hebben ze een verschillende doelstelling.⁵⁹ Hierbij werd in de voorbereidende nota een onderscheid gemaakt tussen enerzijds urgentiezorg en anderzijds crisiszorg. Aan elke werkgroep werd gevraagd in welke mate zij interveniëren bij urgentiezorg en/of crisiszorg. Ook werd bevestigd in welke mate men zich kan vinden in de vooropgestelde definities.

⁵⁹ Advies GGZ-programma Kinderen en Jongeren van de NRZV (juni 2011).

Urgentiezorg

Urgentiezorg werd in de nota **gedefinieerd** als de zorg die onmiddellijk dient gegeven te worden aan een zorggebruiker in levensbedreigende (gevaar)situaties. Drie werkgroepen⁶⁰ merkten op dat de voorgestelde definitie enkel erop wijst dat er onmiddellijk gehandeld moet worden omwille van de levensbedreigende (gevaar)situaties voor de zorggebruiker zelf. Bij forensische zorg kan men zich bijvoorbeeld vragen stellen of de situatie urgent is voor de zorggebruiker zelf of voor derden. Wanneer de zorggebruiker een gevaar voor derden vormt, kan dit ook een teken zijn om onmiddellijk in te grijpen. Een toevoeging van 'levensgevaarlijke situaties voor derden' aan de definitie van urgentiezorg zou deze tekortkoming oplossen. Na deze aanpassing komen we tot onderstaande definitie voor urgentiezorg binnen de Vlaamse Sociale Bescherming: "Urgentiezorg is de zorg die onmiddellijk dient gegeven te worden aan een zorggebruiker in levensbedreigende (gevaar)situaties of wanneer er een levensgevaarlijke situatie voor derden ontstaat."

Urgentiezorg is voor de meeste zorgsettings binnen de VSB **geen kerntaak**. De handelingen die gesteld worden indien een urgente situatie zich voordoet, hebben voor de meeste zorgsettings hoofdzakelijk betrekking op het toedienen van de eerste hulp (reanimeren) en het oproepen van externe medische hulpverlening gelinkt aan ziekenhuizen (spoedgevallendiensten, PAAZ-afdelingen, EPSI-afdelingen op algemene ziekenhuizen of psychiatrische ziekenhuizen) in functie van de zorgnood. Het kan hierbij ook gaan over het contacteren van de huisarts of de politie. Binnen bepaalde settings, zoals de verslavingszorg en de CAR, is er vaak (in bepaalde zorgvormen) een arts aanwezig. Deze arts zal eerst bekijken wat er aan de hand is en de eerste hulp toedienen indien nodig, om vervolgens verdere stappen te ondernemen (bijvoorbeeld contact ambulance of MUG). Ook in deze zorgsettings waar toch een arts aanwezig is, behoort urgentiezorg niet tot de kerntaak. Een overzicht van de zorgsettings waarvoor urgentiezorg geen kerntaak is en die aangeven bij urgente situaties voornamelijk eerste hulp te bieden en vervolgens – indien nodig – beroep te doen op externe medische hulpverlening is terug te vinden in Figuur 5. Ook de Vlaamse forensische zorgsettings (PVT, verslaving, IBW) behoren tot deze groep. Ook hier is urgentiezorg geen kerntaak en wordt de crisiszorg 'uitbesteed'.

Een tweede groep die we onderscheiden in Figuur 5 zijn deze zorgsettings die omwille van de aanwezigheid van medisch personeel en (medisch materiaal) meer medische handelingen kunnen stellen. Deze settings bevinden zich alle in een ziekenhuiscontext. Zij geven elk afzonderlijk aan dat deze ziekenhuiscontext meer mogelijkheden biedt. Deze context zorgt er onder meer voor dat alle zorgverleners een reanimatiecursus moeten gevolgd hebben. Medewerkers zijn er dus op getraind om de urgentiezorg in levensbedreigende situaties toe te passen. Het is vervolgens de aanwezige en de reeds betrokken arts die beslist of de zorggebruiker binnen de zorgvoorziening zelf geholpen kan worden of moet worden doorverwezen. Daarnaast beschikken sommige revalidatieziekenhuizen ook over midcare afdelingen. Op deze afdelingen verblijven zorggebruikers die continue monitoring en toezicht nodig hebben. Het zorgniveau situeert zich hier tussen een gewone verpleegafdeling en een intensieve zorgafdeling. Dit is een andere vorm van zorg en ondersteuning die er geboden kan worden dan in zorgsettings die zich niet in een ziekenhuiscontext bevinden.

Voor de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging (MBE) is het opnemen van urgente palliatieve zorg één van de kerntaken omschreven in hun opdracht. In de context van palliatieve

⁶⁰ Werkgroep 12: Vroegtijdige stoornissen kinderen-ouders, werkgroep 13: kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen, werkgroep 9: forensische zorg

zorg komt urgentiezorg zoals gedefinieerd in de nota, bijna niet voor bij MBE's. Urgentiezorg is enkel van toepassing indien het een situatie betreft waarbij de zorggebruiker heeft aangegeven dat hij of zij opnieuw medische hulp nodig heeft. In dat geval worden de nodige instanties gecontacteerd, zoals een ambulance, en worden de noodzakelijke handelingen uitgevoerd. Urgentiezorg voor MBE's heeft betrekking op urgente situaties binnen de palliatieve thuiszorg die het overlijden van de zorggebruiker (kunnen) veroorzaken met grote emotionele impact op de zorggebruiker zelf, de familie en de zorgverleners. Deze onvoorspelbare urgenties waarmee MBE te maken krijgen, hebben dan ook een andere finaliteit dan urgenties die zich binnen andere zorgsettings van de VSB voordoen. Deze urgenties gelinkt aan palliatieve zorg kunnen optreden ten gevolge van de voortschrijdende ziekte, maar ook als neveneffect van de therapie. (Urgente) palliatieve zorg handelt dan ook proactief om problemen en complicaties die zich mogelijks kunnen voordoen tijdens het levenseinde van de zorggebruiker zoveel mogelijk te beperken. Een juiste inschatting maken van de urgentie van elke situatie alsook de (levens)verwachting is hierbij van belang (Palliatieve Zorg Oost-Vlaanderen, 2015).

Raadplegen externe medische diensten	Stellen medische handelingen & urgentie zorg is geen kerntaak	Stellen medische handelingen stellen & onderdeel kerntaak
<ul style="list-style-type: none"> • Woonzorgcentra • Oriënterend kortverblijf • dagverzorgscentra • Korverblijf type 1 • Korverblijf type 2 • Korverblijf type 3 • DGAT • Dagopvang • Centra voor herstel • Palliatieve dagcentra • PVT • IBW • Psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen • (universitaire & autonome) CAR • Referentiecentra voor autisme (RCA) • GAUZZ • CGG • Kinderpsychiatrische aandoeningen • Vroegtijdige stoornissen kinderen-ouders • Visuele stoornissen • Verslaving • Forensische zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderen met Respiratoire en neurologische aandoeningen (7.76.5) • Revalidatieziekenhuizen • Locomotorische en neurologische revalidatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging (MBE)

Figuur 5 Overzicht onderscheid urgentiezorg binnen de Vlaamse Sociale Bescherming

Uit het bovenstaande nemen we mee dat bij urgentiezorg de meeste zorgsettings gebruik maken van externe medische diensten om aan de zorgnood tegemoet te komen. Dit wil echter niet zeggen dat het verdere zorgtraject van de zorggebruiker geen opvolging meer krijgt binnen veel zorgsettings. Alvorens de urgente nood aan zorg optreedt, is er in vele gevallen al een zorgtraject lopende en wordt dit in vele gevallen vervolgd na de urgente tussenkomst. De werkgroepen woonzorgcentra, IBW, forensische zorg, verslaving en autonome CAR geven expliciet aan dat er ook bij een urgente opname in een andere context contact gehouden wordt met de zorggebruiker. Dit is zowel het geval bij een korte opname als een langdurigere opname. De intensiteit zal wel verschillen in functie van de duur van de opname. Het blijven opvolgen draagt bij tot zorgcontinuïteit binnen het zorgtraject van een zorggebruiker. De werkgroep verslavingszorg geeft aan dat hier echter geen middelen voor zijn. Wanneer een persoon zijn revalidatieproces tijdelijk stopt omdat de persoon in het ziekenhuis is, of bij een opname in de psychiatrie, stoppen ook de middelen. Dit vindt men logisch indien deze persoon daar maanden verblijft,

maar niet indien iemand er maar twee dagen verblijft. Extra opvolging is ook van toepassing bij urgentiezorg in een forensische setting. Hier moet nog een extra partner bij het zorgtraject betrokken worden, namelijk justitie. Hierbij geeft de werkgroep aan dat bij urgentiezorg ook werk is voor de voorziening waar de crisis gebeurde. Het gaat hierbij over contactname met het netwerk van de cliënt, contact met justitie, opvang van medebewoners indien die betrokken zijn, begeleiders indien zij geconfronteerd zijn geweest met gewelddadige situaties, enz. Door het statuut van de persoon kan er sneller gereageerd worden dan in reguliere settings. Iemand kan sneller gedwongen worden tot zorg dan in de reguliere psychiatrie. Er kan ook meer preventief gewerkt worden. Ook veel basisgegevens zijn bekend bij de opname.

Crisis zorg

Crisis zorg werd bij de start van de werkgroepen omschreven als (1) de zorg en ondersteuning die geboden wordt in een niet-levensbedreigende acuut beleefde noodsituatie (2) waarbij de fysieke, psychische, sociale en materiële veiligheid en gezondheid van de gebruiker of zijn directe omgeving bedreigd is of wordt. (3) Deze noodsituatie vereist een onmiddellijke en aangepaste zorgactiviteit die niet uitgesteld kan worden. (4) Deze zorgactiviteit is beperkt in de tijd en duurt niet langer dan een vooraf bepaalde periode. Het gaat dus om een vierdelige definitie. We bespreken de commentaren van de werkgroepen bij elk van de delen.

Het **eerste deel** van de definitie bepaalt vanaf wanneer we spreken over een crisissituatie. Crisis zorg gaat over de zorg en ondersteuning die geboden wordt in een niet-levensbedreigende, maar acuut beleefde noodsituatie. Werkgroep 1 met vertegenwoordigers van de woonzorgcentra geven als enige werkgroep aan dat de omschrijving van de definitie niet duidelijk aangeeft wat er met een crisissituatie bedoeld wordt. Hierbij geven ze aan dat elke ziekenhuisopname gebeurt naar aanleiding van een crisis en de term 'crisis zorg' dan niet gebruikt wordt. Hierbij wordt verwezen naar de definiëring uit het Woonzorgdecreet en geeft de werkgroep de suggestie om beide definities te vergelijken. We stellen evenwel een sterke overeenkomst vast tussen beide definities, met dit verschil dat de laatste toevoeging, deel 4, niet terug te vinden is in het woonzorgdecreet (de zin "Deze zorgactiviteit is beperkt in de tijd en duurt niet langer dan een vooraf bepaalde periode.") In het woonzorgdecreet⁶¹ wordt 'crisis zorg' gedefinieerd als 'een onmiddellijke en aangepaste interventie in geval van een noodsituatie die niet vooraf kan worden ingeschat en waarin onmiddellijk zorg en ondersteuning moet worden geboden. Een noodsituatie is daarbij een situatie waar de fysieke, psychische, sociale en materiële veiligheid en gezondheid van de gebruiker bedreigd is of wordt'. Het woord 'crisis' vinden we een tweede keer terug in het decreet bij de definiëring van de term overbruggingszorg. Overbruggingszorg wordt omschreven als de 'aangepaste zorg en ondersteuning die aansluit bij crisis zorg en die gedurende een korte periode wordt verleend in afwachting van de door de gebruiker gekozen zorg en ondersteuning.' De definitie van overbruggingszorg vindt een overeenkomst met de toegevoegde zin 'Deze zorgactiviteit is beperkt in de tijd en duurt niet langer dan een vooraf bepaalde periode.' Beide geven aan dat er een zorgactiviteit plaatsvindt die aansluit bij crisis zorg en dat deze beperkt is in de tijd. De definitie van overbruggingszorg ziet dit als een korte periode die overbrugd wordt na de crisis zorg. De definitie in de nota sluit overbruggingszorg niet uit maar benoemt dit niet zo.

De werkgroep met vertegenwoordigers van de DGAT wijzen in een **tweede deel** op het belang van het onderscheid tussen levensbedreigende en niet-levensbedreigende crisissen. Het voorbeeld dat hierbij

⁶¹ Decreet van 15 februari 2019 betreffende de woonzorg.

wordt aangehaald linkt men aan de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Zo haalt men aan dat men binnen de GGZ niet altijd 24 uur kan wachten om zorg te bieden. Dit is verschillend voor de DGAT. Een snelle opstart van gezinszorg kan misschien wel 24u wachten. Wanneer we deze input vergelijken met deze van de diensten uit de GGZ die deelnamen aan de werkgroepen stellen we vast dat vertegenwoordigers uit de GGZ aangeven dat de zorg niet altijd 24u kan wachten maar men dit nog steeds plaatst onder een niet-levensbedreigende situaties. Levensbedreigende situaties binnen de GGZ worden geclassificeerd onder urgentiezorg, niet-levensbedreigende onder crisiszorg. Vertegenwoordigers van de CGG wezen wel op niet-levensbedreigende situaties die, zonder ingrijpen, in de richting van een levensbedreigend situatie kunnen evolueren waardoor ingrijpen in deze situaties wel effectief nodig is. Crisiszorg is met andere woorden gericht op het verminderen van het crisiskarakter in bepaalde situaties. De bedoeling is de crisis te stabiliseren. Op basis van het bovenstaande wordt er geen wijziging aangebracht aan de definitie. Het onderscheid tussen levensbedreigende en niet-levensbedreigende crisissen wordt gemaakt in het onderscheid in de definitie van urgentiezorg enerzijds en crisiszorg anderzijds.

Voor de vertegenwoordigers van de werkgroep 'kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen' is het niet duidelijk over welke soort crisiszorg het juist gaat binnen deze definiëring. Er wordt aan crisiszorg gedaan, maar niet elke vorm van crisiszorg wordt aangeboden. Men biedt wel een antwoord op medische crisiszorg, maar niet op sociale crisissen. Ook de MBE wijzen op het onderscheid tussen een crisis in termen van gezondheid of in termen van gedrag en welzijn. De definitie van crisiszorg - in zijn huidige vorm - geeft aan dat zowel bij een bedreiging van de fysieke, psychische, sociale en/of materiële veiligheid en gezondheid van de zorggebruiker of zijn directe omgeving gesproken kan worden van crisiszorg. Medische crisiszorg gericht op de fysieke noden van de zorggebruiker kan hier met andere woorden onder vallen en is onderdeel van de zorg die binnen de VSB aan bod komt.

Het **derde** deel van definitie geeft aan wat nodig is om deze crisissituatie aan te pakken. De omschrijving stelt dat de noodsituatie een 'onmiddellijke' en aangepaste zorgactiviteit veronderstelt die niet uitgesteld kan worden. Twee werkgroepen⁶² wijzen hierbij op de term 'onmiddellijk' en wensen dat te wijzigen. Het voorstel van de deelnemers is om te spreken van een 'snelle' en aangepaste zorgactiviteit of te spreken van een aangepaste zorgactiviteit die binnen de 'binnen 24u' aangepakt moet worden. Dit maakt een duidelijker onderscheid tussen urgentie en crisis, volgens de deelnemers van deze twee werkgroepen.

Het **laatste** onderdeel in de voorgestelde definitie heeft het over de timing, de periode gedurende dewelke er over crisiszorg gesproken kan worden. De definitie stelt dat de zorgactiviteiten gelinkt aan crisiszorg beperkt zijn in de tijd en niet langer duren dan een vooraf bepaalde periode. Werkgroep 2⁶³ stelt zich de vraag wat er bedoeld wordt met 'beperkt zijn in de tijd': gaat het hierbij om 24 uur of 48u en is de rest overbruggingszorg? De werkgroepen van de IBW en PVT geven aan dat een crisis langer kan duren dan 24u. De werkgroep IBW denkt hierbij aan zeer intensieve begeleidingen als overbrugging naar een opname. De individuele medewerker kan dan niet meer aan de nood voldoen, het ganse team wordt ingeschakeld om de ondersteuning te bieden gedurende een beperkt aantal dagen. Als continu toezicht nodig is, komt er uiteindelijk een opname. Ook de PVT die deelnamen aan werkgroep 7 geven aan dat op voorhand niet bepaald wordt hoelang een crisis duurt. Net zoals bij de IBW wordt er bekeken welke

⁶² Werkgroep 15: CAR & CGG en werkgroep 16: verslaving.

⁶³ Werkgroep 2: Centra voor dagverzorging, Oriënterend kortverblijf en Kortverblijf type 1 – Werkgroep.

interne begeleidingen nodig zijn bij crisissen en of externe doorverwijzing nodig is. Ook vertegenwoordigers van de werkgroep 'revalidatieziekenhuizen' en 'Locomotorische en neurologische revalidatie'⁶⁴ (conventie 7.71) geven aan dat de periode waarin crisiszorg nodig is fluctueert en niet eenduidig op voorhand te bepalen en dus ook niet te beperken is in de tijd. Vanaf het moment dat er niet langer sprake is van een crisis, spreekt men van een opname binnen een revalidatieziekenhuis. Ook vertegenwoordigers van de forensische zorg in werkgroep 9 geven aan dat de periode tijdens dewelke crisiszorg nodig is fluctueert van zeer kort tot anderhalve maand

Crisiszorg binnen de VSB kunnen we opdelen in drie clusters (zie Tabel 6). Tot de eerste cluster behoren de meeste zorgsettings. Zij leveren crisiszorg aan de zorggebruikers die reeds zorg en ondersteuning ontvangen in hun zorgsetting en ze leveren geen crisiszorg aan externen. De mate waarin crisiszorg intern kan worden opgevangen, is sterk afhankelijk van zorgsetting tot zorgsetting en wordt medebepaald door de aanwezige personeelsequipe - het aantal handen - die de crisis mee kan ondersteunen. Zo geven de woonzorgcentra aan dat ze meer crisissen intern zouden kunnen opvangen indien men een grote personeelsequipe zou kunnen inzetten. De vertegenwoordigers van deze werkgroep ervaren het huidige aantal personeelsleden als onvoldoende om meer crisissen intern op te vangen. Ook de IBW⁶⁵ geven aan crisissen intern zoveel als mogelijk op te vangen door de intensiteit van de contacten op te drijven, maar dit is niet altijd mogelijk omdat er geen budget voor voorzien is. In het beste geval zou de intensiteit van de contacten moeten worden opgeschaald tot de crisis gaan liggen is, anders moet er toch voor een opname gekozen worden. Een vertegenwoordiger⁶⁶ geeft aan dat er ook gewerkt wordt met signaleringsplannen. Deze worden op voorhand opgesteld en dienen ervoor te zorgen dat een psychische crisis in de toekomst wordt voorkomen op basis van vroege voortekenen van een terugval. Hierbij hoort ook een actieplan met een beschrijving van wat men het beste kan doen wanneer er een terugval dreigt. De mate waarin een crisis intern wordt opgevangen binnen PVT is afhankelijk van de manier waarop men georganiseerd is en de nood aan zorg die op dat ogenblik aanwezig is. Sommige PVT vangen meer intern op, andere werken meer samen met de opname-afdeling van een ziekenhuis en vangen de crisis dus niet zelf op. Ook de organisaties in de conventie 'kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen' vangen een crisis intern op. De aanpak hiervan en hoe een crisis te voorkomen is meestal al uitgeschreven in het behandelplan.

Daarnaast zijn er zorgsettings die expliciet aangeven zich voornamelijk toe te leggen op het **toeleiden en doorverwijzen van zorggebruikers naar externe partners** wanneer er sprake is van een crisissituatie. Zij vormen een tweede cluster. Deze zorgsettings geven aan intern eerder in beperkte mate met zorggebruikers aan de slag te gaan bij een crisis. Het gaat hierbij om de autonome CAR, RCA, en de psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen (ambulant). Hierbij speelt de samenwerking en interactie met het netwerk waarmee deze zorgsettings verbonden zijn, een belangrijke rol. Deze zorgsettings leiden zorggebruikers dus voornamelijk toe naar zorgprofessionals van het crisisteam. Ook bij externe crisisopvang en/of in samenwerking met andere partners wordt de zorggebruiker opgevolgd om zorgcontinuïteit te kunnen garanderen en wordt er de nodige tijd geïnvesteerd. Na de crisissituatie worden de zorg en ondersteuning die reeds werd verleend terug opgenomen of aangepast in functie van de zorgbehoefte van de zorggebruiker.

⁶⁴ Werkgroep 17: Locomotorische en neurologische revalidatie, universitaire CAR, autonome CAR.

⁶⁵ Werkgroep 8: IBW.

⁶⁶ Vertegenwoordiger van IBW uit werkgroep 9: forensische zorg (deel 1).

Een beperkt aantal zorgsettings vangt binnen zijn werking ook **externe crisissen** op. Zij vormen een derde cluster. Dit wil zeggen dat deze zorgsettings een antwoord kunnen bieden op de zorgnood die voortvloeit uit een externe crisissituatie. Dit is het geval voor de DGAT, kortverblijven type 3, de moeder-baby-eenheden, MBE en de revalidatieziekenhuizen. Het opnemen van externe crisissen behoort tot één van de kerntaken opgegeven vanuit de overheid en men ontvangt hiervoor financiering. In zeer beperkte mate vangen CGG externe crisissen op. De focus ligt binnen een CGG voornamelijk op het opvangen van interne crisissen, voor zorggebruikers die reeds in behandeling zijn. Het aanbieden van crisiszorg is geen kerntaak, CGG zijn hier volgens de werkgroep dan ook niet voor uitgerust en hebben hiervoor maar een beperkte capaciteit. Crisiszorg binnen een CGG is gericht op het wegnemen van de crisis. De overheid bepaalt vandaag de dag niet hoeveel crisisgesprekken er plaatsvinden. Ook hier tracht men de cliënt extra in te plannen en/of de context van de zorggebruiker mee te betrekken. Andere zorgactoren proberen bij crisissituaties ook een beroep te doen op de CGG, maar daar wordt eigenlijk niet op ingedaan. In het kader van suïcidepreventie ligt dit anders. Hierbij moeten CGG binnen de 48u een interventie kunnen doen. Het gaat hierbij voornamelijk over een telefonisch contact waarbij er wordt nagegaan of iemand anders de interventie op zich kan nemen of dat het CGG dit opneemt als dit helpend kan zijn.

Uit het bovenstaande stellen we vast dat de meeste zorgsettings binnen de VSB wel crisiszorg leveren, vanuit hun betrokkenheid naar de zorggebruikers toe (die reeds zorg en ondersteuning ontvangen) maar dat slechts een beperkt aantal zorgsettings zich op een systematische manier hebben georganiseerd om externe crisissen op te vangen binnen hun zorgaanbod.

Tabel 6 Onderscheid vormen van crisiszorg binnen de VSB

Intern opvangen en doorverwijzen indien nodig	Toeleiden, doorverwijzen naar externe partners	Interne en externe crisissen opvangen
<ul style="list-style-type: none"> • Woonzorgcentra • Oriënterend kortverblijf • Dagverzorgscentra • Kortverblijf type 1 • Kortverblijf type 2 • Dagopvang • Centra voor herstel • Palliatieve dagcentra • PVT • IBW • Psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen (residentieel) • (universitaire & autonome) CAR • GAUZZ • Kinderpsychiatrische aandoeningen • Vroegtijdige stoornissen kinderen-ouders • Visuële stoornissen • Verslaving • Forensische zorg • CGG 	<ul style="list-style-type: none"> • Autonome CAR • RCA • Psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen (ambulant) 	<ul style="list-style-type: none"> • DGAT • Kortverblijf type 3 • Moeder-baby eenheden • Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging (MBE) • CGG - extern enkel in het kader van suïcidepreventie • Revalidatieziekenhuizen - conventies 7.71

Hoofdstuk 3

Intersectoraal toepasbare bouwstenen en definities voor de Vlaamse Sociale Bescherming

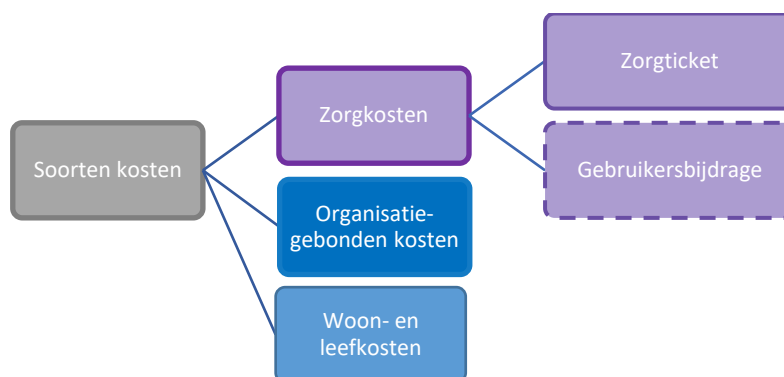
In het vorige hoofdstuk hebben we een overzicht gegeven van de diversiteit binnen de bestaande zorg- en ondersteuningsvormen. In dit hoofdstuk wordt er dieper ingegaan op de verschillende soorten van kosten die vermeld worden in het decreet VSB en de stappen die gezet moeten worden om alle kosten te plaatsen in één van de categorieën vermeld in het decreet. Concreet spreekt het decreet hier over zorgkosten, organisatiegebonden kosten en over woon- en leefkosten (met mogelijke correcties, zie punt 5). Het is uiteindelijk de bedoeling dat alle kosten onder één van deze drie soorten gecatalogiseerd worden.

Om per zorgvorm input te verzamelen over een mogelijke indeling in zorg- en organisatiegebonden kosten werd, op voorstel van, en na goedkeuring door de stuurgroep, beroep gedaan op de expertise van het agentschap Zorg en Gezondheid. Dit werd gedaan om een eerste oefening te maken van een mogelijke opdeling in zorg- en organisatiegebonden kosten voor het zorgaanbod. Door de onderzoeker werd vooreerst een leidraad opgesteld om deze oefening te faciliteren. Deze leidraad bevatte het algemene kader en toelichting van de concepten waar de experts mee aan de slag konden om hun indeling in zorg- en organisatiegebonden kosten te maken. Deze leidraad is hieronder terug te vinden in punt 1 tot en met 4. Gezien de complexiteit van de oefening is er een bijkomende nota opgesteld die de mogelijke wijze van opdeling probeert te sturen.⁶⁷ Hierin worden de verschillende pistes die in de praktijk genomen kunnen worden verder toegelicht. Deze nota is toegevoegd onder punt 6 van dit hoofdstuk, onder punt 7 van dit hoofdstuk wordt de toegestuurde feedback op deze nota besproken.

1 Soorten kosten

Het decreet VSB onderscheidt drie verschillende soorten van kosten: zorgkosten, organisatiegebonden kosten en woon- en leefkosten (zie Figuur 6). Voor elke zorgvorm moet nagegaan worden in welke categorie welke kost thuishoort, alle kosten moeten toegedeeld worden aan één van deze drie categorieën. In de volgende paragrafen geven we suggesties voor de verschillende mogelijke kosten en kostenopdelingen.

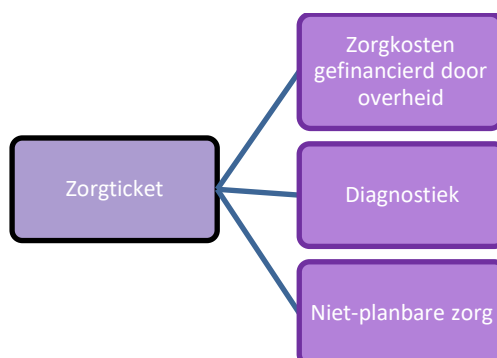
⁶⁷ Uit rondvraag bleek dat deze leidraad onvoldoende was om een eerste oefening te maken in het opdelen van de kosten in deze drie soorten. Concreet is de tijdlijn als volgt: in de eerste helft van 2020 is de leidraad opgesteld (in samenspraak met het agentschap) en vervolgens rondgestuurd naar de sectoren met de vraag om een opdeling te maken, dit bleek op basis van de leidraad echter te complex. In het najaar van 2020 heeft men overlegd met het agentschap om te kijken of er geen bijkomende sturing of uitlijning kon opgesteld worden ter facilitering van deze opdeling. Deze is voorgesteld begin 2021, op basis hiervan is eveneens de nota uit punt 6 opgesteld en rondgestuurd. De feedback hierop is ontvangen in mei 2021.



Figuur 6 Zorg-, woon-, leef- en organisatiegebonden kosten

2 Zorgkosten - zorgticket

Het zorgticket is de gehele tussenkomst in de zorgkost voor een zorggebruiker, gesubsidieerd door de Vlaamse overheid. Het zorgticket omvat, afhankelijk van de totale zorgnood van de zorggebruiker, verschillende elementen: ten eerste de vergoeding voor zorgkosten (al dan niet rechtstreeks gelinkt aan een BelRAI indicatiestelling), een vergoeding voor het stellen van een diagnose, en een vergoeding voor niet-planbare zorg (zie Figuur 8).



Figuur 7 Mogelijke elementen zorgticket

Voor elk element dat het zorgticket kan omvatten dient een aangepast financieringsmechanisme voorzien te worden. We lichten de verschillende elementen, verbonden aan het zorgticket, één voor één toe.

2.1 Zorgkosten gelinkt aan het zorgticket

Een BelRAI indicatiestelling zal in de toekomst een belangrijke rol spelen in het bepalen van de waarde van het zorgticket. Op basis van een BelRAI indicatiestelling kunnen we zorggebruikers linken aan een case-mix categorie (zorgzwaartecategorie). Deze zorgzwaartecategorie geeft de nood aan verzorging, begeleiding en behandeling weer van een zorggebruiker die tot een welbepaalde categorie behoort. Aan deze zorgzwaartecategorie kan dan vervolgens ook een vergoeding voor verzorging, begeleiding en behandeling gelinkt worden. De zorgzwaartecategorie is op wetenschappelijk onderzoek gebaseerd, de waarde en de vorm van de financiering zijn beleidsbeslissingen. Niet elke zorgkost kunnen we verdelen op basis van een case-mix categorie (zorgzwaartecategorie). Hieronder een opsomming van de verschillende manieren waarop de verdeling van de vergoeding gebeurt.

Vergoeding voor verzorging, begeleiding, behandeling op basis van case-mix categorie/ zorgzwaartecategorie

Het deel van het zorgticket waarvoor een objectieve indicatiestelling BelRAI de basis vormt, zal gedeeltelijk gelinkt worden aan een case-mix classificatiesysteem (zie hoofdstuk 6). Dit vloeit enerzijds voort uit het feit dat persoonsgebonden financiering een financiering op maat van de noden en behoeften veronderstelt en anderzijds vanuit de keuze voor interRAI en BelRAI, waaraan zorgzwaarte-indexen op basis van case-mix zijn verbonden. In een case-mix systeem veronderstellen we dat zorggebruikers met zeer vergelijkbare zorgbehoeften, een vergelijkbare hoeveelheid aan middelen nodig hebben om aan hun zorgbehoeften te voldoen. In essentie groepeert een case-mix classificatiesysteem dus zorggebruikers die statistisch gezien gelijkaardige zorgnoden hebben. Het clustert met andere woorden zorggebruikers met gelijkaardige kenmerken en gelijkaardige zorgbehoeften op basis van hun waarschijnlijk gelijkaardig gebruik van middelen (van zorg en diensten).

De kosten die aan de hand van een case-mix financieringssysteem kunnen worden toegewezen, zijn dus (variabele) zorgkosten die weinig variëren voor zorgvragers met gelijkaardige zorgzwaarte⁶⁸ (binnen een zorgzwaartecategorie), maar wel sterk variëren tussen verschillende zorgzwaartecategorieën onderling. Het gaat hier vooral over kosten ter financiering van het zorgpersoneel dat instaat voor de verzorging, behandeling en begeleiding van de persoon met een zorgbehoefte, en die niet vallen onder de federale ziekteverzekering.

Vergoedingen voor zorgkosten die gelinkt zijn aan een individueel assessment

Niet elk item in een BelRAI assessment wordt gebruikt om de zorgzwaartecategorieën te berekenen. Toch zijn er items die ons meer informatie geven over de zorgnood en de kosten om in deze zorgnood te voorzien.

Bijvoorbeeld: Een BelRAI assessment geeft ons meer informatie over het feit dat een persoon dieetvoeding nodig heeft. Hieraan zou mogelijks een bijkomend forfait kunnen worden gekoppeld. Enkel zorggebruikers die nood hebben aan dieetvoeding ontvangen dan een vergoeding.

Vergoeding voor zorgkosten gelinkt aan een zorgzwaartecategorie

Bepaalde vergoedingen kunnen gelinkt worden aan de zorgbehoefte van een groep zorggebruikers op basis van dezelfde zorgbehoefte. We denken daarbij aan vergoedingen voor zorgkosten die gelinkt zijn aan een specifieke zorgzwaartecategorie. Bepaalde zorgzwaartecategorieën kunnen extra materiaal of middelen nodig hebben om aan de zorgnood te voldoen, die niet gelinkt is van de verzorging, behandeling of begeleiding.

Voor de Resource Utilisation Groups (RUG) versie III Long Term Care Facilities (LTCF) – bedoeld voor de woonzorgcentra – denken we bijvoorbeeld aan de zorgzwaartehoofdgroep Speciale zorg (SC). Tot deze groep behoren zorggebruikers voor wie er naast verzorging, behandeling of begeleiding ook nood is aan specifieke materialen om aan de zorgbehoefte te voldoen bijvoorbeeld om ernstige huidproblemen te verzorgen, aan wondzorg te doen, enz.

⁶⁸ Personen met een gelijkaardige zorgbehoefte zullen aan eenzelfde zorgzwaartecategorie worden toegewezen.

Vergoeding voor overige zorgkosten, niet gelinkt aan een zorgzwaartecategorie

(1) Zeldzame, ongewone, eenmalige, episodische zorgkosten

James et al. (2015) geven aan dat zulke ongewone diensten beter niet rechtstreeks worden gelinkt aan een case-mix systeem maar beter bijvoorbeeld in de vorm van een vergoeding per prestatie (fee-for-service) worden uitbetaald of in een andere vorm van financiering. Bij diensten of zorgactiviteiten die maar door een minderheid van de zorggebruikers worden gebruikt, zonder dat er een link is met de zorgbehoefte van de zorggebruiker, moeten we dus extra aandachtig zijn.

(2) (Zorg)activiteiten die extra geld of tijd vereisen en kosten waarvan men weet dat ze niet variëren per bewoner, maar eerder met een context te maken hebben.

Deze kosten kunnen zowel betrekking hebben op (a) zorg (bijvoorbeeld een toename in financiering gedurende een korte periode van herstel) als op (b) de individuele context. Het gaat bijvoorbeeld om een hogere vergoeding omwille van langere verplaatsingen in een landelijke context of het veranderen van voorziening. Ook de kosten verbonden aan deze zorgactiviteiten die extra tijd of geld vereisen en niet variëren per bewoner wijzen we best niet toe op basis van case-mix, maar bijvoorbeeld via eenzelfde, constant bedrag voor de personen die deze zorg nodig hebben of zich in deze context bevinden.

(3) Kosten vergoeden voor activiteiten waarvan men verwacht dat ze niet variëren over individuen heen, zelfs voor individuen met verschillende kenmerken.

Casemanagement wordt hier vaak als voorbeeld gebruikt, indien casemanagement gezien wordt als een noodzakelijk iets voor elke zorggebruiker ongeacht zijn zorgbehoefte. Toch kan de mate waarin men hieraan tegemoet wil komen, variëren in functie van de beleidskeuzes (zoals de keuze om casemanagement te beperken tot complexe, gedefinieerde cases).

2.2 Diagnostiek

Binnen twee van de negen pijlers van de VSB – de revalidatie en de geestelijke gezondheidszorg – is naast behandeling, ook diagnostiek een belangrijk onderdeel van het zorgaanbod. Een diagnose is niet steeds gekoppeld aan een zorgbehoefte en wordt dan ook niet steeds gevolgd door het verlenen van zorg en ondersteuning aan de betrokken zorggebruiker. Ook voor diagnostiek wordt een tegemoetkoming voorzien in de kosten voor multi- of interdisciplinaire diagnostiek, op voorwaarde dat ze niet reeds wordt gefinancierd met andere financieringsbronnen. Financiering voor diagnostiek kan niet gelinkt worden aan de BelRAI instrumenten. Voor elk zorgaanbod vragen we de kosten op te sommen die gelinkt worden aan diagnostiek. De voorwaarden en de procedure voor de tegemoetkoming in die kosten dient nog bepaald te worden. Voor beide pijlers gaan we na voor welk onderdeel van het zorgaanbod voor diagnostiek momenteel een tegemoetkoming wordt voorzien en hoe dit in de toekomst best gefinancierd moet worden.

Wat verstaan we onder diagnostiek? Een kwaliteitsvol diagnostisch proces moet leiden tot een diepgaand, gecontextualiseerd en holistisch beeld van de persoon die zich aanmeldt met een vraag naar zorg of ondersteuning. Een kwaliteitsvol diagnostisch proces is dus niet louter stoornisgericht en dient verder te gaan dan het classificeren van een problematiek binnen ruimere diagnostische categorieën. Kwaliteitsvolle diagnostiek kenmerkt zich door haar handelingsgericht en ideografisch karakter. Binnen

het decreet VSB wordt diagnostiek als volgt verstaan (Art. 64,): ‘het stellen van een interdisciplinaire diagnose, al dan niet gevolgd door de toepassing van een indicatiestelling als vermeld in artikel 63, § 2.’

2.3 Niet-planbare zorgepisodes met een urgent karakter

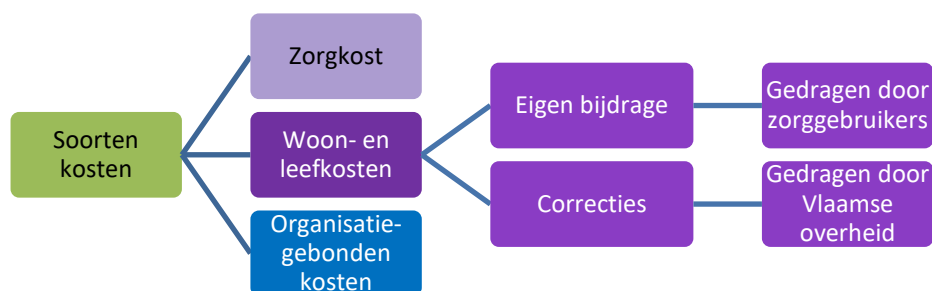
Daarnaast zijn er ook de effectief niet-planbare zorgepisodes. Het kan hierbij gaan om veranderingen in mantelzorg, de sociale context, het ziektebeeld, de psychische draagkracht van de zorggebruiker. Bij een verandering in mantelzorg kan het bijvoorbeeld gaan om een mantelzorger die zelf nood heeft aan zorg en ondersteuning, een mantelzorger die overbelast is (lichamelijk en/of psychisch) of een mantelzorger die overlijdt.

Los van de initiële zorgbehoeften van de zorgvrager kan de nood aan zorg en ondersteuning (uiterst) dringend zijn. Een snelle opstart en aanpasbaarheid van zorg is hierbij cruciaal. Dringende zorg wordt in het decreet VSB gedefinieerd als: “zorg in een situatie die niet vooraf kan worden ingeschat en waarbij onmiddellijke of dringende zorg en ondersteuning vereist is.” Deze definiëring is niet zo duidelijk en maakt geen link met de overige gehanteerde concepten voor dringende hulp binnen de gezondheidszorg. Urgentie- en crisiszorg zijn termen die gebruikt worden om verschillende vormen van dringende hulp weer te geven. Elk geven ze een antwoord op een verschillende zorgvraag of zorgbehoefte en hebben ze een verschillende doelstelling. De kosten die men hiervoor maakt en die we kunnen linken aan de definities van urgentie- en/of crisiszorg moeten ook mee opgenomen worden.

3 Woon- en leefkosten

De bijdrage voor woon- en leefkosten wordt in het decreet VSB (art 2, §1, 6°) omschreven als een vergoeding voor diensten en goederen, verricht of geleverd door de zorgvoorziening, die niet worden vergoed door het zorgticket noch door de gebruikersbijdrage. De waarde van de eigen bijdrage voor woon- en leefkosten kan enerzijds verschillen in functie van de vorm van zorg (niet-medische hulp- en dienstverlening) waarvan men gebruik maakt en anderzijds van het al dan niet recht hebben op correcties (zie Figuur 10). Niet elke vorm van zorg binnen de VSB zal een bijdrage voor woon- en leefkosten vereisen. De bijdrage voor woon- en leefkosten zal dus verschillen in functie van het soort zorg (hulp- en dienstverlening) waarvan men gebruik maakt. Enkel indien de zorgvrager kosten maakt voor wonen en leven zal hij/zij deze moeten vergoeden. Bij *ambulante hulpverlening* zal dit niet aan de orde zijn. De zorgvrager woont thuis en doet geen beroep op het woon- en lefaanbod van een voorziening. Bij *semi-residentiële hulpverlening* verplaatst de zorgvrager zich naar de zorgvoorziening en is de zorgvoorziening niet zijn vervangende thuissituatie. De zorgvrager woont nog steeds thuis. Zijn eigen bijdrage zal vooral gericht zijn op de leefkosten (en eventuele woonkosten) die hij maakt gedurende zijn aanwezigheid in de zorginstelling. Indien de zorgvrager gebruik maakt van *residentiële hulpverlening* is er sprake van een vervangende thuissituatie en zal een eigen bijdrage sowieso nodig zijn voor de gemaakte woon- en leefkosten.

Zoals reeds aangehaald, kan het verschil in bijdrage voor woon- en leefkosten ook verschillen in functie van het al dan niet recht hebben op correcties (cf. infra). Indien de zorgvrager hierop recht heeft, zal de overheid dus een deel van zijn woon- en leefkosten dragen.



Figuur 8 Woon- en leefkosten

4 Organisatiegebonden kosten

Het decreet VSB voorziet ook financiering voor organisatiegebonden kosten van de erkende zorgaanbieders. Met deze organisatiegebonden financiering wil men rekening houden met mogelijke werkkosten van zorgaanbieders die niet toegeschreven kunnen worden aan de zorgbehoeften van de persoon, maar nodig zijn voor de duurzame uitbating. De Memorie van Toelichting van het voorontwerp van decreet houdende de Vlaamse Sociale Bescherming geeft duidelijk aan dat deze organisatiegebonden financiering geen bijkomende financiering is ten opzichte van de financiering die zorgaanbieders tot op heden ontvangen (Memorie van Toelichting VSB art 136), 2017). Deze organisatiegebonden financiering zal dus verschillen per pijler van de VSB, maar ook per zorgvorm. Toch uitte de Vlaamse regering in de Memorie van toelichting de ambitie om geleidelijk aan te evolueren naar meer gelijkvormigheid over de sectoren heen. Daarom moet verder onderzocht worden hoe we meer naar meer gelijkvormigheid kunnen komen met betrekking tot het definiëren van zorgfuncties, los van de specifieke zorgaanbieders.

De omschakeling naar een ander financieringssysteem is een ingrijpende en omvattende oefening, die niet verwezenlijkt kan worden in enkele jaren. Bij de hervorming zal immers rekening moeten gehouden worden met de bestaande financiering en zal er een geleidelijk traject moeten gelopen worden naar meer gelijkvormigheid. De vraag is of zonder extra middelen gewerkt kan worden naar meer gelijkvormigheid over de sectoren heen indien blijkt dat er grote ongelijkheden zijn tussen sectoren.

Niet enkel per pijler en per zorgvorm zal de organisatiegebonden financiering variëren, maar ook per zorgvoorziening. Deze organisatiegebonden financiering wordt uitbetaald aan de zorgvoorzieningen in de vorm van een forfait. Deze zal opgebouwd worden uit verschillende vooraf bepaalde componenten.

Componenten die hiervan mogelijk deel kunnen uitmaken kunnen we opdelen in thema's:

- Bijkomende, specifieke personeelskosten die eigen zijn aan de voorziening waaronder anciënniteit of personeel dat niet bij de zorg betrokken is
- (Tijdelijke) incentives voor kwaliteit (bv. Gegevensdeling)
- ICT-kosten
- Diagnostisch bilan*
- Infrastructuur*
- Vorming*
- Sociale akkoorden
- Innovatie
- Indexering
- ...

*Niet elk thema zal voor elke sector van toepassing zijn.

De omvang van het organisatiegebonden forfait (zie hoofdstuk 5) kan vastgesteld worden aan de hand van een aantal parameters die nog nader te bepalen zijn. Hierbij dient onder meer gedacht te worden aan:

1. De bezettingsgraad van de betreffende zorgvoorziening;
2. Outcome-indicatoren inzake kwaliteit en efficiëntie;
3.

Alle thema's die hierboven vermeld worden en alle mogelijke parameters voor die thema's dienen nog verder uitgewerkt te worden. Indien nodig worden er thema's en parameters toegevoegd.

5 Correcties

Zowel voor zorg-, woon- als leefkosten zal de zorgvrager in de toekomst een eigen bijdrage moeten betalen binnen het zorgaanbod van de VSB. Zoals reeds aangehaald, zal de hoogte van deze bijdrage voor zorg-, woon- en leefkosten verschillen. Internationaal onderzoek (onder meer De Graeve & Lecluyse, 2010; Zweifel & Manning, 2000; Lecluyse, De Graeve et al., 2010; Remler & Greene, 2009) leert dat te hoge eigen bijdragen een rem zetten op de consumptie van goederen en diensten, ook in de gezondheidszorg. De consumptie van zorg daalt met andere woorden bij een toename van de eigen bijdrage. Binnen de gezondheidszorg is het grote nadeel van te hoge eigen bijdragen dat men de nodige zorg niet 'aankoopt' en zorg uitstelt. Toch is het zowel voor de zorgvrager als de maatschappij van belang dat de zorgvrager de meest passende zorg krijgt, ook indien die minder of niet financieel toegankelijk voor hem is. Het uitstellen van zorg kan tot ernstigere gezondheidsproblemen leiden en hogere kosten. De vraag is dan welke eigen bijdrage ervoor zorgt dat onnodige of weinig effectieve zorg wordt afgeremd, zonder daarbij de consumptie van effectieve zorg te belemmeren (De Graeve & Lecluyse, 2010).

Om de zorg toegankelijk te houden voor iedereen, wat essentieel is, zullen er correcties voorzien worden voor bepaalde groepen. Personen behorende tot de bijzondere doelgroepen hebben dan recht op een (gedeeltelijke) vrijstelling van de eigen bijdrage in de zorg-, woon- en leefkosten. We bespraken dit reeds in Hoofdstuk 2.

In het SWVG (Promotor: prof. dr. Anja Declercq) is ook een BelRAI Sociaal Supplement ontwikkeld om de relevante elementen van de sociale context voor volwassen thuiszorgcliënten in Vlaanderen te beoordelen. Dit instrument is een supplement bij bestaande BelRAI instrumenten en staat niet op zichzelf. Het BelRAI Sociaal Supplement stelt de diensten voor gezinszorg en andere welzijnsdiensten in staat om de sociale en omgevingskenmerken van hun cliënten in kaart te brengen. Het BelRAI Sociaal Supplement is bedoeld voor personen die thuis wonen en beroep doen op Vlaamse welzijns- en gezondheidsdiensten, in eerste instantie de Diensten Gezinszorg. Het supplement bestaat uit vier modules: beoordeling van de woonomgeving, maatschappelijke participatie, psychosociaal welzijn en informele zorg en ondersteuning. Het eerste doel van het Sociaal Supplement is het bieden van informatie die nuttig is voor zorgplanning. Het is, wanneer voldoende data beschikbaar zullen zijn, evenwel ook mogelijk om na te gaan of het supplement informatie aanlevert die kan helpen om bijzondere doelgroepen te identificeren.

6 Principes en fundamenten voor een kostenopdeling

Er zijn een aantal principes die ons kunnen helpen bij het ontwikkelen van een kostenopdeling op basis van de boekhouding en/of op basis van de financiering. De principes zijn niet neutraal, maar betreffen beleidskeuzes. Een deel van deze keuzes werd reeds gemaakt in het decreet. De meest concrete definitie van een bepaald type van kost is de exhaustieve opsomming van wat onder deze kost valt, maar dit type van definitievorming veronderstelt heel wat beleidsmatige keuzes. Vanuit een wetenschappelijk standpunt is het enkel mogelijk om principes aan te reiken die de definitievorming kunnen sturen en ondersteunen.

Het onderscheid tussen zorggebonden financiering en organisatiegebonden financiering staat reeds beschreven in het VSB-decreet (zie respectievelijk art. 58, e.v. en art. 136, e.v.). De zorggebonden financiering is de toekenning door de zorgkas van tegemoetkomingen aan gebruikers in de vorm van een persoonsvolgend budget. Dit kan onder de vorm van een zorgbudget, een zorgticket of mobiliteits-hulpmiddelen gebeuren (art. 58). De bepaling van de omvang en duur van de financiering is op basis van de zorgbehoefte, die wordt geëvalueerd aan de hand van BelRAI (art. 63, §1). De organisatiegebonden financiering gaat over uitgaven die specifiek en noodzakelijk zijn voor de duurzame uitbating van zorgvoorzieningen, onafhankelijk van de individuele zorgbehoefte van de gebruikers (art. 136, §1). Deze financiering zal worden uitbetaald via een forfait (art. 136, §2). Het decreet geeft aan dat de organisatiegebonden financiering kan dienen voor (maar niet beperkt is tot) bijkomende, specifieke personeelskosten, eigen aan de zorgvoorziening, incentives voor kwaliteit en ICT. Er kan mogelijk een koppeling gebeuren aan kwaliteitsgaranties en efficiënt beheer voor een deel van deze financiering (art. 136, §2).

Het is niet zo dat alle mogelijke gevolgen van de opdeling reeds nu te bepalen en te bespreken zijn. Het is mogelijk dat in de toekomst nog andere beleidskeuzes worden gemaakt die verder bouwen op deze opdeling of die van toepassing zullen zijn op onderdelen. Zo zien we bijvoorbeeld dat men spreekt over de mogelijkheid van het koppelen van kwaliteitsindicatoren aan de organisatiegebonden financiering. Toch valt hier ook onmiddellijk op te merken dat dit wellicht geen betrekking kan hebben op het geheel van de organisatiegebonden financiering, omdat men uit praktische noodzaak bepaalde onderdelen onder organisatie kan klasseren die eigenlijk gewoon de zorgkost volgen. Neem bijvoorbeeld het geval waarbij de anciënniteit van het loon wordt geklasseerd onder organisatie en het basisloon onder zorg, dan zal de grootte van de financiering voor de anciënniteit uiteraard geen speelruimte laten om bepaald te worden aan de hand van iets als een kwaliteitsindicator.

Het is de bedoeling dat zorgkosten gekoppeld aan de indicatiestelling los komen te staan van de organisatiegebonden financiering. De organisatiegebonden financiering dient voor 'duurzame uitbating van zorgvoorzieningen' (art. 136, §1 decreet VSB). Het is belangrijk om dit in acht te nemen gezien de opdeling in zorg en organisatiegebonden financiering heel wat voordelen met zich meebrengt wanneer die coherent gedaan wordt.

Dit onderscheid heeft de volgende voordelen:

- Een gelijke financiering voor een gelijke zorgzwaarte (ongeacht de organisatie waar men zich bevindt).
- Zorgkosten op basis van BelRAI zorgen ervoor dat de voorziening geen financiering ontvangt voor een aanbod aan zorg, maar gefinancierd wordt op basis van wat de persoon die de zorg ontvangt nodig heeft.

- Efficiënte en correcte financiering van de organisatiegebonden kosten: deze dient voor de ‘duurzame uitbating van zorgvoorzieningen’.
- Transparantie en administratieve eenvoud overheen alle zorgvoorzieningen door het gebruik van een opdeling die overal van toepassing is.

Het is de bedoeling dat deze voordelen worden gerealiseerd door middel van de opdeling. Hieronder beschrijven we twee potentiële onderliggende principes van waaruit men kan vertrekken.

6.1 Contingente opdeling

Het is uiteraard mogelijk dat in samenspraak met alle betrokkenen alle kostenposten bekeken worden en er telkens in overleg wordt beslist of de kost zorg- of organisatiegebonden is. Het nadeel van deze aanpak is dat dit enorm veel werk is en waarschijnlijk tot veel discussie leidt. Het is evenwel niet ondoenbaar. Het vereist wel een uitgebreide input van iedere sector op basis van de boekhouding of op basis van de financiering.

Wanneer dit gedaan wordt vanuit boekhoudkundig perspectief, stoot deze aanpak op het feit dat de detailrekeningen niet voldoende gedetailleerd, op uniforme wijze, opgedeeld zijn. Om een coherente en voldoende gedetailleerde opdeling te maken (zeker wat betreft de personeelskosten) is het essentieel om een goed zicht te hebben op alle details in verband met personeelskosten, iets dat binnen de boekhoudingen waarschijnlijk gaat verschillen tussen de verschillende zorg- en welzijnsvoorzieningen. Het zou eventueel wel mogelijk zijn wanneer er transparante, kostenanalytische boekhoudingen zouden zijn per sector, eventueel gekoppeld aan andere data. Op het moment van deze studie is dit echter nog niet het geval, en was het dus niet mogelijk om deze oefening te doen. Dit sluit niet uit dat deze methodiek in de toekomst wel nuttig kan zijn. Vanuit de financiering vertrekken is momenteel mogelijk eenvoudiger omdat er minder variabelen zijn die ter discussie zullen staan.

6.2 Gelijke financiering voor gelijke zorgzwaarte

Een ander mogelijk principe dat gehanteerd kan worden, is dat men aan het zorgticket een vast bedrag verbindt voor mensen binnen dezelfde zorgzwaartecategorie. Wat dit concreet wil zeggen, is dat alle kosten die betrekking hebben op zorg (binnen dezelfde zorgzwaartecategorie) overal identiek moeten zijn. Dit wil zeggen dat kosten die kunnen verschillen tussen instellingen of zelfs tussen personeel, maar toch binnen dezelfde zorgzwaartecategorie te situeren zijn, bij noodzaak als organisatiekosten gecatalogiseerd moeten worden. Anders laat het zorgticket van de ene persoon met een bepaalde zorgzwaartecategorie niet noodzakelijk dezelfde zorg toe als het zorgticket van iemand anders die dit op een andere plaats wil inzetten. Een concreet voorbeeld ter verduidelijking: persoon A doet beroep⁶⁹ op een verpleegkundige met 10 jaar anciënniteit, persoon B doet beroep op een verpleegkundige die pas afgestudeerd is. De personeelskost van beiden verschilt uiteraard en het kan niet de bedoeling zijn dat het zorgticket (dat een vast bedrag betreft binnen een bepaalde zorgzwaartecategorie) op minder uren recht zou kunnen geven voor persoon A als voor persoon B omwille van het verschil in anciënniteit tussen de verpleegkundigen.

⁶⁹ Dit taalgebruik wil niet impliceren dat men werkelijk ‘kiest’, het voorbeeld wil louter het onderscheid aantonen dat kan ontstaan.

Een mogelijke oplossing bestaat erin dat men met een puntensysteem werkt in de plaats met bedragen in euro. Dan zal men alsnog in essentie op basis van het principe de kosten identificeren die vast blijven binnen een categorie, om deze dan te onderscheiden van de variabele kosten. De punten worden toegekend op basis van de kosten die vast zijn en op deze wijze is het mogelijk een opdeling te hebben waarbij bepaalde kosten die eigenlijk variabel zijn binnen dezelfde zorgzwaartecategorie toch nog onder zorg gecatalogiseerd worden zonder dat dit voor problemen zorgt met de zorgtickets. Het blijft dan toch belangrijk om een duidelijk beeld te hebben van wat variabele kosten zijn bij identieke zorgzwaarte, anders kan men geen coherent puntensysteem creëren.

6.3 De weg naar een uniform kostenkader

Wanneer we de twee bovenstaande principes toepassen op de kostenstromen, dan zien we dat deze toepassing vanuit boekhoudkundig perspectief quasi ondoenbaar is zonder gedetailleerde kostenposten. We zien bijgevolg drie belangrijke aandachtspunten:

- a) Er is nood aan een boekhoudkundig systeem dat meer transparant is en waaruit de nodige informatie kan worden gedestilleerd.
- b) Gezien er moet gewerkt worden aan een nieuw model, kan er niet louter vertrokken worden vanuit het huidige financieringsmodel. Er wordt best gebruik gemaakt van verschillende bronnen, waaronder de boekhouding, zonder bijkomende administratieve last.
- c) Er is nood aan verdere precisering van de modaliteiten van het zorgticket.

Pas als er aan deze punten is gewerkt, is het mogelijk om een volledige en concrete kostenopdeling op te stellen. Het is daarom belangrijk om een samenwerking op te zetten met de verschillende stakeholders voor het aanpakken van punten a en b. In het volgende hoofdstuk gaan we in op punt c.

Hoofdstuk 4

Case-mix financiering

Zoals in de vorige hoofdstukken werd beschreven, is het zorgticket de tussenkomst door de Vlaamse overheid in de kost van zorg. De omvang van de tussenkomst wordt bepaald op basis van de zorgbehoefte van de gebruiker. Het deel van het zorgticket waarvoor een objectieve indicatiestelling BelRAI de basis vormt, zal gelinkt zijn aan een case-mix classificatiesysteem.

In een case-mix systeem veronderstellen we dat zorggebruikers met zeer vergelijkbare zorgbehoeften, dus statistisch niet significant verschillend, een vergelijkbare hoeveelheid aan middelen nodig hebben om aan hun zorgbehoeften te kunnen voldoen. In essentie groepeert een case-mix classificatiesysteem dus zorggebruikers die statistisch gezien gelijkaardige zorgnoden hebben. Om te komen tot een case-mix financieringssysteem zijn er verschillende stappen nodig. We beschrijven eerst het breder kader waarbinnen een case-mix financieringssysteem vorm krijgt, vervolgens gaan we per pijler dieper in op bestaande case-mix classificatiesystemen en mogelijke financieringssystemen.

1 Stappen om te komen tot een case-mix financieringssysteem

In een case-mix financieringssysteem dat de allocatie van middelen bepaalt, worden twee verschillende elementen aan elkaar gekoppeld. Enerzijds gaat het om een objectief gevalideerde wetenschappelijke meetcomponent – een case-mix classificatiesysteem – en anderzijds om een financieringscomponent die de allocatie van middelen bepaalt (James et al., 2015). De manier waarop deze allocatie gebeurt en de totale omvang van het te verdelen bedrag, is afhankelijk van maatschappelijke keuzes. Ook wat betreft de wetenschappelijke meetcomponent moet opgemerkt worden dat deze wordt beïnvloed door beleidskeuzes, bijvoorbeeld wat betreft de aard van de kosten die al dan niet in aanmerking worden genomen.

Een case-mix classificatiesysteem identificeert niet wat de gepaste of ideale hoeveelheid zorg is. Het is een systeem om de beschikbare middelen op een billijke manier te verdelen. Het dient om een totale hoeveelheid aan financiering op een correcte wijze te verdelen tussen de verschillende gebruikers.

Voor de ontwikkeling van een case-mix classificatiesysteem is zicht op de kenmerken van de populatie nodig. Het is belangrijk dat dit op een systematische en gestandaardiseerde manier gemeten wordt. In Vlaanderen is daarvoor gekozen voor BelRAI. Op basis van de BelRAI inschalingen krijgen we zicht op de zorgbehoeften van de doelgroep. Naast inzicht in de zorgnood hebben we ook input nodig over het gebruik van middelen dat nodig is om aan de zorgbehoefte te voldoen. Vervolgens kunnen personen met eenzelfde zorgnood en zorggebruik gegroepeerd worden in eenzelfde (case-mix classificatie) categorie. Personen binnen eenzelfde categorie hebben dus zeer vergelijkbare zorgbehoeften en zorgkosten (zorggebruik).

Er zijn reeds enkele gevalideerde case-mix classificatiesystemen beschikbaar, waarbij case-mix categorieën en een case-mix index (CMI) ontwikkeld zijn. Hiervan gebruik maken is één van de gevalideerde manieren om tot een valide case-mix systeem te komen (James et al., 2015). Een andere optie is een reeds bestaand, maar niet aangepaste CMI omvormen tot een bruikbare. En ten slotte is er nog de mogelijkheid om een geheel nieuwe CMI te maken.

Er moeten verschillende fases doorlopen worden om te komen tot een op case-mix gebaseerde financiering. Eerst moet er een instrument (BelRAI) zijn dat wordt gebruikt voor kwalitatieve zorg en voor zorgplanning in een sector of een type voorziening. Om dit mogelijk te maken dient er (1) een geschikt instrument beschikbaar te zijn dat (2) getest is binnen de sector. In een tweede fase moet dat instrument gebruikt worden bij een representatief staal van de betreffende doelgroep. Om dit mogelijk te maken kan het nodig zijn om een consortium samen te stellen met vertegenwoordigers uit die sector, of die organisaties, om de implementatie mee op te volgen in samenspraak met de actoren binnen dat zorgaanbod. Daarna kunnen de verzamelde data worden gebruikt om na te gaan of het case-mix classificatiesysteem dat voor deze doelgroep al bij interRAI bestaat, ook past voor de Vlaamse populatie. In laatste instantie worden de zorgzwaartegebonden case-mix categorieën en de bijbehorende case-mix indexen gekoppeld aan financiering. De op case-mix gebaseerde financiering betreft alle kosten die te maken hebben met de zorgbehoeften van een individuele persoon. Er zijn echter ook organisatiegebonden kosten. Daarom is het van belang dat we, in samenspraak met de sectoren, bepalen welke elementen zullen worden meegenomen in de zorggebonden financiering en welke niet. Ook voor de andere types zorg die binnen een bepaalde pijler aangeboden worden, dient onderzocht te worden welke vorm van financiering het best past bij de manier van werken.

Naast inzicht in het zorgaanbod en in de zorgvragen, dienen we ook inzicht te verwerven in de manier waarop het zorgaanbod momenteel georganiseerd wordt. Elk zorgaanbod heeft zijn eigenheid, een eigen manier van werken om in te spelen op de zorgvragen van de cliënten. De financiering op basis van zorgzwaarte moet het aanbieden van flexibele dienstverlening stimuleren.

Ten derde dienen we inzicht te verwerven in de huidige financiering die elk zorgaanbod ontvangt van de Vlaamse overheid. De verdeling in zorg- en organisatiegebonden kosten van de huidig gefinancierde elementen zal een belangrijke input vormen voor de toekomstige financiering. Deze verdeling dient te gebeuren in samenspraak met de betrokken actoren in elke pijler. In Hoofdstuk 5 geven we de stand van zaken weer voor elke pijler van de VSB.

2 Case-mix: kenmerken van individuen als voorspellers van zorgvraagzwaarte

De term case-mix wordt op verschillende manieren gebruikt om de mix van behandelde patiënten te beschrijven, in termen van prognose of middelen, afhankelijk van de relevante parameters. In de context van zorgfinancieringsmodellen classificeren case-mix systemen zorgbehoevende personen in groepen die homogeen zijn in hun gebruik van middelen (zorgprofielen) (Turner-Stokes et al., 2011;2012). Met zorgprofielen doelen we op homogene cliëntgroepen qua zorggebruik en zorgkosten, die op basis van combinaties van voorspellende cliëntkenmerken, kunnen worden gecreëerd. Cliëntkenmerken zijn meer dan enkel zorgnoden. Ze kunnen van persoonlijke aard zijn, zoals leeftijd en geslacht, maar kunnen ook te maken hebben met de omgeving van mensen (bijvoorbeeld of er al dan niet een mantelzorger is) of hun gezondheid (zoals het hebben van een chronische ziekte) (Elissen et al., 2017). Op basis van een BelRAI indicatiestelling focussen we in eerste instantie op cliëntkenmerken gelinkt aan zorgnoden die de verschillen in zorggebruik en daarmee samenhangende kosten van zorgvragers kunnen verklaren. Zo trachten we te achterhalen welke cliëntkenmerken gelinkt aan zorg, de zorgbehoefte van zorgvragers binnen de VSB voorspellen. In een latere fase kunnen we, indien gewenst, nagaan welke andere kenmerken die gelinkt kunnen worden aan de sociale context van een individu invloed hebben op de zorgvraag (bijvoorbeeld via het BelRAI sociaal supplement).

Er bestaan verschillende case-mix classificatiesystemen in de gezondheidszorg, elk met hun eigen voor- en nadelen. Het zijn systemen die sterk kunnen variëren in structuur en complexiteit en in hoe zij het gedrag van betrokken actoren op de lange termijn beïnvloeden. De manier waarop gegroepeerd wordt, kan verschillen van systeem tot systeem. In deze bijdrage hebben we het over case-mix classificatiesystemen waarbij homogene cliëntgroepen gevormd worden qua zorggebruik en zorgkosten. De cliëntkenmerken waarop – in de toekomst - gegroepeerd wordt, zijn kenmerken die gebaseerd zijn op het BelRAI instrument.

3 Voorspellers van kosten

Naast inzicht in de zorgnood, is er ook informatie nodig over het zorggebruik om aan deze zorgbehoefte te voldoen. We moeten dus de factoren vinden die de omvang van de kosten bepalen, of in belangrijke mate beïnvloeden. Vervolgens kunnen personen met eenzelfde zorgnood en zorggebruik gegroepeerd worden in eenzelfde case-mix classificatie categorie.

Internationaal gezien is case-mix classificatie een vaak gebruikte methode om medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen te clusteren en te financieren (Hornbrook, 1985; Elissen, et al., 2017). Men spreekt daar van Diagnosis-Related Groups (DRG) (Vladeck & Kramer, 1988). Binnen een ziekenhuiscontext, met zijn biomedisch zorgmodel, vormen diagnoses een kernvoorspeller om te komen tot een indeling in homogene case-mix groepen qua zorggebruik. De diagnose is hier de primaire voorspeller voor de gemaakte kosten (Björkgren et al., 2000). De impact van andere cliëntkenmerken, zoals inkomen of het al dan niet aanwezig zijn van een sociaal netwerk, is in deze zorgcontext eerder beperkt (Elissen et al., 2017).

Binnen de VSB ligt de focus echter in hoofdzaak op personen met een langdurige (chronische) behoefte aan zorg en ondersteuning. Het is dus van belang dat we zicht krijgen op de kernvoorspellers van de kosten voor zorg voor elke zorgvorm binnen de VSB. Elke zorgnood en context waar de zorg wordt aangeboden, kan immers andere voorspellers hebben. Case-mix classificatiesystemen in langdurige zorgsettings vereisen een andere aanpak dan in acute zorginstellingen/ziekenhuiscontexten (Björkgren et al., 2000; Elissen et al., 2017).

Het is bijvoorbeeld belangrijk om binnen de residentiële ouderenzorg het dagelijkse gebruik van middelen te meten in plaats van de 'episodes of cost'. Onderzoek leert dat in residentiële zorgsettings de functionele status (beperking in dagelijks functioneren) en fysieke conditie van de bewoners de beste voorspellers zijn van de kosten (Björkgren, 2002). Zo is voor woonzorgcentra de grootste kostenpost het personeel. De tijd die personeelsleden besteden aan zorg voor individuele bewoners is dan ook een goede indicator voor de persoonspecifieke zorgkosten in langdurige zorgvoorzieningen. RUG's (Resource Utilization Groups) werden ontwikkeld op basis van tijdsduur, meer concreet op basis van de tijdsregistratiegegevens van personeelsleden die bijdragen in de zorg en ondersteuning van personen binnen woonzorgcentra. RUG's zijn een gevalideerd internationaal case-mix systeem en het meest bekende case-mix classificatiesysteem van interRAI om case-mix categorieën (zorgzwaartecategorieën) te berekenen voor residentiële settings voor langdurige zorg. Case-mix studies ontwikkelden een verscheidenheid aan methoden om de tijd te meten die personeelsleden besteden aan de zorg voor bewoners (Björkgren, 2002).

Hoe verder zorgvormen verwijderd raken van de intramurale curatieve zorg, en dus hoe dichter we in de thuissituatie komen, des te complexer het wordt om het zorggebruik te voorspellen (Elissen et

al., 2017; Björkgren, 2002). In de thuiszorg zijn de determinanten van de nood aan zorg en ondersteuning complex. Meerdere dimensies spelen hierin een rol: de noden van de zorgvrager zelf, zijn functionele beperkingen en medische aandoeningen, de context waarin hij leeft en wie deel uitmaakt van die context. De effectieve consumptie van diensten is moeilijk te determineren in de thuiszorg gezien de substantiële inbreng van mantelzorgers (Björkgren et al., 2000).

Indien we zicht hebben op de voorspellers van kosten, dienen we de hoeveelheid hulp die individuen nodig hebben om aan hun zorgbehoeften te voldoen te meten. Dit kan op verschillende manieren gebeuren via (1) tijd- en bewegingsstudies, (2) gebruikersgegevens op basis van het verleden/eerdere servicekosten of (3) "Best guess" – schattingen (James et al., 2015).

Zoals reeds aangehaald, kan men gebruik maken van reeds bestaande CMI. Er moet een koppeling gebeuren tussen een case-mix classificatiesysteem en een CMI. Om deze koppeling te kunnen maken zijn data nodig. Voor alle individuen in de dataset zijn de volgende gegevens nodig: (1) individuele nood aan zorg en ondersteuning (uitgedrukt in valuta of tijd), (2) het totaal aantal dagen dat er zorg geboden wordt voor elk individu en (3) de case-mix classificatiecategorie waartoe elk individu behoort.

Doorgaans gaat men zo te werk: eerst wordt per case-mix categorie het gemiddelde zorggebruik berekend op basis van de gerapporteerde kosten en verblijfsdagen (en andere relevante criteria indien die er zijn). Dit kan dan vergeleken worden met de totale zorgkosten van iedereen samen. Zo krijg je de verhoudingen van de verschillende zorgcategorieën ten opzichte van het totaal, dit kan je dan omvormen naar een getal per persoon. Voor een meer concreet mathematisch uitgewerkt voorbeeld van hoe dit in zijn werk kan gaan: zie James et al., 2015. De meest gebruikelijke benadering om case-mix te gebruiken voor de verdeling van middelen is het instellen van individuele bedragen voor elke case-mix categorie, een aanpak die 'pricing' wordt genoemd.

Zoals reeds aangehaald kan men bij de totstandkoming van een case-mix financieringssysteem zowel gebruik maken van een bestaand case-mix classificatiesysteem als van bestaande CMI (cf. supra). Het ontwikkelen van een nieuw case-mix systeem is duur en tijdrovend, maar Sutherland et al. (2014) geven wel aan dat het van belang is om case-mix indexen te linken aan de lokale context. Dit geeft enerzijds als voordeel dat men kan nagaan of de gehanteerde input overeenkomt met de lokale context, maar neemt ook de onrust weg van lokale stakeholders over de representativiteit van CMI voor deze specifieke context. Ook James et al. (2015) wijzen erop dat men er aandachtig voor moet zijn dat CMI-waarden overgenomen uit een omgeving die bestaat uit een andere reeks diensten of een ander beleid, een negatief effect kunnen hebben op de verklaarde variantie van het gehanteerde model. Dit heeft te maken met de manier waarop de CMI-waarden berekend worden. Zo vormen bijvoorbeeld tijdsregistratiegegevens en loonschalen de basis in de berekening van CMI die we linken aan RUG's in de residentiële ouderenzorg. Hoewel het gebruikelijk is voor nieuwe gebruikers van case-mix-systemen om algoritmen en CMI uit andere rechtsgebieden over te nemen, gaan de meeste landen volgens Sutherland et al. (2014) over tot de ontwikkeling van gegevens of informatiesystemen die gebaseerd zijn op lokale gegevens. Ook wordt gewezen op het belang van zo recent mogelijke tijdsregistratiegegevens. Wanneer verouderde gegevens gehanteerd worden gaan we er volgens Sutherland et al. (2014) immers vanuit dat er zich in de afgelopen jaren geen veranderingen voordeden in de klinische praktijk, dat de proportionele verdeling van tijdsbesteding over personeel en tussen categorieën in de afgelopen jaren onveranderd bleven en dat er zich geen veranderingen voordeden door wijzigende wettelijke kaders. De vraag is dan welke minimale activiteitsniveaus en voorwaarden gelinkt zijn aan de Staff Time Measurement (STM)-gegevens die werden verzameld. Een tweede belangrijke input zijn de

contextgebonden loonschalen. In Canada worden CMI-waarden jaarlijks herberekend met actuele loonschalen (Schuterland et al., 2014).

4 Case-mix classificatie en financiering

Zoals reeds aangegeven, worden in een case-mix allocatiesysteem uiteindelijk twee verschillende elementen aan elkaar gekoppeld. Enerzijds een objectief gevalideerde wetenschappelijke meetcomponent (case-mix classificatie) en anderzijds een financieringscomponent die de allocatie van middelen bepaalt. De manier waarop deze allocatie gebeurt, is afhankelijk van politieke beslissingen. We trachten met andere woorden een (relatief) objectieve basis te leggen voor een relatieve allocatie van middelen. Dit onderscheid is belangrijk, omdat financieringssystemen altijd gekoppeld zijn aan specifieke doelen en aan de economische en politieke realiteit waarin zij opereren. Het is ook de opbouw van het financieringssysteem die invloed heeft op het gebruik, de doeltreffendheid, de kwaliteit en de spreiding van de dienstverlening (Debrabande & Pacolet, 1997), niet enkel de case-mix-classificatie zelf (Fries & Ikegami, 1994). Doelen die vaak genoemd worden in landen die RUG-III implementeren hebben betrekking op (Björkgren & Fries, 2006):

1. Het koppelen van de financiering aan de actuele zorgnood
2. Billijke verdeling van middelen
3. Het verbeteren van de toegang tot zorg (voor zwaar zorgbehoevenden)
4. Het verbeteren van productief rendement
5. Beheersen van kosten
6. Het verbeteren van de kwaliteit van zorg

James et al. (2015) wijzen ons op een aantal punten waaraan we aandacht moeten besteden bij de bepaling van de gemiddelde vergoeding voor directe zorgverlening (te vergoeden zorgkosten) in residentiële voorzieningen en de manier waarop ze worden opgenomen in het case-mix financieringssysteem. De case-mix index is enkel verbonden aan de variabele zorgkosten voor een groep van personen met gelijkaardige zorgnoden. Voor de andere kosten – indirecte zorgkosten, administratieve kosten en investeringskosten die niet via case-mix worden toegewezen – zijn andere financieringsmechanismen (zoals een vast bedrag per voorziening of per persoon) nodig. We denken dan aan kosten zoals afschrijvingen, verzekeringen, nutsvoorzieningen en loonadministratie. Semi-variabele kosten (bv. wasserij of dieetvoeding) kunnen in hun geheel of gedeeltelijk op basis van case-mix toegewezen worden. Zij kunnen deels verbonden zijn aan de zorgnood van een persoon (bv. incontinentie of slikproblemen) en deels los staan van de zorgnoden (bv. de was van beddengoed of specifieke voedingswensen). Ook andere kosten, zoals voor medicatie, dienen bekeken te worden. Vaak worden deze niet toegewezen op basis van case-mix en is de beleidskeuze om deze apart te behandelen via een ander financieringsmechanisme, zoals momenteel het geval is in Vlaanderen. Het is dus van belang om met alle stakeholders tot een consensus te komen over de soorten kosten en over hoe die toegewezen kunnen worden.

Wanneer aan elke CMI-waarde een bepaald forfait wordt toegewezen, spreken we van pricing. In deze gevallen wordt er dus een vast budget gekoppeld aan elke zorgzwaartecategorie, zonder verder rekening te houden met de context van het individu. Andere cliëntgebonden kenmerken kunnen wel mee opgenomen worden in het financieringssysteem, nadat de directe zorgverlening is toegewezen op basis van case-mix. Dit kan onder meer – maar niet uitsluitend – door minima- en maximabudgetten te koppelen aan elke zorgzwaartecategorie (Björkgren et al., 2006). Het effectieve uitgekeerde bedrag kan

dan variëren op basis van vooraf bepaalde elementen: inkomen, aanwezigheid van mantelzorg, enz. Dergelijk systeem houdt meer rekening met de individuele situatie van de bewoner naast zijn zorgbehoeften.

5 Conclusie

De huidige financiering is nog zeer sterk opgedeeld in sectoren per specialisatie. In de toekomst is het de bedoeling van het beleid om te evolueren naar meer geïntegreerde en integrale zorg. Persoonsvolgende financiering zou dit ook mee moeten faciliteren en het in elk geval niet hinderen.

Hierbij is het uiteraard niet de bedoeling dat eenzelfde persoon met identieke zorgzwaarte in een andere setting een andere zorgzwaarte-inschaling krijgt omwille van het gebruik van een ander instrument in een andere setting. We denken bijvoorbeeld aan een oudere psychiatrische patiënt die een andere inschaling krijgt, afhankelijk van de setting waarin hij terechtkomt (BelRAI MH in een PVT versus BelRAI LTCF in een woonzorgcentrum). Normaliter zou BelRAI er net voor moeten zorgen – indien correct toegepast – dat er eenzelfde inschaling over alle settings heen gebeurt. Wel kan eenzelfde inschaling in een andere setting gekoppeld zijn aan een verschillende financiering.

Zorgorganisaties kunnen evolueren naar meer samenwerking en integratie. Dat heeft wellicht een positieve impact op de kwaliteit van zorg, maar het is minder zeker of die impact ook financieel van aard is. Wellicht is het ook mogelijk dat bij meer samenwerking ook meer mensen met een zorgnood worden gedetecteerd. Dat verhoogt de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van leven voor die mensen, maar maakt de zorg niet goedkoper of het leidt tot wachtlijsten.

Financiële integratie is nuttig, maar de verwachtingen moeten realistisch zijn. De (financiële en operationele) integratie van zorgvoorzieners wordt best grondig voorbereid, in een sfeer van vertrouwen, met nauwkeurige planning en duidelijke afspraken. Het is, in de specifieke context van een land of regio, steeds zoeken naar de juiste combinatie van financieringsmechanismen. Men gaat dus best bedachtzaam om met de bestaande betalingsstructuur, om geleidelijk aan nieuwe prikkels en doordachte wijzigingen in te voeren.

Hoofdstuk 5

De pijlers van de Vlaamse Sociale Bescherming waarvoor een uniform begrippenkader en financieringsmodel wordt uitgewerkt

Voor vijf van de negen pijlers van de VSB, waarvoor het zorgticket van toepassing zal zijn, wordt gewerkt aan een uniform begrippenkader en financieringsmodel. Zoals reeds aangehaald gaat het meer specifiek over de volgende vijf pijlers: (1) de residentiële ouderenzorg; (2) de geestelijke gezondheidszorg, met inbegrip van de revalidatie die voornamelijk gericht is op de psychosociale aspecten; (3) de revalidatie die voornamelijk gericht is op het herstel van fysieke functies; (4) de thuiszorg (Diensten Gezinszorg & aanvullende thuiszorg (DGAT), Mobiele equipes palliatieve zorg (MBE), dagverzorging en bepaalde vormen van kortverblijf) en (5) de transmurale zorg.

Verschillende elementen zijn nodig om stapsgewijs tot een totaal financieringsmodel te komen. Voor elke pijler dienen we ten eerste inzicht te verwerven in de bestaande zorg- en ondersteuningsvormen en de doelgroepen die een zorgvraag stellen, dit is gebeurd in hoofdstuk 2 aan de hand van de werkgroepen. Hieruit is gebleken dat er een grote diversiteit is en dat de verschillende types van zorg elk hun eigen aandachtspunten hebben die relevant zijn naar de financiering toe.

Als eerste stap wordt hier nu aangegeven hoe het zit met het inschalingsinstrument dat gebruikt zal worden (i.e. BelRAI), en hoever dit gevorderd is in de verschillende pijlers. Daar is grote variatie in. Bovendien zal, eenmaal de implementatie van BelRAI is gerealiseerd in de verschillende sectoren, nog gezocht moeten worden naar hoe we tot een geïntegreerde case-mix kunnen komen en/of hoe de overgang tussen sectoren naadloos kan verlopen.

1 Residentiële ouderenzorg

Het instrument dat ter beschikking is en dat al getest wordt in verschillende federale BelRAI projecten en in het dagelijks gebruik door een aantal woonzorgcentra – is het BelRAI LTCF-instrument. BelRAI LTCF is de Belgische versie van het interRAI Long Term Care Facilities instrument (interRAI LTCF). Het primaire doel van het interRAI LTCF-instrument en alle andere interRAI instrumenten is het ondersteunen van zorgplanning en zorgopvolging aan de hand van een uitgebreid, holistisch persoonsgericht assessment. Het LTCF-instrument wordt reeds gebruikt in de dagelijkse werking van een beperkt aantal woonzorgcentra en het is klaar voor verdere implementatie. Daartoe werd een Consortium LCTF opgericht, met vertegenwoordigers uit de drie koepels. Het consortium heeft tot doel de implementatie verder op gang te zetten en er tegelijk voor te zorgen dat er in een periode van twee jaar een representatief staal van de bewoners in de Vlaamse woonzorgcentra minstens één BelRAI assessment krijgt. Deze data kunnen worden gebruikt om simulaties van een nieuw financieringssysteem op basis van BelRAI uit te voeren.

Een correcte steekproefomvang dient bepaald te worden om de nauwkeurigheid van het onderzoek te waarborgen (Kim & Seo, 2013; Garssen & Hornsveld, 1992). Dit kan door middel van een poweranalyse. De power slaat op de kans dat een significantietest de nulhypothese terecht verworpt gegeven dat de alternatieve hypothese waar is. We kiezen voor een tweezijdige toets met effectgrootte van 0,5, een gewenst significantieniveau van 0,05 en een gewenste power van 85%. Dit geeft een steekproefomvang van 3212 inschalingen van bewoners in Vlaamse woonzorgcentra. De verdeling van dit aantal over alle

44 RUG-III categorieën, geeft een minimum van 73 inschalingen per RUG-categorie om de representativiteit te waarborgen. In totaal wordt gemikt op 3500 inschalingen. De steekproef dient ook representatief verdeeld te zijn over de Katz profielen en per type voorziening (statuut) dat zorg aanbiedt.

In maart 2020 startten de opleidingen en inschalingen voor de eerste 6 voorzieningen (kleine piloot), waarvan drie voorzieningen reeds ervaring hebben met BelRAI. De input van deze voorzieningen zal bijdragen aan de opleiding die ontwikkeld wordt door het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (KCD). Het KCD is verantwoordelijk voor de vorming en ondersteuning van zorgverleners bij de verdere implementatie (via het train-the-trainer principe). De eerste opleidingsgolf van het deel 'grote piloot' startte normaliter in maart/april 2020. Dit liep enige vertraging op wegens COVID-19. Ook de tweede opleidingsgolf werd verlaet.

In totaal nemen 49 woonzorgcentra deel aan het grote pilootproject. De volledige dataset is aangeleverd in april 2022. De volledige invoering van het BelRAI LTCF instrument ter ondersteuning van kwaliteitsvolle zorg binnen de Vlaamse woonzorgcentra staat gepland voor januari 2023 (Vermeire, 2019).

2 Thuiszorg

Het woonzorgdecreet onderscheidt verschillende types van thuiszorgdiensten. Van deze diensten behoren enkel de Centra voor dagverzorging, de multidisciplinaire equipes voor palliatieve verzorging (MBE), het kortverblijf van type 1, type 2 of type 3, het oriënterend kortverblijf en de gezinszorg en aanvullende thuiszorg tot de pijler thuiszorg binnen de Vlaamse Sociale Bescherming. Sommige van hen werden opgenomen in het pilootproject BelRAI Screener dat eerst toegelicht zal worden.

2.1 Pilootproject BelRAI Screener

Het pilootproject BelRAI Screener startte in oktober 2016 in de regio Dendermonde. De oorspronkelijke scope van het project was tweeledig. Enerzijds was het de bedoeling om het instrument BelRAI Screener te testen als evaluatieschaal voor het "Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden, mantel- en thuiszorg" door de diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg, de woonzorgcentra, de centra voor kortverblijf en de Centra voor dagverzorging. Anderzijds wilde men een eerste ervaring opdoen met betrekking tot gegevensdeling en gebruik van de BelRAI databank 2.0. Het initiële pilootproject werd uitgebreid in januari 2018 met een nieuwe regio; Waasland. De uitbreiding van het project maakt het mogelijk om de inzichten, ervaringen en aangepaste documenten in de nieuwe regio toe te passen.

Het project deelde zijn ervaringen, reflecties en kritische succesfactoren in het 'Eindrapport BelRAI Screener' (Pilootproject BelRAI Screener Eindrapport, 2018). Deze conclusies en aanbevelingen gaan zowel over de voorwaardenscheppende fase voor het invoeren van de BelRAI Screener als over de operationele fase. Voor de voorwaardenscheppende fase werden aanbevelingen geformuleerd met betrekking tot informatieveiligheidsbeleid, toegang tot de BelRAI databank 2.0, integratie binnen de werking van de DGAT, de zorgkassen en de gemachtigde indicatiestellers, de voorbereiding van de implementatie van andere BelRAI instrumenten en over hoe om te gaan met bezwaarschriften en controles van Mediwe. Voor de operationele fase gaat het over aanbevelingen over gegevensdeling, het geven van vorming en train-the-trainer opleidingen, intervisies en inhoudelijke ondersteuning en tot slot over het cliëntenperspectief.

Het pilootproject in de regio's Dendermonde en Waasland zal verdergezet worden. Voor de verdere uitrol van de BelRAI Screener in Vlaanderen wijzen de leden van het pilootproject enerzijds op het belang van de inhoudelijke opvolging door het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek voor de verdere implementatie en kwaliteitsbewaking en anderzijds op de nood aan continue afstemming tussen de Federale en Vlaamse overheid, het KCD en LUCAS KU Leuven.

De effectieve gegevensdeling en de toegang tot BelRAI 2.0 konden binnen het pilootproject niet gerealiseerd worden omdat aan de essentiële voorwaarden niet voldaan kon worden om persoonsgegevens (die de gezondheid betreffen) te kunnen uitwisselen tussen betrokken zorgverstrekkers en de BelRAI databank 2.0. Om deze gegevensdeling op termijn toch te kunnen realiseren, is een nieuw consortium opgericht dat mede zorgt voor de uitbouw van een IT-platform BelRAI voor Vlaanderen. Voor de ontwikkeling van een nieuwe IT-platform BelRAI is niet alleen de afstemming tussen de federale en Vlaamse overheden noodzakelijk, maar is ook afstemming nodig met de toezichthoudende instanties inzake gegevensbescherming. Zo kan een continue gegevensoverdracht met de BelRAI databank 2.0 en het Vlaamse IT-platform BelRAI worden bewerkstelligd. Het consortium wijst er ook op dat bij het ontwikkelen van andere toepassingen die aan het IT-platform BelRAI gelinkt kunnen worden, men het cliëntenperspectief steeds centraal zal moeten blijven stellen. De invalshoek zal bijgevolg ruimer moet zijn dan louter gegevensdeling tussen zorgactoren. Naast de informatie uit de BelRAI Screener moeten ook de behoeften van de cliënt en eventuele andere relevante informatie onderdeel zijn van het IT-platform. Tot slot wijst het consortium op de interactie met lokale overheden en op de rol van de VVSG om ondersteuning te bieden bij de BelRAI Screener-beleidsafstemming.

De invoering van de BelRAI Screener als inschalingsinstrument voor de diensten voor gezinszorg en de diensten maatschappelijk werk werd gerealiseerd in juni 2021. Hieraan wordt voor deze diensten ook de sociale module gekoppeld in juni 2022.

Indien de Vlaamse overheid de case-mix indexen en het RUG-systeem voor de thuiszorg wil gebruiken, is de vraag wie dit instrument zal invullen. De gezinszorg beschikt niet over alle informatie om een BelRAI Home Care in te vullen. Ook de input van gezondheidszorgorganisaties (bijvoorbeeld de thuisverpleegkundige, de huisarts of de kine) zal vaak nodig zijn. Het volledige BelRAI Home Care instrument werd uitvoerig getest in eerdere federale BelRAI projecten en in het Protocol 3 project van het RIZIV (Mello et al., 2015). Dit gebeurde echter vooral bij kwetsbare ouderen en niet bij een representatief staal van de personen die in Vlaanderen thuiszorg ontvangen. Om een veralgemeend gebruik van de volledige BelRAI HC mogelijk te maken zijn dan ook data nodig over anderen dan kwetsbare ouderen.

2.2 Dagverzorgingscentrum

De Centra voor dagverzorging waren opgenomen in het Pilootproject BelRAI Screener in de regio Waas & Dender. De dagverzorgingscentra zien de meerwaarde van de BelRAI Screener en van het samenwerken met de partners in de thuiszorg om een BelRAI Screener in te vullen en up-to-date te houden. Op hun eentje kunnen zij echter niet de volledige Screener invullen, aangezien zij vaak geen (volledig) zicht hebben op hoe de persoon instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven uitvoert. In het dagcentrum wordt best gewerkt met de BelRAI Screener of met het BelRAI HC-instrument bij complexe zorg. Het invullen gebeurt in samenwerking en uitwisseling met de partners in de thuiszorg (Pilootproject BelRAI Screener Eindrapport, 2018).

2.3 Multidisciplinaire equipes voor palliatieve verzorging

In 2014 werd het gebruik van het BelRAI Palliative Care (BelRAI PC) instrument geëvalueerd in 15 woonzorgcentra in Vlaanderen. Het instrument werd ingevuld door de multidisciplinaire staf voor alle ouderen (65+) met palliatieve zorgnoden. De nood aan palliatieve zorg werd bepaald op basis van de Surprise Question ('Zou je verbaasd zijn als deze persoon binnen de 6 à 12 maanden zou overlijden?').

Het BelRAI PC instrument werd geëvalueerd door zorgverleners als een nuttig instrument aangezien de resultaten de dialoog met de bewoner en zijn/haar familie faciliteerden. Het was echter niet altijd haalbaar om het instrument in te vullen omwille van organisationele barrières (bv. hoge werklast, gebrek aan computers, gebrek aan ondersteuning van het management) alsook de complexe architectuur van de toenmalige BelRAI webapplicatie. Verder bevelen zorgverleners aan om de indrukvaliditeit te verbeteren door het toevoegen van ontbrekende items, en het verwijderen van overbodige, onvolledige en te complex geformuleerde items. Beleidsmakers, softwareproviders, onderzoekers en klinici zouden moeten samenwerken om de kritische opmerkingen van zorgverleners aan te pakken om op die manier het BelRAI PC instrument te optimaliseren voor gebruik in woonzorgcentra.

Tot op heden werd nog geen onderzoek naar het gebruik van het BelRAI PC instrument in de thuiszorg gevoerd.

2.4 Kortverblijf type 1, type 2, type 3

Het invullen van een BelRAI Screener werd ook voor de in het Pilotproject BelRAI Screener participerende centra voor kortverblijf (type 1) als een meerwaarde beschouwd, met gelijkaardige bedenkingen als bij de Centra voor dagverzorging. Idealiter kan men in het Kortverblijf verder werken met een bestaande BelRAI Screener of BelRAI HC en die updaten.

Voor de overige twee types dient bekeken te worden of en welk BelRAI instrument bruikbaar kan zijn voor kortverblijf type 2⁷⁰ en type 3⁷¹. Wanneer een kortverblijf eerder een voorbereiding is voor een langdurige opname in een woonzorgcentrum, dan start men in het kortverblijf best met een BelRAI LTCF.

2.5 Oriënterend kortverblijf

Voor het oriënterend kortverblijf is een BelRAI assessment in elk geval zeer nuttig voor de oriëntatie: kan deze persoon terug naar huis en zo ja, met welke hulp, of is een opname in een woonzorgcentrum aangewezen? Het is op dit moment nog minder duidelijk of de financiering van het oriënterend kortverblijf ook op de zorgzwaarte kan worden gebaseerd of dat eerder voor een forfaitaire financiering moet worden gekozen. Voor de zorgplanning maakt men er best gebruik van het BelRAI HC instrument.

⁷⁰ Respijtzorg voor andere specifieke doelgroepen vanaf 18 jaar.

⁷¹ Respijtzorg voor ernstig zieke kinderen en jongeren tot en met 21 jaar.

2.6 Gezinszorg en aanvullende thuiszorg

De Diensten voor Gezinszorg en Aanvullende Thuiszorg (DGAT) namen deel aan het pilootproject BelRAI Screener. Zij stonden positief ten opzichte van het instrument en zagen het als een meerwaarde voor hun dagelijkse praktijk. De BelRAI Screener kan dienen als vervanging van de BEL-foto maar om te voldoen aan de wettelijke bepalingen inzake dossiervorming is er ook input nodig over de sociale context van de cliënt die momenteel gevat wordt in het “BEL- gegevens cliëntensysteem”. Om een volwaardig zorg- en ondersteuningsplan op te maken is zowel voor de diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg als voor andere voorzieningen (bv. OCMW en DMW⁷²) het Sociaal Supplement een essentiële aanvulling op de BelRAI Screener.

2.7 BelRAI Sociaal Supplement

Dit BelRAI Sociaal Supplement is bedoeld voor zorggebruikers die beroep doen op welzijnszorgdiensten, in eerste instantie de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Meer specifiek werden jongere zorggebruikers met chronische ziektes (fysiek of psychisch) of beperkingen geïnccludeerd. Kraamzorgdiensten en de diensten voor gezinnen met een problematische opvoedingssituatie van DGAT werden niet meer opgenomen. Aan de hand van een literatuurstudie en focusgroepen met zorgverleners en zorgvragers werd een eerste versie ontwikkeld. Deze versie werd voorgesteld aan de deelnemers en experts in 2018. Hieraan namen voor de thuiszorg de Diensten Gezinszorg en Aanvullende Thuiszorg, Centra voor dagverzorging en Centra voor kortverblijf deel, voor de residentiële ouderenzorg namen enkele woonzorgcentra deel (Van Doren & Declercq, 2018).

Aan de hand van hun feedback werd een tweede versie ontwikkeld. In het najaar van 2018 werd de tweede versie van het instrument door een beperkt aantal indicatiestellers getest in het kader van een preliminaire test alvorens men overging tot een grootschalige testfase. De feedback uit de preliminaire test werd gebruikt om het BelRAI Sociaal Supplement te verkorten en het opleidingsmateriaal te optimaliseren.

In 2019 werden 100 beoordelaars opgeleid om de nieuwe, verkorte versie van het BelRAI Sociaal Supplement en de BelRAI Screener in te vullen. Ieder van hen werd gevraagd om 10 unieke respondenten te beoordelen aan de hand van de BelRAI Screener, het BelRAI Sociaal Supplement en, indien mogelijk de BEL-profielschaal. De testversie van het BelRAI Sociaal Supplement bevat 4 modules; (1) Beoordeling van de woonomgeving, (2) Maatschappelijke participatie, (3) Psychosociaal welzijn en, (4) Informele zorg en steun. Elke module be vraagt meerdere aspecten gelinkt aan het thema van deze module. De testfase had drie doelstellingen: bekijken of (1) de vragen goed en duidelijk waren geformuleerd; (2) de vragen voldeden aan de verwachtingen van een BelRAI Sociaal Supplement; en (3) het instrument nog verder kon worden ingekort. Om deze doelstellingen te bereiken werd er gebruik gemaakt van zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden. De deelnemers van de testfase werden doorheen 2019 nog 3 maal uitgenodigd om een intervisie bij te wonen. Daar kon in groep dieper worden in gegaan op eventuele onduidelijkheden en problemen.

In januari 2020 werd de testfase afgerond. Er werden in totaal 743 unieke respondenten ingeschaald met de BelRAI Screener en het BelRAI Sociaal Supplement. Binnen de Vlaamse Sociale Bescherming is het steeds de bedoeling dat het BelRAI Sociaal Supplement zal worden afgenomen in combinatie met

⁷² Diensten Maatschappelijk Werk

een ander BelRAI instrument. Door de dubbele inschalingen tijdens de testfase van zowel een BelRAI Screener, als een BelRAI Sociaal Supplement, kan worden nagegaan welke items sterk samenhangen, en dan ook kunnen worden geschrapt.

In het voorjaar van 2020 werd een nieuwe, en opnieuw verkorte, versie van het BelRAI Sociaal Supplement voorgesteld. Deze versie wordt gebruikt tijdens validiteitstesten om de interbeoordelaars- en test-hertest betrouwbaarheid te onderzoeken. Deze testen liepen vertraging op omwille van COVID-19. Eind 2021 is de finale versie van het BelRAI Sociaal Supplement aan de overheid bezorgd. Het wordt momenteel geprogrammeerd op het Vlaamse IT-platform.

3 Geestelijke gezondheidszorg, met inbegrip van revalidatie die voornamelijk gericht is op de psychosociale factoren

Binnen het Steunpunt WVG worden gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ-instrumenten onderzocht in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en/of verslaving in Vlaanderen, inclusief geïnterneerden. Er is gestart met deze doelgroep omdat er verwacht wordt dat het gebruik van een cross-sectoraal beoordelingssysteem zinvol zal zijn voor deze doelgroep, o.a. in het kader van de ondersteuning van integrale zorg en continuïteit van zorg. Volgende GGZ-sectoren zijn momenteel bij deze studies betrokken: initiatieven voor beschut wonen (IBW), psychiatrisch verzorgingstehuizen, woonzorgcentra met (een) afdeling(en) voor personen met een EPA, psychosociale revalidatiecentra, revalidatiecentra voor verslaving en mobiele 2b teams (MT). Voor de forensische sector nemen ook medium- en high-risk afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen deel. De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en de GGZ-voorzieningen die onder de bevoegdheid van de federale overheid vallen – voornamelijk de ziekenhuizen⁷³ – zijn tot nu toe dus nog niet betrokken bij de BelRAI GGZ-studies.

In 2017 werd een eerste kleine pilotstudie gedaan met 13 GGZ-voorzieningen (Van Eenoo, et al., 2017)⁷⁴. In 2018 werd gestart met de voorbereiding van twee vervolgstudies: de tweede BelRAI GGZ-studie en de BelRAI/DUNDRUM forensische GGZ-pilotstudie. De doelstelling van deze studies bestaat erin de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium te testen in een grote groep van Vlaamse GGZ-voorzieningen. De studies konden in de zomer van 2018 echter niet van start gaan aangezien de sector - bij monde van de koepelorganisaties - een aantal bezwaren uitte met betrekking tot het toekomstig gebruik van BelRAI binnen de Vlaamse GGZ en de geplande BelRAI GGZ-studies. Deze bezwaren hadden betrekking op de inhoud en het gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de gegevensdeling (voor een meer gedetailleerde beschrijving van deze bezwaren verwijzen we naar het rapport van Van Horebeek en collega's, 2019)⁷⁵. Als reactie op deze tussenkomst van de koepelorganisaties, werd in het najaar van 2018 een participatief traject opgestart waaraan 49 GGZ-voorzieningen deelnamen in zeven BelRAI GGZ-werkgroepen (één per type voorzieningen die deelneemt aan de studies). De start van de BelRAI GGZ-studies werd daardoor uitgesteld. Als resultaat van dit traject werd het BelRAI GGZ-instrumentarium verder uitgebreid om de zorgnoden van alle verschillende doelgroepen die in de GGZ behandeling/begeleiding krijgen, in kaart te kunnen brengen. Figuur 10 geeft een overzicht

⁷³ Voor de doelgroep van de geïnterneerden zijn de psychiatrische ziekenhuizen wel al betrokken.

⁷⁴ <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef06-04-1-belrai-ggz>

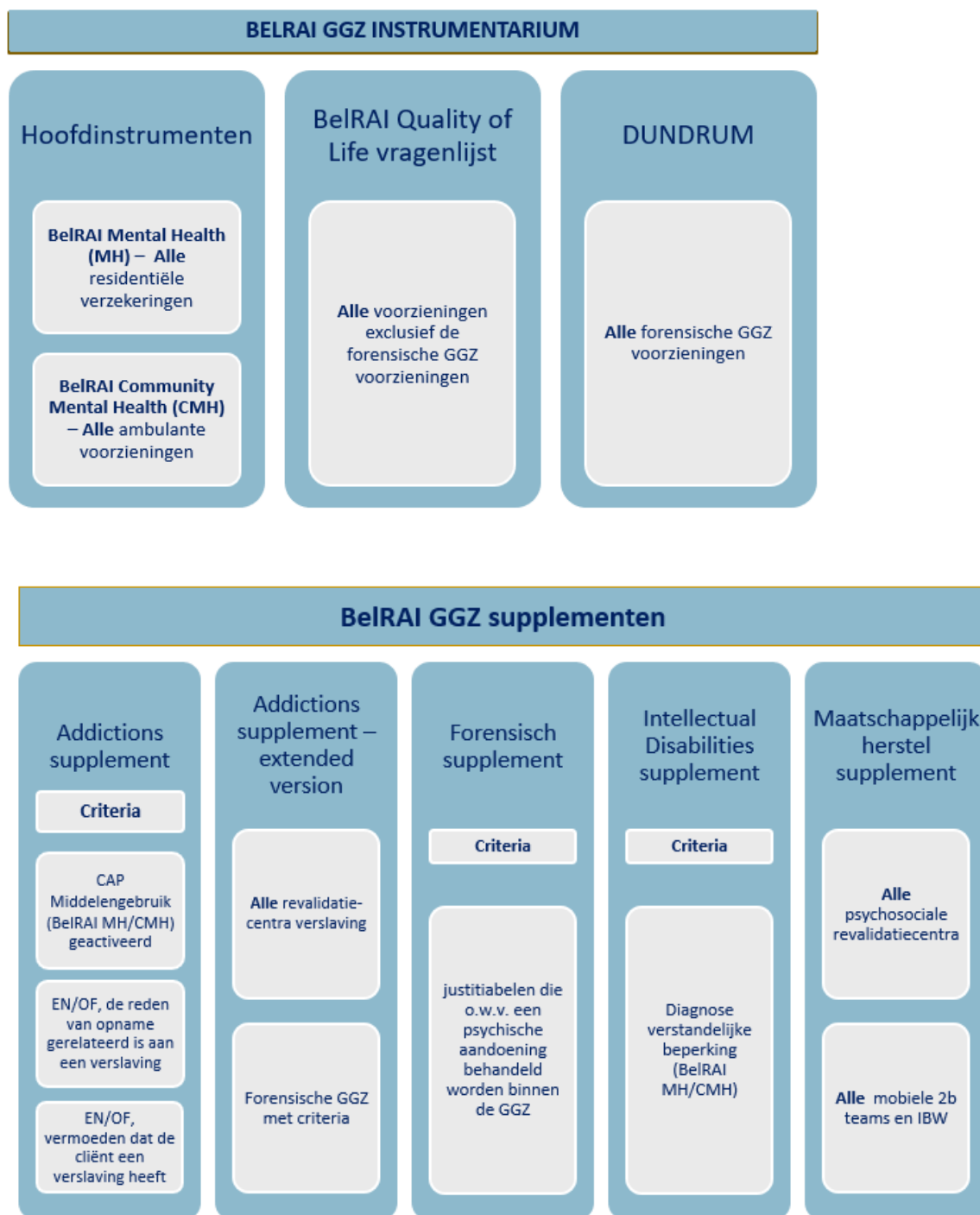
⁷⁵ <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef06-04-2-en-ef06.07-tussentiids-rapport>

van het BelRAI GGZ-instrumentarium dat in de tweede BelRAI GGZ-studie en in de BelRAI/DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie wordt getest.

Daarnaast resulteerde het participatief traject in een aantal beleidsaanbevelingen met betrekking tot het gebruik van BelRAI (en DUNDRUM) in de Vlaamse GGZ:

1. Er is nood aan een BelRAI GGZ Screener voor gebruik in de generalistische basiszorg voor de geestelijke gezondheid, de mobiele en ambulante gespecialiseerde GGZ, en deels ook voor de residentiële gespecialiseerde GGZ. In het kader van de zorg is het immers noch aangewezen, noch nodig om voor zorggebruikers met een milde of matige psychische aandoening het uitgebreide BelRAI GGZ-instrumentarium te gebruiken. Bovendien is het niet mogelijk om het uitgebreide BelRAI GGZ-instrumentarium te gebruiken voor bepaalde doelgroepen zoals zorgwekkende zorgmijders.
2. Er is nood aan een parallel⁷⁶ self-assessment instrument voor cliënten, zodat een BelRAI assessment evenzeer de visie van de cliënt als die van de hulpverleners in beeld brengt. Beiden zijn immers even belangrijk voor de zorgplanning.
3. De regulering van de gegevensdeling dient uitgewerkt te worden, rekening houdend met de privacy-gevoeligheid van de BelRAI data. Het gegevensdelingssysteem dient daarenboven een transparant systeem te bevatten waarmee de cliënten op regelmatige basis toestemming dienen te geven om BelRAI data (verder) te delen met andere hulpverleners.
4. Er is nood aan een implementatieplan van BelRAI in de GGZ, zowel op het niveau van de hulpverleners, het management van de GGZ-voorzieningen als op niveau van de Vlaamse overheid.

⁷⁶ Parallel aan het BelRAI instrumentarium dat de hulpverleners in de GGZ gebruiken.



Figuur 9 Het BelRAI GGZ-instrumentarium dat gebruikt wordt in de tweede BelRAI GGZ-studie en de BelRAI forensische GGZ-studie

Aan een tweede BelRAI GGZ-studie en de BelRAI/DUNDRUM forensische GGZ-pilotstudie namen in 2020 49 voorzieningen uit 11 GGZ-netwerken deel: 13 initiatieven voor beschut wonen, 11 psychiatrisch verzorgingstehuizen, 9 revalidatiecentra verslaving, 8 mobiele 2b teams, 4 psychosociale revalidatiecentra en 4 woonzorgcentra met (een) afdeling(en) voor personen met een EPA. Na het volgen van een BelRAI GGZ-opleiding includeerden de hulpverleners tien cliënten met een EPA per deelnemende voorziening. Gedurende verschillende maanden vulden zij – en ook de cliënten – het BelRAI GGZ-instrumentarium in. Daarna zijn de verschillende actoren over de gebruiksmogelijkheden van het

instrumentarium en over de randvoorwaarden voor implementatie bevraagd. De hulpverleners vulden het BelRAI GGZ-instrumentarium in voor 446 cliënten met een EPA – 195 uit residentiële settings, 251 uit ambulante settings - die minstens één maand in opname of behandeling waren. De studie legde enkele exclusiecriteria op waardoor cliënten in een urgentie- of crisissituatie en cliënten die aanklappende of bemoeizorg ontvingen, werden uitgesloten uit de studie. Het werkgroepentraject dat voorafging aan de studie gaf aan dat (de structuur van) het instrumentarium (nog) niet geschikt is om het bij deze doelgroepen te gebruiken. Daarnaast konden hulpverleners – in het licht van de test van de gebruiksmogelijkheden van het instrumentarium - zelf redenen aangeven waarom ze cliënten niet konden includeren in de studie, bv. omwille van (de gevolgen van) hun specifieke psychische toestand (bv. psychose), praktische redenen (bv. onvoldoende kennis van het Nederlands) of doordat ze weigerden om deel te nemen aan de studie. De steekproef van cliënten voor wie het BelRAI GGZ-instrumentarium is ingevuld tijdens deze studie is bijgevolg niet representatief voor alle cliënten met een EPA (inclusief verslaving) die behandeling en begeleiding krijgen in de betrokken types van GGZ-voorzieningen (Van Horebeek et al., 2021).

Na de verzameling van de BelRAI data zijn 45 hulpverleners via focusgroepen en een attitudelijst bevraagd omtrent de gebruiksmogelijkheden van het geteste instrumentarium in de zorg voor cliënten met een EPA (inclusief verslaving) op cliëntniveau. Dit topic is ook voorgelegd aan acht coördinatoren uit alle types van deelnemende voorzieningen via een online expertpanel. Patiënt- en familievertegenwoordigers zijn eveneens via een online expertpanel betrokken bij de studie. Zij zijn bevraagd omtrent de randvoorwaarden die dienen vervuld te worden om het BelRAI GGZ-instrumentarium in de toekomst te implementeren in de Vlaamse GGZ. Ook bij de hulpverleners en coördinatoren is hiernaar gepeild.

Met betrekking tot de randvoorwaarden voor implementatie van BelRAI in de Vlaamse GGZ leverde het onderzoek de volgende aanbevelingen op: (1) duidelijkheid verschaffen over de doelstellingen die de Vlaamse overheid met BelRAI heeft in de GGZ, (2) de toegang regelen van de cliënt en zijn vertegenwoordiger en/of vertrouwenspersoon tot het BelRAI dossier, (3) omvorming van het instrumentarium tot een gebruiksvriendelijke online tool die overzichtelijke resultaten geeft voor alle gebruikers, (4) de coördinatie van BelRAI dossiers uitwerken zodat het instrumentarium multidisciplinair ingevuld wordt en enkele need-to-know informatie gedeeld wordt met de bevoegde hulpverleners, (5) voldoende opleidingscapaciteit voorzien, en (6) herwerking van (de structuur van) het BelRAI GGZ-instrumentarium opdat het BelRAI GGZ-assessment meer op maat van de cliënt en van de behandeling/begeleiding zou kunnen uitgevoerd worden (Van Horebeek et al., 2021).

Op basis van deze resultaten is het GGZ-instrumentarium vervolgens in een modulair systeem omgezet (Van Horebeek, De Cuyper, Declercq & Van Audenhove, 2022). Dit modulair systeem moet nu worden geprogrammeerd op het Vlaamse IT-platform en vervolgens gebruikt door een representatief staal van voorzieningen voor een representatief staal van zorggebruikers.

Met het geheel van deze beleidsaanbevelingen betekenen de BelRAI GGZ-studie en de BelRAI DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie (Van Horebeek et al., 2020) een belangrijke stap vooruit in het implementatieproces van BelRAI in de Vlaamse GGZ. De randvoorwaarden die uitwerking nodig hebben, zijn geconcretiseerd. De realisatie ervan door de Vlaamse overheid, het KCD en de onderzoekspartners is nu primordiaal. Daarna kan het implementatieproces een nieuwe fase ingaan. Een mogelijk scenario bestaat erin dat een GGZ-netwerk en een netwerk internering die willen fungeren als koplopers de implementatie opstarten. De daadwerkelijke uitrol van BelRAI in de GGZ in Vlaanderen zal sowieso een

gefaseerd en uitdagend proces worden waarbij de bijdrage van alle stakeholders noodzakelijk zal zijn (Van Horebeek et al., 2021).

Concluderend kunnen we stellen dat het BelRAI GGZ-instrumentarium nog niet gefinaliseerd is voor alle GGZ-sectoren in Vlaanderen om er op de werkvloer goed mee aan de slag te kunnen. Vervolgens dient het BelRAI GGZ-instrumentarium ook afgenomen te worden in een representatieve steekproef. CGG betrekken en samenwerking met de GGZ-voorzieningen die onder de bevoegdheid van de federale overheid vallen, zullen nodig zijn om beide doelstellingen te kunnen bereiken. Pas wanneer de implementatie is gerealiseerd en het gebruik van de instrumenten standaard is, kan een begin worden gemaakt met een case-mix systeem.

4 Revalidatie die voornamelijk gericht is op het herstel van fysieke functies

Sinds de zesde staatshervorming vallen een aantal revalidatieziekenhuizen en revalidatieconventies onder de Vlaamse bevoegdheid. Het interRAI PAC-Rehab (interRAI Post-Acute Care and Rehabilitation) instrument is het interRAI-instrument voor de (acute) revalidatie. Uit onderzoek van het KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) bleek dat het gebruik van de interRAI PAC-Rehab geen ideale optie is voor de Vlaamse revalidatiesector (Desomer et al., 2016). Dit instrument is nog te veel gericht op de acute zorg en te weinig op de langetermijnzorg. Zo sluit de PAC-Rehab onvoldoende aan bij de noden van de Vlaamse langetermijnrevalidatie.

Daarom werd aan het Steunpunt WVG gevraagd om een BelRAI Revalidatie instrument te ontwikkelen dat hanteerbaar is in de Vlaamse langetermijnrevalidatiesector. Dit instrument moet gelinkt zijn aan de ICF. In een eerste project dat werd afgerond in 2018 (Van Regenmortel et al.), ontwikkelden de onderzoekers een eerste versie van het BelRAI Revalidatie instrument en het bijbehorende gebruikershandboek (Van Regenmortel et al, 2018). Dit gebeurde op basis van literatuuronderzoek, focusgroepen en interviews met de verschillende stakeholders en experts. De Vlaamse revalidatiesector is echter heel divers en bereikt ook erg verschillende doelgroepen. Bijgevolg werden zeer veel items gesuggereerd en noodzakelijk geacht door de stakeholders en experts. Het ontwikkelde instrument bleek daardoor te lang voor een vlotte implementatie, maar er was geen eensgezindheid bij de stakeholders over welke items verwijderd konden worden. Daarom is het ontwikkelde instrument in een tweede project in de praktijk getest. De test toonde nogmaals aan dat het instrument veel te lang was. Vervolgens werd het instrument daarom verkort op basis van vijf criteria. De vijf criteria zijn:

1. Het item is een core set interRAI item en daarom nodig voor informatie-uitwisseling met andere sectoren.
2. Het item wordt gebruikt voor de berekening van een bestaande interRAI CAP of schaal die nuttig is voor de revalidatiesector.
3. Het item maakt deel uit van de ICF rehabilitation core set (inclusief het ICF-kader) en is daarom nodig voor informatie-uitwisseling in de revalidatiesector.
4. Het item is nodig om zicht te krijgen op de revalideerbaarheid.
5. Het item is in de loop van dit en het voorgaande BelRAI Revalidatie project door de deelnemers systematisch als zeer belangrijk of essentieel beschouwd voor alle doelgroepen van de langetermijnrevalidatie (15-65 jaar) en is niet geïnccludeerd op basis van de bovenstaande criteria.

Het selectieproces resulteerde in een basisset van items die – om tegemoet te komen aan specifieke noden van (deel)sectoren en doelgroepen in de revalidatiesector – nog kan uitgebreid worden met deelsectorespecifieke items via elaboratiemodules. Het geheel vormt een haalbaar instrument dat qua lengte overeenstemt met andere instrumenten uit de BelRAI Suite, zoals het Home Care of het Long Term Care Facilities instrument. Elk item in het instrument is gelinkt aan een of meerdere ICF-codes, zodat de relatie BelRAI ICF duidelijk is.

Er is dus een verkort instrument ontwikkeld, maar dit moet wel nog worden getest. Die test gebeurt het best bij een representatief staal van revalidanten, in een representatief staal van revalidatievoorzieningen. Op die manier kan nagegaan worden of het instrument voor alle doelgroepen en in alle types van organisaties bruikbaar en haalbaar is.

Het verkorte instrument werd geprogrammeerd op de onderzoekssoftware Qualtrix, met de mogelijkheid om de reeds beschikbare output te berekenen en te gebruiken. Tevens is een opleidingspakket ontwikkeld. De powerberekeningen voor een representatieve steekproef zijn uitgevoerd en eind 2021 werd een oproep gelanceerd naar alle betrokken voorzieningen. Begin 2022 starten de opleidingen.

De data die in 2022 worden verzameld, laten toe het instrument en de opleiding te optimaliseren, maar kunnen ook worden gebruikt om te starten met het ontwikkelen van bijkomende output. Ook het REVA-instrumentarium is dus nog niet volledig klaar voor implementatie. Pas na implementatie en een goed gebruik voor kwalitatieve zorg en zorgplanning, kan gewerkt worden aan een case-mix systeem.

5 Transmurale zorg

Binnen de VSB worden momenteel enkel de centra voor herstel (CVH) geplaatst onder de pijler van transmurale zorg. Deze centra krijgen worden federaal gesubsidieerd maar worden wel erkend door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid indien ze voldoen aan de vooropgestelde voorwaarden. In een centrum voor herstelverblijf kunnen zorgbehoevende personen terecht die herstellen van een operatie in een ziekenhuis of herstellen van een zware aandoening of ongeval. Deze centra bieden opvang, verzorging en revalidatie aan. De duur van een verblijf is beperkt tot 60 dagen⁷⁷.

De Memorie van Toelichting bij het voorontwerp van decreet houdende sociale bescherming⁷⁸ zegt het volgende over Transmurale zorg:

“Transmurale zorg omvat alle vormen van zorg en ondersteuning die, afgestemd op de behoeften en de zorgdoelen van de persoon met een zorgbehoefte en de mantelzorgers, als doel hebben om tijdelijke zorg en ondersteuning te bieden die ertoe bijdragen dat, na een ziekenhuisopname of na een langdurige onderbreking van de normale activiteiten ten gevolge van een ernstige aandoening, het zelfstandig functioneren van de persoon met een zorgbehoefte in het natuurlijke thuismilieu kan bewerkstelligd worden. Het betreft zorg en ondersteuning die een verblijf buiten de eigen woonomgeving inhoudt maar als uiteindelijke doelstelling wel een langer verblijf in de eigen woonomgeving beoogt. De transmurale zorg verwijst naar het herstelverblijf van artikel 28 van het woonzorgdecreet. Tot nog toe werd door de Vlaamse overheid ervoor geopteerd om hier geen financiering voor te voorzien en wordt het

⁷⁷ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/centra-voor-herstelverblijf>

⁷⁸ <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1376580>

herstelverblijf gefinancierd met prestatiefinanciering in het kader van de federale ziekteverzekering. Dit blijft ook zo in 2019. De inwerkingtreding van artikel 4, 8° zal pas mogelijk zijn in een latere fase en zal apart worden geregeld, rekening houdend met de eigen bevoegdheden.”

Bovenstaande omschrijving geeft aan dat transmurale zorg, zorg betreft buiten de eigen woonomgeving. Toch wordt er momenteel maar één zorgvorm onder geplaatst terwijl het verschillende zorg- en verblijfsvormen kan omvatten die binnen het kader van de VSB vallen.

Buiten het kader van VSB is het concept transmurale zorg een paraplubegrip dat gehanteerd wordt om geïntegreerde vormen van zorg te beschrijven tussen de partners in de 1e lijn (Van der Linden et al., 2001; Vrijhoef et al. 2005) om een geïntegreerd zorgproces tot stand te brengen. Meer specifiek wordt transmurale zorg gedefinieerd als:

“Vormen van zorg die, op de behoefte van de patiënt, verleend worden op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen generalistische en specialistische zorgverleners, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deilverantwoordelijkheden” (Nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen, 1995; Conceptnota Transmurale zorg, 2011).

Zorg die aangeboden wordt in centra voor herstelverblijf lijkt sterk op andere zorgvormen die binnen de VSB worden aangeboden zoals kortverblijf. Logischerwijs linkt men de CVH beter aan deze pijler dan hen in een andere, extra pijler op te delen. Transmurale zorg omvat immers meer dan enkel de CVH. Het al dan niet samenvoegen van pijlers is een beleidsbeslissing. Momenteel is er evenwel geen BelRAI instrument voor de transmurale zorg.

Hoofdstuk 6

Besluit

De ontwikkeling van een model voor de financiering van de Vlaamse Sociale Bescherming is een complex proces waarbij veel stakeholders betrokken moeten worden. Het einddoel van dit proces is een uniform, persoonsvolgend systeem dat transparant is en gelijklopend voor de verschillende sectoren. Op dit moment zijn de manieren waarop die betrokken sectoren worden gefinancierd erg verschillend.

In dit onderzoek is de basis gelegd voor dit model. Er zijn bouwstenen voor een duidelijk en uniform begrippenkader dat in de verschillende sectoren bruikbaar is en dat in samenspraak met die sectoren is gecreëerd. De verdere uitwerking vereist ten eerste de implementatie van BelRAI in de verschillende sectoren. Deze implementatie is gaande, maar gebeurt met verschillende snelheden in deze sectoren. De verst gevorderde sectoren zijn de thuiszorg en de residentiële ouderenzorg. Daar zijn of worden binnenkort BelRAI instrumenten ingevoerd en is een case-mix systeem beschikbaar. Tevens zijn binnenkort representatieve data beschikbaar om analyses uit te voeren ter voorbereiding van een nieuw financieringssysteem dat op het ontwikkelde model geënt is.

In andere sectoren wordt nog aan de BelRAI instrumenten gewerkt. Deze sectoren blijven best betrokken, maar zijn nog niet op weg naar een nieuw financieringssysteem. Het afstemmen van alle financieringssystemen en het komen tot een volledig intersectoraal kader zal een geleidelijk en eerder langdurig proces zijn. Daarbij is het nodig om bij elke aanpassing aandacht te hebben voor eventuele onverwachte en minder positieve effecten.

We pleiten daarom voor een overkoepelende stuurgroep waarin alle projecten over en stappen naar persoonsvolgende financiering in de Vlaamse Sociale bescherming worden besproken en de continuïteit en gelijkvormigheid worden bewaakt. Deze stuurgroep kan voor governance van het geheel zorgen zodat we tot een intersectoraal model komen. Hoewel de weg dus nog lang en wellicht ook hobbelig is, is het proces de moeite waard. Het zal leiden tot meer transparantie voor de personen met een zorgnood en tot meer samenwerking en geïntegreerde zorg.

Referenties

- Agentschap Jongerenwelzijn. RAPPORT Hoofdstuk 9 Crisis-jeugdhulp. Geraadpleegd via <https://jongerenwelzijn.be/professionelen/assets/docs/jeugdhulpaanbieders/itp/H9-crisisjeugdhulp.pdf>
- Barcaccia, B., Esposito, G., Matarese, M., Bertolaso, M., Elvira, M., De Marinis, M. G. (2013). Defining Quality of Life: A Wild-Goose Chase?. *Europe's Journal of Psychology*, Vol. 9 (Issue 1), p. 185–203.
- Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Beleidsprioriteiten 2012-2013, Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, p.7
- Benoot, T., Dursin, W., Verschuere, B., & Roose, R. (2017). [Het persoonsvolgend financieringssysteem in de sector voor personen met een handicap. Landenstudie: Nederland, Engeland en Duitsland.](#) Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Björkgren, M. (2002). Case-Mix Classification and Efficiency Measurement in Long-term Care of the Elderly. Stakes 124. *Gummerus. Saarijärvi*.
- Björkgren, M. A., Fries, B. E., & Shugarman, L. R. (2010). A RUG-III case-mix system for home care. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne du Vieillessement*, 19(S2), 106-125.
- Björkgren, M. A., & Fries, B. E. (2005). Applying RUG-III for reimbursement of nursing facility care. *International journal of healthcare technology and management*, 7(1-2), 82-99
- Björkgren, M. A., Häkkinen, U., Finne-Soveri, U. H., & Fries, B. E. (1999). Validity and reliability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish long-term care facilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27(3), 228-234.
- Boschmans, K. (2015). Zorg Proeftuin Vlaanderen: 'The proof of the pudding is in the eating'? *Geron*, 17(3), 40-43. <https://doi.org/10.1007/s40718-015-0066-7>
- Bouvy, J., De Palmenaer, N., Hannes, P., & Jauniaux, L. (2016, december). CM-Informatie 266, p. 17-32. Geraadpleegd van https://www.cm.be/media/CM-info-266-STAATSHERVORMING_tcm47-29133.pdf
- Brimblecombe, N., Fernandez, J.-L., Knapp, M., Rehill, A., & Wittenberg, R. (2018) *Unpaid Care in England: Future Patterns and Potential Support Strategies*. ESHCRU at LSE.
- Brink, C., & Van der Veen, N. (2013). Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. *De begrippen ontward: MOVISIE AVI*.
- Bronselaer, J. Vandezande, V., Vanden Boer, & L. Demeyer, B., (2016) Sporen naar duurzame mantelzorg: hoe perspectief bieden aan mantelzorgers? Brussel: Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Brown, J., Browling, A., & Flynn, T. (2004) *Models of quality of life: a taxonomy, overview and systematic review of the literature*. (Project Report) European Forum on Population Ageing Research. 113
- Caldwell, J. (2007). Experiences of families with relatives with intellectual and developmental disabilities in a consumer-directed support program. *Disability & Society*, 22(6), 549-562

- Chaib, L. O. (2013). Visie op crisishulpverlening in het algemeen welzijnswerk. Geraadpleegd via <https://www.kennisplein.be/Documents/test%20metadata%20saw/Visienota%20crisishulpverlening%20DEF%20101013.pdf>
- Christman, J. (2014) Relational Autonomy and the Social Dynamics of Paternalism. *Ethical Theory and Moral Practice* 17 (3):369-382. DOI: 10.1007/s10677-013-9449-9
- Conceptnota uniform instrument ter evaluatie van de zorgbehoevendheid (2010). Geraadpleegd op 12 december 2018 via <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=306459>.
- Conceptnota Vlaamse Sociale Bescherming (VSB). (2015) [25595 \(vlaanderen.be\)](https://www.vlaanderen.be/25595)
- De Almeida Mello, J. D. A., Hermans, K., Van Audenhove, C., Macq, J., & Declercq, A. (2015). Evaluations of home care interventions for frail older persons using the interRAI home care instrument: a systematic review of the literature. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(2), 173-e1.
- De Almeida Mello, J., Vermeulen, B., Hermans, K. (2016). [Project Vlaamse Sociale Bescherming - Vergelijkend onderzoek van cliënten in de thuiszorg en residentiële zorg](#). Leuven: SWVG.
- De Graeve, D., & Lecluyse, A. (2010). Eigen bijdragen en remgelden als instrument om uitgaven te beheersen. *Documentatieblad*. 70(1).
- De Graeve, D., Schokkaert, E., Van Ourti, T., Lecluyse, A., & Vande Voorde, Carine. (2010). Supplemental health insurance and equality of access in Belgium. *Health Economics*, 19(4), 377–395.
- De Groof, M., Declercq, A., Jacob, B., & Van Audenhove, C. (2009). [RAI Mental Health. Onderzoek naar de mogelijkheid tot implementatie van de instrumenten RAI Mental Health en Community Mental Health/Estimation des possibilités d'implémentation des outils RAI, Mental Health et Community Mental Health](#). Leuven: LUCAS.
- De Lepeleire, J., Falez, F., Swine, C., Ylief, M., Pepersack, T., & Buntinx, F. (2005). *INTERFACE: Rapport 2005 De organisatie en de financiering van een grensoverschrijdend zorgaanbod in de ouderenzorg*. Retrieved from Leuven, Brussel.
- De Meulemeester, P., Nassen, E., Molenberghs, G., & Bellings, P. (1998) Een pragmatisch en patiëntgericht raamkader voor de geestelijke gezondheidszorg. In: *Acta Hospitalia*, 38, p. 29-44.
- Daniels, N. (1982). Equity of access to health care: some conceptual and ethical issues. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 51-81.
- Deboutte, D., Smet, M., Walraven, V., Janssens, A., Obyn, C., & Leys, M. (2010). *Spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en adolescenten*. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 135A. D/2010/10.273/49
- Debrabander, K., Pacolet, J. (1997). *Financieringswijze van de welzijnswerk in Vlaanderen. Vergelijking met het onderwijs en de gezondheidszorg*. Leuven: HIVA-KU Leuven.
- Declercq, A. (2019). Opent BelRAI de doos van computergestuurde zorgplanning? *Sociaal.net*. <https://sociaal.net/achtergrond/belrai-computergestuurde-zorgplanning/>
- Declercq, A., Flamaing, J., Gosset, C., Milisen, K., Moons, P., Collard, J., Delye, S., Devriendt, E., Gillain, N., Londot, A., Van Eenoo, L., Vanneste, D., Vesentini, L., Wellens, N. (2011). *BelRAI VI: Wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot de pilootprojecten voor het transmuraal gebruik van het BelRAI instrument*. Leuven: LUCAS.

- Declercq, A., Vermeulen, B. (2016). *Gebruik van BelRAI screener in plaats van medisch-sociale schaal voor toekenning van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden*. LUCAS KU Leuven.
- Decreet houdende de Vlaamse Sociale Bescherming*. (2018, 18 mei). Geraadpleegd op 20 augustus van https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2018051815
- Decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod*. (2019, 5 april). Geraadpleegd op 21 augustus 2019 van http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2019040528&table_name=wet
- Demaerschalk, E., Hermans, K. (2018). *Persoonsvolgende financiering en armoede. De gevolgen van PVF voor personen in armoede*. LUCAS KU Leuven.
- Desomer, A., Eyssen, M., Mistiaen, P., & Eyssen, M. (2016). *KCE 262: BelRAI suite of instruments: an exploratory study on applicability for individual care planning and budget allocation in rehabilitation care 2016*. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)
- Devi, J. (2018). The scales of functional assessment of Activities of Daily Living in geriatrics. *Age and Ageing* 47(4), 500-502
- Devriese, S., & Vande Voorde, C. (2016). *Clusteren van pathologiegroepen volgens gelijkenissen tussen ziekenhuisverblijven*. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- De Vriendt, P. (2017) Evaluatie van de activiteiten van het dagelijks leven (ADL): praktische verdieping in meetinstrumenten. Geraadpleegd op 15 maart 2018 via http://www.arteveldehogeschool.be/ahsgezondheidszorg/ergotherapie/kronkels/wp-content/uploads/2017/06/140403_WS3_evaluatie-ADL.pdf
- Dohmen, J. (2015) afscheidsrede, [Afscheidscollege Joep Dohmen over zijn filosofische reis en het belang van Levenskunst - Universiteit voor Humanistiek \(uvh.nl\)](http://www.afscheidscollegejoepdohmen.nl)
- Eckhardt, H., Smith, P., Quentin, W., (2019). Pay for Quality: using financial incentives to improve quality of care. in *Improving healthcare quality in Europe* (eds. Busse Reinhard, Klazinga Niek, Panteli Dimitra, Quentin Wilm), WHO and OECD.
- Elissen, A., Metzelthin, S., van den Bulck, A., Verbeek, H., & Ruwaard, D. (2017). *Case-mix classificatie als basis voor bekostiging van wijkverpleging: Een verkennend onderzoek in opdracht van MeanderGroep Zuid-Limburg*. Datawyse/Universitaire Pers Maastricht.
- Everaert, E., Vanempten, T., Vanhaeren, M. (2015, 14 september). Vermaatschappelijking van zorg: De kracht van verandering of een holle slogan? Geraadpleegd van <https://sociaal.net/opinie/vermaatschappelijking-van-zorg/> Geraadpleegd op 20 november 2018 via <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/>
- Fries, B.E. and Ikegami, N. (1994) 'Heading in the right direction'. *Gerontologist*, 34, 582-603. Garssen, B., & Hornsveld, H. (1992). Power-analyse, of de bepaling van de steekproefgrootte. *Gedragstherapie*, 25(2), 107-121.
- Gobbens, R. (2016). Kwaliteit van leven van alleenwonende ouderen. *Geron*, 18(4), 41-44.
- Haddad, S., & Mohindra, K. (2002, April). Access, opportunities and communities: ingredients for health equity in the South. In *Public Health and International Justice Workshop*.

- Harrington JA. Citizen Participation in the UK Health Care system: The role of the Law. *European Journal of Health Law* 2001; 8: 243-256.
- Hauwert, S., Metzger, R., & Sedney, P. (2013). Zelfregie van mensen in kwetsbare posities. In R. Kwekkeboom & P. van Heijst (red.). *Tinteling. De driehoek onderzoek-onderwijs- 41 praktijk in evenwicht*. Digitale uitgave van het landelijk Lectorenplatform Zorg en Welzijn
- Heaney, C. A., & Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 189–210). Jossey-Bass.
- Huber, M. A. S. (2014). Towards a new, dynamic concept of health : Its operationalisation and use in public health and healthcare and in evaluating health effects of food. Maastricht: Maastricht University.
- Huisman, M., Deeg, D., & Claassens, C. (2014). Ervaren regie bij Nederlandse ouderen en de samenhang ervan met zorggebruik, demografische factoren en persoonlijkheid. LASA.
- Hornbrook, M. C. (1985). Techniques for assessing hospital case mix. *Annual review of public health*, 6(1), 295-322.
- James, M. L., Fries, B. E., Goodell, M., & Wellens, N. I. (2015). Design principles for HCBS case mix: a primer. *Ann Arbor, MI: University of Michigan, Institute of Gerontology*.
- Jansen, B. (2019). Handreiking zelfredzaamheid voor wijkverpleegkundigen. Vilans. Geraadpleegd op 29 juli 2019 via https://www.vilans.nl/docs/producten/Handreiking_zelfredzaamheid.pdf
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the Aged. The Index of ADL. *Journal of the American Medical Association* 185. 914-919.
- Kennisplatform Innovatie Ouderenzorg, wetenschappelijke Informatiebrief: "Zelfredzaamheid", Brussel, juli 2015.
- Kim, J., & Seo, B. S. (2013). How to calculate sample size and why. *Clinics in orthopedic surgery*, 5(3), 235-242.
- Kutzin, J..(2001) A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy* ; 56: 171-204.
- Laenen, T.(. (2019). Welfare deservingness and welfare policy. New perspectives on popular deservingness opinions and their interaction with welfare state policies, proefschrift.
- Lambert, A. -S., Declercq, A., Flusin, D., Bastiaens, H., De Almeida Mello, J., Lopez Hartmann, M., Schmitz, O., Remmen, R., Anthierens, S., Cès, S., Van Durme, T. & Macq, J. (2018a). [Protocol 3 - Geïntegreerd samenvattend rapport](#). RIZIV.
- Lambert, A. -S., Declercq, A., Flusin, D., Bastiaens, H., De Almeida Mello, J., Lopez Hartmann, M., Schmitz, O., Remmen, R., Anthierens, S., Cès, S., Van Durme, T. & Macq, J. (2018b). [Aanbevelingen in verband met de verderzetting van interventies op basis van de evaluatie van projecten in Protocol 3](#). RIZIV.
- Lambert, A. -S., Declercq, A., De Almeida Mello, J., Cès, S., & Macq, J. (2018). [Protocole 3 - Report on quantitative analysis](#). RIZIV.
- Lawton, M.P., Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186

- Leone, T., Mor, V., & Maresso, A. (2014). *Regulating Long-Term Care Quality: An International Comparison (Health Economics, Policy and Management)*. Cambridge University Press.
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12(1), 18.
- Liégeois, A., & Eneman, M. (2017). An ethical reflection on outreaching mental health care. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 59(2), 103-110.
- Linders, L. (2009). Niet de sterkste schouders. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 16(2), 13-24.
- Lo, A.X., Donnelly J.P., McGwin, G., Bittner, V., Ahmed, A. & Brown C.J. (2015). Impact of Gait Speed and Instrumental Activities of Daily Living on All-Cause Mortality in Adults ≥ 65 Years With Heart Failure. *The American Journal of Cardiology*, 115(6), 115(6)
- Maes, B., & Bruyninckx, W. (2003). Organisatie en implementatie van trajectbegeleiding voor personen met een handicap in Vlaanderen. *Onderzoek in opdracht van het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een handicap.* Leuven, Belgium: KU Leuven, Centrum voor Orthopedagogiek.
- Mannion, R., Braithwaite, J., (2012). Unintended consequences of performance measurement in healthcare: 20 salutary lessons from the English National Health Service. *Internal Medicine Journal*, 42, 569-574.
- Memorie van Toelichting decreet Vlaamse Sociale Bescherming. (2017, juni 16). Geraadpleegd op 13 november 2018, van <https://www.vlaanderen.be/en/nbwa-news-message-document/document/09013557801e3128>
- Moeke, D., Bekker, R.M., & Koole, G. (2017). Op tijd naar het toilet door data-gedreven capaciteitsplanning, [Op tijd naar het toilet door data-gedreven capaciteitsplanning - VVSOR](#)
- Mor, V., Leone T., Maresso A., (eds.) (2014). *Regulating Long-Term Care Quality: an International Comparison*, Cambridge University Press.
- Moors, E., Declercq, A., (2019). [Ontwikkelen van afkappunten in BelRAI Screener voor het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood \(vroeger THAB genoemd\)](#). Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Murray, C. J., & Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the world Health Organization*, 78, 717-731.
- Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (2011). Advies m.b.t. de uitbouw van een GGZ-programma voor kinderen en jongeren. Geraadpleegd via https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/nationale_raad_voor_ziekenhuisvoorzieningen/2011_06_09_-_nrzv_d_psy_329-3_-_ggz_programma_kinderen.pdf
- Neyens, I., Declercq, A. (2018). [Ontwikkeling van een BelRAI Screener instrument voor kinderen](#). Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Neyens, I., Mestdagh, A., Carrette, V., Hermans, K., Van Audenhove, Ch. (2016). [De Vlaamse CliëntZorgMonitor](#). Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

- Noppe, K. (2017). *Overcrissen en urgenties of nog spoedeisende psychiatrie binnen de huisartsengeneeskunde*. IWC-Congres Domus Medica 2017. Geraadpleegd via <https://domusmedica.be/sites/default/files/urgenties%20in%20de%20psychiatrie.pdf>
- Ogundeji, Y. K., Bland, J. M., Sheldon, T. A., (2016). The effectiveness of payment for performance in health care: A meta-analysis and exploration of variation in outcomes. *Health Policy*, 120, 1141-1150.
- Oude Avenhuis, I. O., Tijdhof, A., Damn. (2010). Verpleging in de eigen omgeving Een onderzoek naar de samenstelling en omvang van deze doelgroep.
- Overzicht van de conventies onder de Vlaamse overheid ressorterend: psychosociale revalidatie en verslavingszorg (2016) <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Revalidatie%20overzicht%20van%20de%20sector.pdf> (ppt Michel Legrond FOD)
- Palliatieve Zorg Oost-Vlaanderen (2015). Urgenties in de palliatieve thuiszorg. [Urgenties in de Palliatieve Thuiszorg](#)
- Pearlin, L., Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior* 19, 2-21.
- Quintelier, J. (2018). *Wat is een crisis en welke rol neemt crisishulpverlening op?* Geraadpleegd via http://socialeplattegrondovl.be/2018/1crisis_Janne_Quintelier.pdf
- Quentin W., Partanen V-M., Brownwood I., Klazinga N., (2019). Pay for Quality: using financial incentives to improve quality of care. in *Improving healthcare quality in Europe* (eds. Busse Reinhard, Klazinga Niek, Panteli Dimitra, Quentin Wilm), WHO and OECD, 2019.
- Rekenhof. (2013, augustus). Gebruikersbijdragen in de welzijnssector. Verslag van het Rekenhof aan het Vlaams Parlement Brussel.
- Remler, D. K., Greene, J. (2009). Cost-sharing: a blunt instrument. *Annual review of public health*, 30, 293-311.
- Reuben, D. B., & Siu, A. L. (1990). An objective measure of physical function of elderly outpatients. The Physical Performance Test. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(10), 1105-1112. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1990.tb01373>.
- Roets, G., Vandekinderen, C., De Stercke, N. (2018, 18 december). 'Het mensbeeld achter vermaatschappelijking is fictie' Terreinwerkers zijn kritisch voor beleid. Geraadpleegd via <https://sociaal.net/achtergrond/het-mensbeeld-achter-vermaatschappelijking-is-fictie/>
- SAR WGG (2012). *Visienota Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen*.
- Shaw C., Groene O., Berger E. (2019). External institutional strategies: accreditation, certification, supervision. in *Improving healthcare quality in Europe* (eds. Busse Reinhard, Klazinga Niek, Panteli Dimitra, Quentin Wilm), WHO and OECD, 2019.
- Steyaert, S., Boeckx, T., Vuegen, H., Longin, S., Fredrix, K., & Taelman, B. (2020) Business doelstellingen Digitaal zorg- en ondersteuningsplatform. Voorstel aan de stuurgroep DZOP – januari 2020.
- Sutherland, J. M., Repin, N., & Crump, R. T. (2014). *The Alberta health services patient/care-based funding model for long term care: a review and analysis*. Centre for Health Services and Research Policy, University of British Columbia.

- Terris, D., Aron D.(2009). Attribution and causality in health-care performance measurement. In Smith, P., Mossialos, E., Papanicolas, I., & Leatherman, S. (Eds.), *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*. Cambridge: Cambridge University Press: 311-338.
- Turner-Stokes, L., Sutch, S., Dredge, R., Eagar, K. (2012). International casemix and funding models: lessons for rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 26(3), 195-208.
- Van Der Heyden M., Van Mechelen N. (2017), *De strijd tegen non-take up: de ontwikkeling van TAKE_ISSOC*, TAKE Research Report Nr. 1/2017, Antwerp: Herman Deleeck Centre for Social Policy – University of Antwerp, 46p.
- Van der Linden, B. A., Spreeuwenberg, C., & Schrijvers, A. J. (2001). Integration of care in The Netherlands: the development of transmural care since 1994. *Health policy*, 55(2), 111-120.
- Van Doren, S. & Declercq, A. (2018, 22 oktober). De sociale context van zorgvragers: De ontwikkeling van een sociaal supplement bij de BelRAI instrumenten in de verschillende sectoren [PowerPoint].
- Van Doren, S., Hermans, K., Declercq, A. (2021a). Towards a standardized approach of assessing social context of persons receiving home care in Flanders, Belgium: the development and test of a social supplement to the interRAI instruments. *BMC Health Services Research*, 21 (1), Art.No. ARTN 487.
- Van Doren, S., De Coninck, D., Hermans, K., Declercq, A. (2021b). Examining Care Assessment Scores of Community-Dwelling Adults in Flanders, Belgium: The Role of Socio-Psychological and Assessor-Related Factors. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 18 (11845).
- Van Doren, S. Declercq, A. (2022 – in press). *Ontwikkeling van een Sociaal Supplement voor de BelRAI Screener en het BelRAI Home Care instrument*. Leuven: SWVG.
- Van Eenoo, L., De Cuyper, K., Declercq, A., Van Audenhove, Ch. (2017). [Exploratieve studie naar de toepasbaarheid van de interRAI GGZ-instrumenten in de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving in Vlaanderen](#). Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- Van Horebeek, H., De Cuyper, K., Daems, A., Hermans, K., Dejonghe, C., Declercq, A., Van Audenhove, C. (2021). [BelRAI in de geestelijke gezondheidszorg: Gebruiksmogelijkheden en randvoorwaarden voor implementatie](#). Report No. 2021/03 R49, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Van Horebeek, H., De Cuyper, K., Declercq, A., & Van Audenhove, Ch. (2022). [De ontwikkeling van een modulair systeem voor BelRAI in de geestelijke gezondheidszorg](#). Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- Van Horebeek, H., De Cuyper, K., Hermans, K., Declercq, A., Van Audenhove, C. (2020a). A participatory trajectory to prepare the evaluation of the BelRAI (Community) Mental Health instruments in 61 Flemish mental health care settings.
- Van Horebeek, H., Habets, P., De Cuyper, K., Hermans, K., Schouten, B., Van Eenoo, L., Declercq, A., Van Audenhove, C., Jeandarme, I. (2020b). [Exploratieve studie naar de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in de Vlaamse forensische geestelijke gezondheidszorg](#). Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Van Hootegem, H., De Boe, F. (2017, december), [Waarom mensen in armoede hun rechten niet kunnen realiseren](#). In: Samenleving en politiek, nr. 10, p. 55-62.

- Van Regenmortel, J., Declercq, A., Van de Velde, D. (2018). [BelRAI Revalidatie: Evaluatie van interRAI-instrumenten revalidatie voor toepassing in de revalidatie in Vlaanderen](#). Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- Van Regenmortel, J., Declercq, A., Van de Velde, D. (2020). [Exploratieve studie naar de toepasbaarheid van het BelRAI Revalidatie instrument in de fysieke revalidatie in Vlaanderen](#). Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Vanderleyden, L., Moons, D., (2016). Informele zorg in Vlaanderen opnieuw onderzocht. Studiedienst van de Vlaamse Regering.
- Vandeurzen (2018, 18 december) *Vermaatschappelijking is een werkwoord*, Geraadpleegd via <https://sociaal.net/opinie/vermaatschappelijking-is-een-werkwoord/>
- Vandeurzen, J. (2019). *Conceptnota Betreft: De Vlaamse revalidatie: op weg naar een gestroomlijnd, geïntegreerd Vlaams revalidatiebeleid*. Geraadpleegd op 8 april 2020 via <https://www.vlaanderen.be/publicaties/de-vlaamse-revalidatie-op-weg-naar-een-gestroomlijnd-geintegreerd-vlaams-revalidatiebeleid-conceptnota>
- Vandeurzen, J. (2016). Conceptnota Vlaamse Sociale Bescherming.
- Vandeurzen, J. (2018, 18 december). Minister pareert kritiek: 'Vermaatschappelijking is een werkwoord'. Geraadpleegd via <https://sociaal.net/opinie/vermaatschappelijking-is-een-werkwoord/>
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Keith, K. D., Stancliffe, R. J. (2005). Quality of life and its measurement: Important principles and guidelines. *Journal of intellectual disability research*, 49(10), 707-717.
- Verkooijen, L. (2006). *Ondersteuning eigen regievoering en vraaggestuurde zorg* (Doctoral dissertation, University of Humanistic Studies).
- Vermeire, T. (2019). De digitalisering van de eerste lijn: BelRAI en DZOP - Agentschap Zorg en Gezondheid. Geraadpleegd via https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/VIP-BelRAI_infossessies-november_business_v191122.pdf
- Vlaamse Regering (2019). Regeerakkoord van de Vlaamse Regering 2019-2024.
- Vlaams Mantelzorgplan 2016-2020. [Nabije zorg in een warm Vlaanderen. Vlaams Mantelzorgplan 2016–2020 | Vlaanderen.be](#)
- Vladeck, B. C., & Kramer, P. S. (1988). Case mix measures: DRGs and alternatives. *Annual Review of Public Health*, 9(1), 333-359.
- VRIND 2016, Vlaamse Regionale indicatoren, Studiedienst van de Vlaamse regering.
- Vrijhoef, H, Steuten, L. (2005). Innovatieve zorgconcepten op een rij: disease management. *Tijdschrift voor geneeskunde*. 83:305-8.
- Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health promotion international*, 6(3), 217-228.
- WHO (2015). *WHO global strategy on people-centered and integrated health services: Interim report*. Geraadpleegd van WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf
- Whoqol Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409.

Woonzorgdecreet van 15 februari 2019. (2019, 19 mei). Geraadpleegd op 21 augustus 2019 van http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2019021521&table_name=wet

Ziekteverzekeringwet (1994) Gecoördineerde wet. [De gecoördineerde wet van 14 juli 1994 - RIZIV \(fgov.be\)](#)

Zimmerman, D. R. (2003). Improving nursing home quality of care through outcomes data: the MDS quality indicators. *International journal of geriatric psychiatry*, 18(3), 250-257.

Zweifel, P., Manning, W. G. (2000). Moral hazard and consumer incentives in health care. In *Handbook of health economics* (Vol. 1, pp. 409-459). Elsevier

Bijlagen

Verslagen werkgroepen

Verslag

Titel: Werkgroep persoonsvolgende financiering woonzorgcentra

Datum, uur: 10-09-2019, 9u30 – 12u30

Plaats: Ellipsgebouw Brussel

1 Zorgvormen binnen de residentiële woonzorg

1.1 Aanklampende zorg

1.1.1 Aanklampende zorg binnen de residentiële woonzorg

- In WZC zal er bij weigering van zorg eerder een doorverwijzing voorzien worden, of CGG komt langs. Het verplichtende karakter van zorg ligt moeilijk in WZC, ook al hebben ze voortdurende zorg nodig, omdat het een thuisvervangend milieu is. Als de persoon in kwestie geen opname in een WZC wil, dan komt die er niet. Maar het zijn vaak schrijnende situaties. Terwijl de nood aan bijvoorbeeld dagopvang toch echt nodig is. Zorgweigering heeft in extreme gevallen zelfs al geleid tot een euthanasie-vraag. Naar een WZC gaan is voor veel mensen geen vrije keuze.
- We doen er alles aan om de zorg aan te bieden, ook al wordt er geweigerd door de gebruiker.
- De sociale context zit er bij weigering van zorg vaak voor iets tussen. Bijvoorbeeld, er is niemand meer die voor hen zorgt, ze voelen zich erg vereenzaamd, “niemand zorgt meer voor ons”. Die mensen ondergaan een vorm van psychisch lijden. Daarom dat de interventie van psychologen, sociaal werkers dan zo belangrijk is. Als die mensen in de thuissituatie blijven, kan het vaak tot gevaarlijke situaties leiden. Als de persoon dan toch niet wordt opgenomen in een WZC wordt er via thuiszorg bijvoorbeeld contact gehouden met de gebruiker of zijn context, zodat later de opname toch nog kan gebeuren.
- Laatste jaren meer verplichte opname. Komt de laatste jaren regelmatig voor. Via bewindvoering wordt dit dan verplicht, of acuut via het ziekenhuis, of via een samenwerking met thuiszorg. Dat gaat altijd via de vrederechter.
- Er is een sterke mate van levensmoeheid bij de bewoners. Het personeel moet manieren vinden om terug vreugde te vinden. Toch moet er ook aanklampende zorg geboden worden.

- Vijf jaar geleden werd nog niet over het begrip aanklampende zorg gesproken. In de WZC waren daar andere begrippen voor. De voorbeelden onder 1.3 worden door zorgverleners van WZC niet onder aanklampende zorg geplaatst. Het is moeilijk om de term bij collega's te laten landen.
- Aanklampende zorg zit in alle zorgfuncties. Als de persoon weigerachtig staat, zijn alle functies aanklampende zorg.

1.1.2 Bedenkingen bij de definitie van aanklampende zorg

- Volgens de ervaring in WZC is een persoon die aanklampende zorg krijgt iemand die voortdurend zorg vraagt (nood aan continue zorg).
- Er wordt in de definitie geen onderscheid gemaakt tussen professionele zorg en informele zorg. Kan aanklampende zorg ook door de informele context geboden worden? De onderzoeker ziet dit als professionele zorg. Dat moet aangevuld worden in de definitie.

1.1.3 Voorbeelden van aanklampende zorg

- Voorbeeld van een verplichte opname: dementerende dame die in één van assistentiewoningen zat + de dochter "at het pensioen van die vrouw op". Alle gelden van de dame gingen naar de dochter. Die mevrouw wilde niet in een rusthuis zijn, maar het is toch gebeurd om de vrouw te beschermen.
- Het MDO vindt dat er nood is aan een opname, maar de man in kwestie vindt dat niet. En dan komt er geen opname in een WZC, en dan wordt er niet opgenomen,
- Man zit thuis met een zoon met enkelband. We constateren de moeilijke situatie via thuiszorg, en zo is de man naar een assistentiewoning gegaan, en dan kwam de overgang naar een WZC. Dat is voor de veiligheid van die gebruiker, om hem te beschermen tegen zijn eigen context.
- Mensen die zich niet willen laten douchen, weigering van maaltijden.
- Als personen op de wachtlijst staat, is er al een bezoek door sociaal assistent, ook al wil de gebruiker het zelf niet.

1.2 Residentiële woonzorg versus residentiële zorg

- Onderscheid residentiële zorg en residentiële woonzorg. Kortverblijf is dan residentiële zorg, alhoewel ze toch in een WZC verblijven. Het onderscheid is artificieel voor deze sector. Niemand snapt dat onderscheid.
- Waarom nemen we niet de termen over van het decreet woonzorg, en blijven we gewoon over kortverblijf e.d. spreken.
- Conclusie met betrekking tot de zorgvormen van WZC: residentiële woonzorg en aanklampende zorg. Aanklampende zorg zit echter in alle zorgvormen. Aanklampende zorg is geen zorgvorm, maar het komt voortdurend voor.
- Bedenking: Aangemelde herstelverblijven, die niet erkend zijn, hebben het karakter van een kortverblijf, maar hebben geen subsidies. De onderzoeker neemt de vraag mee of dit als zorgaanbod ook moet meegenomen worden in het PVF-verhaal. Maar dat zou dan residentiële zorg zijn.

2 Zorgfuncties binnen de residentiële woonzorg

2.1 Aanmelding, screening en intake

- Er vindt zeker nog verwijzing plaats in WZC.
- Er bestaat een onderscheid tussen een aanmelding en effectief een intakegesprek. Een intakegesprek gebeurt pas als de overstap naar het WZC effectief in het verschiet ligt. Maar als het pas voor over 5 jaar is, komt er geen intakegesprek. Bij ander WZC is dat dan weer wel het geval. In sommige regio's wordt ook met een centrale wachtlijst gewerkt.
- Soms melden mensen zich aan bij de verkeerde woonvorm. Maar mensen krijgen dan wel al informatie over het hele traject. Soms gebeurt dan al de intake, en soms niet. Soms wordt dan ook al een MDO gedaan.
- Het opmaken van het levensboek (ipv diagnostiek) moet hier nog bijgevoegd worden als onderdeel van deze functie.

2.2 Indicatiestelling, diagnostiek, evaluatie, observatie, oriëntering, onderzoek, advisering

- Eerst gebeurt de aanmelding bij het welzijnsloket, dan komt de persoon op de wachtlijst, dan wordt dieper bekeken wat precies de problematiek is. Voor diegene die bovenaan de wachtlijst staan, wordt een voortraject opgestart. Dus er bestaat wel een onderscheid tussen screening en indicatiestelling.
- Het WZC/de CRM doet niet de (medische) diagnostiek. De CRM doet geen diagnostiek. Er kan ook een sociale indicator zijn voor opname. Daar doen we wel zelf de indicatiestelling voor.
- We moeten een nieuwe indicatiestelling (via KATZ-schaal) doen bij iedere verandering van zorgvorm. Dit is administratief een belasting. Die indicatiestelling zou mogen vereenvoudigen.
- Het gaat om multidisciplinaire inschatting van de problematiek.
- Via de KATZ schaal is er nu afstraffing voor de goede zorg die er door de zorgverleners wordt gegeven.
- Er valt veel onder deze functie (zie 2.2): indicatiestelling en diagnostiek is voldoende. Alles dat erachter komt, hoort eigenlijk onder functie 1. In WZC wordt steeds het woord indicatiestelling gebruikt. Diagnostiek hoeft er voor de WZC zelfs niet bij. Multidisciplinaire indicatiestelling is vooral belangrijk!

2.3 Verzorging

- Zit gespecialiseerde verpleging daar ook onder? (*Later tijdens de vergadering plaatst de werkgroep het toch onder behandeling.*) Of gaat het vooral om ADL? Maar het psychisch element moet er ook bij in.
- Kan je een onderscheid maken tussen lichamelijke zorg en psychische zorg. Is verzorging enkel lichamelijke zorg? Begeleiding is meer psychische zorg?
- De term verzorging is niet goed. Lichamelijke zorg en ondersteuning, is dat niet een betere benaming? Ondersteuning kan dan gaan over wat ergo en kine moet doen om voor mobiliteit te zorgen. Verzorging gaat dan over zorgen dat die persoon in zijn waardigheid hersteld is, het achteruit gaan vermijden.

- In WZC hebben wij als functies ZORG (lichaam en geest), LEVEN (activiteiten, het welzijn van de persoon, maaltijden, woonondersteuning) en WONEN (geschikte en veilige woonomgeving). Die drie functies zijn eigenlijk gemengd in de voorgestelde functies. Inhoudelijk zijn er veel gelijkenissen tussen wat WZC en PVTs doen. Het is niet omdat wij het anders noemen, dan we iets verschillend doen.
- Er wordt geconcludeerd dat holistische zorg en ondersteuning de beste term is.

2.4 Begeleiding, ondersteuning, psycho-educatie

- Is dit psychosociale reactivatie?
- Dit doen we in WZC sowieso.
- We geven niet enkel ondersteuning, we leren ook nieuwe vaardigheden aan. Zie bijvoorbeeld kleinschalige woonvormen. Maar dat is niet voor alle WZC het geval. We zijn veel meer bezig met ondersteuning, overnemen. Niveau van vaardigheden behouden, veel minder de vaardigheden verbeteren.
- Alles wat onder LEVEN valt, hoort hier bij begeleiding, maar er is te weinig personeel om hiermee bezig te zijn.
- Onderdelen van de definitie van begeleiding:
 - Geldbeheer mogen we niet doen, maar wel uitbetaling van zakgelden. We doen dus een onderdeel van geldbeheer.
 - In WZC zijn zeker ook mensen met een psychische aandoening. Dus psychische aandoening zou ik toch niet schrappen uit de definitie. Er komen nu meer en meer personen met complexere vormen van psychische lijden in WZC. Omdat die personen nog in WZC zouden mogen komen, wordt dan soms de diagnose aangepast. En soms moet er zelfs op eer een verklaring ondertekend worden dat de persoon niet terug wordt overgebracht naar het ziekenhuis/PVT terug. Gelukkig worden er in andere gevallen juist goede afspraken gemaakt met het ziekenhuis of PVT dat de persoon kan terugkeren als de situatie niet meer houdbaar zou zijn in het WZC.
 - Sociale begeleiding: vrij veel afgebouwd in de WZC. Het zijn meer de OCMW's die dat nu doen. Het effectief uitvoeren van de sociale begeleiding is minder in de handen van de WZC. We melden bijvoorbeeld wel dat er nog zorgbudget extra kan aangevraagd worden, maar vaak doen de families dat wel zelf. Maar soms doet het WZC dat dan toch zelf (als de familie het niet doet). Nieuwe identiteitskaart aanvragen doen we ook. Belastingen invullen, verkiezingen komen ook bij de WZC terecht.
 - Huishouden: WZC doen het huishouden. Soms neemt familie over. Maar WZC doen zelf vaak het huishouden. Vervoer, samen gaan winkelen wordt vaak te weinig gedaan omdat er geen personeel voor is.
 - Juridische begeleiding: echtgenote komt in WZC omwille van de scheiding. Voorbeeld: de man heeft niet meer de financiële middelen om de factuur van WZC te betalen. Bewindvoering, vrederechter komt dan aan bod. WZC doet dit. Bij overlijden is er ook steeds een hele procedure: laatste facturen uitbetalen bijvoorbeeld. Het WZC doet dat ook.
 - Begeleiding rond therapietrouw is een belangrijke zorgactiviteit. Maar er moet een onderscheid gemaakt worden tussen wat WZC doen en wat therapie is binnen een PVT of ziekenhuis. Therapietrouw moet hier misschien uitgehaald worden? Therapietrouw is niet enkel rond medicatie. Bijvoorbeeld afspraken rond alcoholgebruik, dat neemt het WZC dan ook mee op. Dat hoort bij structurering.

- We missen al erg lang een psychologische functie. Daarvoor moeten we naar de buitenwereld. We zouden het bij begeleiding kunnen steken. Therapie zelf in sessies valt mogelijk niet onder begeleiding. Ook het aanpakken van conflictsituaties in de woongroep kan onder de psychologische functie vallen.

2.5 Specialistische en methodische behandeling

- Hier is steeds meer nood aan in de WZC: bijvoorbeeld gespecialiseerde verpleegkundigen (diabetes, PVH (praktijkverpleegkundige huisartsenzorg, palliatieve zorg, verpleeg-technische handelingen) om de personen met een zwaar zorgprofiel te ondersteunen. Dit komt ook omdat de ziekenhuiswereld verandert: mensen worden sneller naar huis gestuurd, maar ook naar WZC.
- Kine, ergo, psycholoog, muziektherapeut valt hier ook onder. Deze disciplines moeten onderdeel zijn van het team. Nu staan ze nog los van hete begeleidingsteam, omdat er enkel vertrokken wordt vanuit de normering. Maar deze manier van werken is eigenlijk voorbijgestreefd.
- Ook de diplomavereisten voor bepaalde zorgberoepen binnen woonzorgcentra, die ook gelinkt zijn aan de normering, moeten breder worden voor de WZC.

2.6 Activering, tijdsinvulling, arbeid, bezigheid, vrije tijd, vorming

- Activering mag zeker een aparte functie zijn. Sommige mensen hebben immers individuele begeleiding nodig rond een specifiek aspect van activering. Dat is iets anders dan groepsactiviteiten die georganiseerd worden.
- Het gaat niet enkel om activeren, maar ook om hen te laten goed voelen: het zinvolle van de dagbesteding.
- De component LEVEN zit hier ook onder.
- Een zinvolle dagbesteding hoeft niet actief te zijn, bijvoorbeeld relaxatietherapie. Dit kan nog aangepast worden in de definitie: afgestemd op een zinvolle dagbesteding.
- In het woonzorgleefplan wordt ook over levensdoelen gesproken. Bij het opstellen van het woonzorgleefplan wordt gekeken of er gegaan wordt voor comfortzorg of voor activering bijvoorbeeld.

2.7 Dienstverlening, vorming, preventie, informatie, supervisie

- Gaat dit over de kwaliteitscoördinator? Of de diëtiste die de maaltijden samenstelt? Het gaat om de medewerkers die op voorzieningsniveau werken: die zorgen dat de zorg wordt opgetild voor iedereen in het WZC. Dat gaat dan ook over opleiding geven aan basispersoneel.
- Welke opleidingen voor basiswerkers? over dementie, over cultuursensitiviteit. Kok in de keuken die vorm geeft aan de presentatie van het eten. Die kunnen ook vorming krijgen.
- Voorstel: rechtstreekse zorg vs. niet-rechtstreekse zorg i.p.v. patiënt vs. niet-patiëntgebonden zorg. Voorbeeld: poetsen van een kamer is rechtstreekse zorg.

2.8 Wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, opleiding

- Deze functie gaat over niet-rechtstreekse dienstverlening
- Deze component wordt momenteel niet gefinancierd. Er komen nochtans veel stagiairs. En dan moeten we mentoren opleiden, en daar ruimtes voor voorzien.

- Deelname aan thesisonderzoeken, werkgroepen, expertpanels

2.9 Samenwerking, overleg, uitwisseling

- Deelname aan federaties
- Deelname aan intervisies
- Overleg met huisvestigingsmaatschappij, overleg met lokale overheid om aan buurtwerking te kunnen doen.
- Deelname aan zorgraad.
- Jobs delen: kan een zorgkundige ook nog in een belendende sector werken.
- Thuiszorgoverleg met huisarts, apothekers
- Buurtanalyse voor de buurtwerking, samen met de lokale overheid en alle andere partners.
- Buurtgericht werken kan misschien als een aparte functie toegevoegd worden? Het gaat over: met alle eerstelijnszorg partners en welzijnspartners samen activiteiten aanbieden, opdat de mensen vertrouwen krijgen in WZC, en de thuisactoren ook ondersteunen met de activiteiten en de faciliteiten die het WZC kan aanbieden. Buurtgericht werken is gericht op participatie, emancipatie. Het zit op het niveau van basiswerking, dit is geen netwerking. Dus netwerking versus buurtwerking.

3 Zorglocaties binnen de residentiële woonzorg

- Residentieel, maar intakegesprekken worden ook buiten de WZC gedaan. Maar de meeste zorgfuncties vinden binnen de WZC plaats.
- Verpleegkundige permanentie kan ook van een WZC komen. Wil dit zeggen dat een WZC dan ook een ambulante werking? Het gaat over de crisis- en overbruggingszorg in permanentiewoningen. Assistentiewoningen zijn niet gefinancierd, maar het zit niet in de VSB.
- Centra voor kortverblijf is een onderdeel van het WZC.
- Online ook: aanvragen die binnenkomen van de familie.
- Het is ook de bedoeling dat we uit de muren treden.

4 Soorten zorg binnen VSB: Zorgtrajecten

4.1 Langdurige versus kortdurende zorgtrajecten

- In WZC vind je meestal langdurig zorgtraject, maar soms ook kortdurende zorgtrajecten (verblijf voor kortverblijf). Maar dit hoort bij een andere werkgroep.
- Er vinden ook korte opnames in WZC (kortdurend zorgtraject), maar het is geen erkende zorgvorm, en het is niet de bedoeling dat dat gebeurt.
- Er zijn er die van het ene kortverblijf naar het andere kortverblijf gaan, omdat ze geen plek vinden voor langdurige zorg. Maar die mensen zijn wel op zoek naar langdurig verblijf.

4.2 Urgentie- en crisiszorg

4.2.1 Crisiszorg

- Vaak wordt dan beroep gedaan op de coördinerend en raadgevend arts.
- Er wordt te veel doorverwezen naar het ziekenhuis door gebrek aan (hooggekwalificeerd) personeel. Vb.: sommige WZC laat bewoners sterven in een ziekenhuis. Maar in andere gevallen laten ziekenhuizen na crisiszorg de bewoner ook niet meer terugkeren naar het WZC, ook al zou de palliatieve zorg of revalidatiezorg daar wel kunnen plaatsvinden. Het feit dat het ziekenhuis dan niet duidelijk maakt wanneer de transfer naar het WZC dan toch kan gebeuren, geeft veel onzekerheid voor het personeel in de WZC.
- De definitie is niet duidelijk: wat is een crisis? Elke ziekenhuisopname gebeurt naar aanleiding van een crisis. Maar die term wordt dan niet gebruikt. De definiëring uit het woonszorgdecreet moet opnieuw bekeken worden.
- Schrik dat crisiszorg buiten de PVF gaat vallen, omdat het niet planbaar is. 1,25 op 100 bewoners moet per dag naar een ziekenhuis gebracht worden omwille van een crisis. Maar niet alle personen met een crisis gaan naar een ziekenhuis: ook in de WZC wordt dat aangepakt. Maar ook als de persoon toch naar een ziekenhuis moet gaan, dan zal dit ook werk vragen van het WZC (administratie)
- WZC kunnen heel wat crisiszorg aan, als de personeelsequipe het toelaat. En dit verschilt van WZC tot WZC.
- Crisiszorg moet zeker deel uitmaken van PVF.
- Ziekenhuisopnames worden soms ook gevraagd door de families, niet door het WZC. Voor het WZC is er dan geen crisissituatie.
- Kwaliteit van zorg betekent dat er zoveel mogelijk van de crisiszorg wordt gedaan in de WZC. En enkel indien de competentie niet aanwezig is in het WZC, wordt buiten het WZC gekeken. Dus er is ook onplanbare zorg in de WZC, waar crisiszorg ook deel van uitmaakt.
- Voorbeelden binnen de WZC
 - Iemand zijn huis brandt af, heeft geen opvangcircuit. De gemeente zei dat die persoon in het WZC moet opgenomen worden, omdat daar toch plaats was door een overlijden dat er was geweest. Deze persoon is uiteindelijk in het WZC blijven wonen.
 - Bepaalde infecties die kunnen uitdeinen naar de volledige afdeling. En daarom moet die persoon in quarantaine geplaatst worden.
 - Fixatie bij gevaar op vallen.
 - Het afgelopen jaar hebben we drie personen met een ernstige psychische problematiek gedwongen laten opnemen.

4.2.2 Urgentiezorg

- Reanimatie
- Bij stikkingsgevaar: verpleegkundige maakt dat die erdoor geraakt, en dan gaat de persoon naar het ziekenhuis
- Personen die aan het dwalen zijn, worden soms gedropt in het WZC. Maar deze personen worden dan overgebracht naar een ziekenhuis

Opmerking van de werkgroep bij de zorgtrajecten: overbruggingszorg zit er niet meer in. Waarom? Het is een voorbeeld van kortdurende zorg. Het kan daaronder geplaatst worden.

5 Vragen van de onderzoeker aan de werkgroep bij een aantal onderdelen van het woonzorgdecreet

- Wat is psychosociale, agogische en existentiële ondersteuning?
 - gesprekken bij levensmoeheid, hetgeen veel tijd vergt. Levensmoeheid is gekoppeld aan eenzaamheid, en dit wordt voor een deel “opgelost” door te wonen in een WZC, door alle zinvolle dagactiviteiten die worden aangeboden. Daar moet het personeel veel tijd in investeren.
 - Sense of home: opleiding orthopedagogie die zich richt naar ouderen in WZC. Is een mooie website met mooie voorbeelden.
- Gebruikers activeren: alle personeelsleden moeten daarmee bezig zijn. Dus ook animatie (= woon- en leefbegeleiding).
- 10% van bewoners mag onder de 65 jaar zijn. Er is een sociaal onderzoek nodig. Dat verslag moet het WZC hebben voor inspectie. Voorbeelden van problematieken van personen onder de 65 jaar die in een WZC wonen: Jong-dementie, psychiatrische problematiek, eenzaamheid, MS, ALS, Korsakoff, kinderen van ouderen die in het WZC verblijven en die het syndroom van Down hebben, NAH. De WZC wil op termijn weg van de leeftijdsgrens.
- In de WZC verblijven vooral 85-plussers gedurende de periode van 8 tot 24 maanden.
- Specifieke doelgroepen: ALS, jongdementie, huntington. Dit is een kapstok die men voorziet in het woonzorgdecreet voor als er politiek budget is voor een bepaalde groep.
 - Vb.: coma-patiënt, 21 jaar: dit heeft het WZC geweigerd, omdat het WZC daar niet de gepaste zorg voor heeft. Dat is zeer moeilijk.
- PVT heeft hogere omkadering dan WZC, maar die verwijzen door naar een WZC als de geriatrische zorgzwaarte te groot wordt (fysieke zorgzwaarte wordt dan groter dan de psychische zorgzwaarte). Er zijn niet veel PVTs die gespecialiseerd zijn in 65+. WZC met minder personeel moeten dan de zorg doen voor mensen met een zwaardere problematiek. Dat is zeer vreemd.

Concluderende opmerking waar heel de werkgroep het mee eens was: het WZC bestaat niet meer als een apart iets. Je moet met een heel traject bezig zijn. Je mag geen eiland meer zijn.

Verslag

Titel:	Werkgroep 2 persoonsvolgende financiering: Dagverzorgingscentra, Oriënterend kortverblijf, Kortverblijf type 1
Datum, uur:	12-09-2019, 9u30 - 12u30
Plaats:	Brussel, Herman Teirlinckgebouw

In wat volgt, wordt een overzicht gegeven van de input van de werkgroepleden.

1 Kenmerken van de zorgvormen/ algemene bedenkingen

2 Reacties/vragen op de voorbereidende nota voor deze werkgroep

- Wat wordt er verstaan onder ‘existentiële en psychosociale ondersteuning’ in het document dat meegestuurd werd ter voorbereiding van deze werkgroep: De medewerker zal dit aanvullen op het moment zelf en gaat in op de individuele zorgvraag en -nood, deze zorgvragen kunnen zeer verschillend zijn. Dit is gelinkt aan een persoonlijke invulling in functie van de zorggebruiker. Er is niet vastgelegd wat hieronder valt. Bijvoorbeeld: werken rond existentiële eenzaamheid – kan voor sommigen een vraag zijn, voor sommigen niet. Zorgactiviteiten worden hierop afgestemd.
- ‘Gebruiker activeren en ondersteunen’ wie neemt deze taak op zich? Dit kan gebeuren door paramedici: kiné, ergo, logo, niet limitatief. Onder reactivering hoort een bredere waaier aan beroepen bij dan enkel de paramedische beroepen.
- ‘Continuïteit waarborgen’ onder wel zorgfunctie plaatsen jullie dit? Dit hoort bij de zorgfunctie ondersteuning en coördineren.
- Acute situaties zijn niet limitatief beschreven, waardoor administratieve regelingen niet per sé gevolgd dienen te worden afhankelijk van de situatie. Bijvoorbeeld: Tijdelijke crisis van persoon met dementie: kan opgevangen worden voor enkele dagen zonder daarvoor alle ‘normale’ stappen te doorlopen.
- Geen beperking qua pathologie in functie van de woonzorgvormen (dus ook jongdementie). Enkel beperking van 10% van de populatie onder de 65 jaar. Dezelfde beperking geldt in oriënterend kortverblijf.
- Doelgroep dagverzorgingscentrum:

- Er zijn dagverzorgingscentra gericht op personen met jongdementie, maar deze zijn zeer beperkt.
- Geen beperking in dagverzorgingscentra. Volgens definitie in artikel 1 van de bijlage 7 centrum voor dagverzorging stambesluit juni 2019 staat er niet langer dat de gebruiker 65 jaar moet zijn.
- Nakijken op basis van welke decreten en (stam-)besluiten activeren, ondersteunen en revalidatie in kortverblijf is opgenomen? cfr. personeelsnorm kortverblijf (VSB Besluit)

3 Zorgvormen

3.1 Definitie zorgvorm

- Geen opmerkingen m.b.t. de gegeven definitie van zorgvorm.

3.2 Zorgvorm per zorgaanbod

Kortverblijf type 1

- Men vraagt zich af of het onderscheid tussen residentiële zorg en residentiële woonzorg interessant is. Een werkgroep lid hecht belang in de nuance van het onderscheid. Bijvoorbeeld erkende centra voor herstelverblijf: dit is geen residentiële woonzorgvorm. Een kortverblijf type 1 hebben ook andere doelstellingen dan residentiële woonzorgvorm. Centra voor Kortverblijf omvatten korte opnames en het accent ligt hierbij meer op zorg dan op wonen. Het is thuisvervangend en geen permanent verblijf. Wonen is belangrijk, maar het accent ligt hier niet op. Kortverblijf type 1 behoort tot wonen én leven en zou dus eerder richting residentiële zorg gaan. Voor een ander lid van de werkgroep is dit minder eenduidig. Opname in een crisismoment kan voor drie maanden de permanente woonzorgplaats worden, waardoor dit onderscheid minder duidelijk wordt. Bovendien stijgt het zorgprofiel van het aantal mensen die in deze zorg verblijven. Tegelijk is er ook het profiel van kortdurende verblijvers. Ook een ander lid van de werkgroep ziet geen onderscheid tussen beide. Het wonen is voor beiden even belangrijk omdat ze participeren in dezelfde activiteiten.

Een werkgroep lid geeft hierbij aan dat er een andere zorgvraag gelegen is tussen de beide groepen. Namelijk: waar moet ik naartoe en wat is het beste antwoord op mijn zorgvraag? Een andere oriëntering naargelang de vraag. Bv: geplande opname in het kader van vakantie mantelzorger (respijtzorg). Ze hebben wel dezelfde activiteiten, maar weten dat ze binnen korte tijd terugkeren naar de thuissituatie. Het verschil in de zorgvraag dient het onderscheid aan te geven volgens dit lid.

Een werkgroep lid reageert hierop dat kamers voor kortverblijf zich bevinden in het WZC zelf. Soms zijn ze ook apart gelegen in een aparte afdeling of gang, maar de kamers kunnen dus ook gelegen zijn tussen de kamers op een afdeling binnen het woonzorgcentrum. De basisfinanciering voor een woongelegenheden kortverblijf is dezelfde als deze voor een woonzorgcentrum, met bijkomend een financiering voor reactivatiepersoneel. Aangezien ze in dezelfde voorziening gelegen zijn, is er volgens dit lid geen opsplitsing nodig. Ze zijn gelegen in dezelfde residentie. Financiering WZC en Kortverblijf zijn dus gelegen op dezelfde lijn.

Een ander werkgroep lid geeft hierbij mee dat we moeten oppassen dat het systeem niet complexer mag worden door een onderscheid tussen de verschillende vormen te maken. Als beiden systemen nu op elkaar geënt zijn, maken we het dus misschien complexer dan voordien door hier aparte financiering aan te koppelen.

Oriënterend kortverblijf

- Alle zaken die beschreven zijn bij kortverblijf type 1 zijn ook van toepassing voor een oriënterend kortverblijf volgens een aantal leden van de werkgroep. In de werkgroep wordt aangehaald dat er de dag van vandaag een duidelijk verschil is tussen het theoretisch decreet en het model in de praktijk. Er wordt van deze zaken binnen een kortverblijf type 1 al veel toegepast in de praktijk waardoor dit al van toepassing is binnen oriënterend kortverblijf. Het is belangrijk niet te fixeren op het theoretisch model van het oriënterend kortverblijf. Ook in een kortverblijf type 1 zitten in de praktijk alle functies vervat.
- Het verschil met oriënterend kortverblijf is dat er meer nadruk op het oriënterende gedeelte ligt. Zorggebruikers oriënteren naar de juiste zorgvorm. Hierbij is er meer focus op de zorgfunctie begeleiding. Het belang van begeleiding komt hier meer op de voorgrond, maar de zorgfuncties zijn allen wel aanwezig, ook deze in een Kortverblijf type 1. Kortverblijf type 1 heeft, in de meeste gevallen, niet na te denken over oriëntering. Terwijl in een oriënterend kortverblijf is de instroom en uitstroom (outcome) verschillend. Deze uitstroom begeleiden en coördineren zal intensiever zijn in oriënterend kortverblijf – in het theoretisch model. De coördinatie-opdracht binnen een oriënterend kortverblijf dient meer benoemd te worden in de zorgfunctie begeleiding.
- Een werkgroep lid geeft aan dat het oriënterend kortverblijf wel een andere duiding heeft en verschilt met kortverblijf type 1 zowel qua zorgvraag als termijn. Kortverblijf type 1 omvat een welbepaalde termijn. Het oriënterend kortverblijf daarentegen heeft deze duidelijke zorgvraag en termijn niet, juist omdat het oriënterend is. Hier is er dus wel een duidelijk onderscheid. Een ander lid geeft aan dat beide wel met elkaar gelinkt zijn. In een oriënterend kortverblijf worden bijkomende VTE's ingezet om de oriëntatie te doen, maar dit is eigenlijk een bijkomende opdracht bovenop de basisopdracht van het 'normale' kortverblijf, kortverblijf type 1. Het lid vindt dus eigenlijk dat er geen onderscheid is tussen kortverblijf type 1 en een oriënterend kortverblijf – en dus ook geen onderscheid nodig tussen residentiële zorg en woonzorg. Hierbij wordt opgemerkt door een andere lid dat het inderdaad een bestaande erkenning op een bijzondere erkenning is, maar vraagt zich af of we dit dan wel allemaal zo moeten behouden in de toekomst? Stel dat we stranden in het verschil, moeten we het daarom misschien juist wél uit elkaar splitsen. Hierbij reageert een lid dat we dan gaan naar opdrachten en functies in plaats van huidige voorzieningen met duidelijke programma's. Dit is een ander model. Hierbij heeft een ander lid mee dat vertrekkend vanuit de visie van persoonsvolgende financiering het ook mogelijk zou moeten zijn dat een bewoner instapt in een zorgmodel, maar zich wel kan bewegen tussen de verschillende woonzorgvormen. Hierbij staat de bewoner en zijn zorgvraag centraal. Momenteel is het gecatalogiseerd en moet de bewoner zich inpassen in de verschillende vormen. Dezelfde vraag kwam naar voren in de werkgroep tussen personen met een handicap en ouderenzorg. We zouden de bereidheid moeten afoetsen om dergelijke vragen bespreekbaar te maken.

Dagverzorgingscentrum

- Een dagverzorgingscentrum wordt door sommige leden van de werkgroep gezien als semi-residentieel zorg. Ambulant wordt gezien als een korte periode en geen ganse dag. Een lid van de werkgroep definieert een dagverzorgingscentrum als ambulant. Bij semi-residentieel denkt hij/zij bijvoorbeeld aan Beschut Wonen. Overdag werken, 's avonds link beschut wonen. De term (semi-) residentieel wordt door deze leden van de werkgroep gelinkt aan 'Ik kan er blijven slapen'. Een ander voorbeeld dat wordt aangehaald is werken op een zorgboerderij. Terwijl in een dagverzorgingscentrum de situatie omgekeerd is, en vandaar dat hij/zij dit ambulant noemt. Er wordt aangehaald dat beiden termen gebruikt kunnen worden om een dagverzorgingscentrum te benoemen in functie van de definitie. De omschrijving is in de nota onduidelijke. Tot slot wordt er opgemerkt dat het decreet dagverzorgingscentra omschrijft als semi-residentieel.

3.3 Zorgfuncties

- Definitie zorgfunctie
 - Geen opmerkingen bij de definiëring.
- Definitie zorgactiviteit
 - Geen opmerkingen bij de definiëring.

3.4 Aanmelding, screening, intake

Kortverblijf type 1, Oriënterend kortverblijf

- Aanmelding is zeker aanwezig en belangrijk. Dit geeft duiding van de behoeften in een oriënterend gesprek. Mogelijke doorverwijzing gebeurt voor kortverblijf type 1 naar oriënterend kortverblijf door maatschappelijke dienst. Meer doorgedreven observatie zou moeten kunnen in een oriënterend kortverblijf. Deze doorgedreven observatie dient ook multidisciplinair te zijn. Maar aangezien oriënterend kortverblijf nog geen implementatie kent is dit echter moeilijk te duiden.
- Een ander lid geeft aan dat bij ieder kortverblijf je nagaat wat er komt na het kortverblijf en dit geldt voor alle personen die in kortverblijf type 1 zijn opgenomen, bijvoorbeeld nadien gezinshulp of residentiële woonzorgvorm. Dit wordt dus overall toegepast vanaf het moment van de aanmelding. Stel dat het kortverblijf type 1 niet doorgaat – wat zeldzaam is – dan is er tenminste een oriëntering gebeurd. De opsplitsing tussen oriënterend kortverblijf en kortverblijf type 1 is dus overbodig. Een multidisciplinaire aanpak gebeurt ook in kortverblijf type 1. Twee andere leden sluiten hierbij aan dat de indicatiestelling inderdaad multidisciplinair gebeurt. Ze zien de bijkomende meerwaarde van een oriënterend kortverblijf niet. De reactie hierop van een andere lid is dat het oriënterend kortverblijf het klassieke model meer uitdaagt met bijkomende specialisaties zoals de psycholoog zodat er nog intensiever samengewerkt kan worden met de eerste lijn om naar andere woonzorgvormen toe te leiden. De meerwaarde zit dus in de bijkomende intensieve observatie die kan leiden tot alternatieven. Er ontstaan tussenvormen tussen het thuis wonen en de residentiële woonzorgvorm.

Hierop reageert een ander lid dat het oriënterend kortverblijf de situatie op de werkvloer achternaakt. Voor een heel stuk van de opnames in kortverblijf gebeurt dit echter al. Dus oriënterend kortverblijf bestaat eigenlijk al, en er zal dus een mengeling plaatsvinden door deze ‘nieuwe’ implementatie (die dus eigenlijk niet nieuw is). Heel veel van de huidige kortverblijf type 1 opnames gebeuren dus volgens principes van het oriënterend kortverblijf. Hierbij stelt men zich de vraag of dit onderscheid gemaakt moet worden en waarom deze financiële middelen enkel aangewend worden in een oriënterend kortverblijf als ze ook plaatsvinden binnen kortverblijf type 1. Centra zouden zelf gebruik moeten kunnen maken van financiële middelen om de medewerkers aan te werven die ze nodig hebben, zoals psychologen. Dienstverlening van een oriënterend kortverblijf zou eigenlijk moeten aangeboden kunnen worden aan elke cliënt (vanwege de meerwaarde). De huidige functie kortverblijf type 1 moet eigenlijk geüpgraded worden in plaats van onderscheiden te moeten maken. De vraag is immers eigenlijk: wat hebben we nodig voor goede zorg?

- Samengevat: Geen onderscheid tussen residentiële zorg- en woonzorg, tenzij op basis van de zorgvraag (zie verder). Als er geen onderscheid is – en bovendien kortverblijf type 1 dezelfde principes toepast als oriënterend kortverblijf – zouden er financiële middelen toegekend moeten worden aan

kortverblijf type 1, zodat deze zelf de zorgvraag passend kunnen beantwoorden. Moest er echter wel een onderscheid gedefinieerd worden dan op basis van zorgvraag. Er wordt aangegeven dat kortverblijvers (type 1) inplannen moeilijk is, ze dienen geluk te hebben dat er iemand anders definitief geplaatst wordt. Daarom zou hiervoor een onderscheid maken eigenlijk nuttiger zijn. De zorgvraag is anders tussen cliënten van een oriënterend kortverblijf en een kortverblijf type 1. Het omvat een andere situatie met een andere zorgvraag voor kortverblijvers. Maak hierin dan het verschil voor oriënterend kortverblijf en kortverblijf type 1. Oriëntering moet kunnen gebeuren op basis van de zorgvraag en de indicatiestelling. Een opsplitsing mag niet haaks op elkaar staan en het complexer maken. Oriëntering moet flexibel kunnen gebeuren en mensen moeten kunnen inspringen in de woonzorgvorm die aangewezen is en daartussen vrij kunnen bewegen.

Dagverzorgingscentrum

- Aanmelding gebeurt eveneens net als indicatiestelling (maar niet specifieke link met diagnostiek) maar wel bekijken wat de hulpvraag is en dit afbakening samen met de indicatiestelling. Dagverzorging is op dat moment al echter het antwoord op de zorgvraag, maar niet meer de vraag 'wat komt ge hier doen?'. De problematiek is hier al afgebakend, maar de daginvulling is dan een verder invulling van deze problematiek.

3.5 Indicatiestelling, diagnostiek, evaluatie, observatie, oriëntering, onderzoek, advisering

Kortverblijf type 1

- We zijn niet bevoegd voor diagnostiek.
- Indicatiestelling vloeit voort uit uw aanmelding en screening. Distillatie vindt plaats en kan 'diagnose' genoemd worden om te komen tot een evaluatie. Is eigenlijk één geheel met de aanmelding en verdient geen onderscheid.

Dagverzorgingscentrum

- Zie functie aanmelding.

3.6 Verzorging

Kortverblijf type 1, oriënterend kortverblijf

- Verzorging gaat ruimer dan verpleegkundige zorgen. Item revalidatie (noden, behoeften...) verderzetten in de nieuwe setting tot continuïteit behoort er ook toe naast een zinvolle dagbesteding. Bevat zowel kiné, paramedische, zorgkundige elementen.
- Paramedische zorg en ondersteuning hoort eigenlijk meer thuis bij behandeling, omdat er afhankelijk van de zorgvraag intensief of intensiever op wordt ingegaan. Handelingen van paramedici (kine, ergo, logo) horen hiertoe. Sommige van deze paramedici zitten meer op begeleiding dan op handeling, maar dit hangt af van de zorgvraag. Een verpleegkundige kan verschillende elementen ingezet worden, maar een animator zal zich minder richten op verzorging (afhankelijk van de 'officiële' zorgfuncties).
- Voornamelijk verpleegkundige- en zorgkundige functies behoren tot verzorging, maar 'zorg' gaat breder dan dit en is zodoende meer dan enkel verzorging.

Dagverzorgingscentrum

- Verzorging gebeurt in dagverzorgingscentra meestal door de gebruiker zelf of een zorgprofessional thuis. Eventueel verbeteren of stabiliseren – soms overnemen. Bv. In bad gaan in dagverzorgingscentra in plaats van door de thuisverpleging (of blijft hetzelfde). Afhankelijk van de persoon en problematiek kan je hierop inspelen. Soms hoeft er dus geen rekening gehouden met het onderdeel verzorging in dagverzorgingscentra. In samenspraak met mantelzorg kunnen wel principes van ADL aangeleerd worden (zonder dit effectief te doen), om structuur aan te geven en de persoon langer in de thuisomgeving te houden. Bv. Welke stappen nodig om te wassen? Dit aanleren en zorgen dat de persoon deze functie kan blijven onderhouden. Functies uit de thuiszorg worden dus niet altijd overgenomen. In dagverzorgingscentra worden mantelzorgers structureel ontlast en ligt de nadruk dus op sociale activiteiten en veel minder op zorg en het overnemen van zorg. Wanneer de frequentie verhoogt, bv. In kortverblijf, dan kan het zijn dat de zorg veel meer wordt overgenomen.
- Er wordt opgemerkt dat er vooral zware zorgbehoeftige zorggebruiker in een dagverzorgingscentra aanwezig zijn, afhankelijk van de aangeboden diensten in de streek. Zeer regionaal divers en afhankelijk van de omkadering; wat er in de thuissituatie nog allemaal geregeld kan worden. Daarnaast is er ook diversiteit in de zorgvraag-en de zorgnood, bijvoorbeeld: gebruikers met dementie, gebruikers met psychogeriatrische profiel,..

3.7 Begeleiding, ondersteuning, psycho-educatie

Kortverblijf type 1, oriënterend kortverblijf

- Inzetten op autonomie en zelfredzaamheid zit hier sowieso onder. Het ondersteunen van vaardigheden in samenspraak met de bewoner voornamelijk (bijstaan/uitleg geven/...). Omvat wel niet het budgettaire of het aanleren van vaardigheden.
- Dingen aanleren zou in de toekomst wel kunnen komen als bijvoorbeeld apps doorbreken die vaardigheden zouden kunnen aanleren. Momenteel nog niet van toepassing, maar zou kunnen ontstaan. Een werkgroep lid wil hierbij expliciet nog beklemtonen dat aanleren er zeker moet bijstaan. Ik vind dit essentieel. Mensen kunnen altijd blijven leren en (aan)leren.
- Soms ligt de focus meer op ondersteuning van de mantelzorg, dan van de gebruiker zelf. Begeleiding van de mantelzorger is in kortverblijf vaak van noodzakelijk. Begeleiding en ondersteuning van de context moet hierin ook meegenomen worden. Dit zit meer in het sociaal leven concept, maar kan ook in het woord ondersteuning zitten. Begeleiding omvat ook ingaan op vragen en hierin te helpen. Bijvoorbeeld: helpen Skypen te installeren. Dit is een vaak toegepast voorbeeld van het sociaal-emotionele en het ondersteunen van de vaardigheden hiervan.
- Aandacht hebben voor recreatie en leefklimaat is ook van belang. Hierbij dient ook de link gemaakt en behouden te worden met thuis en de buurt in zijn geheel. Zorggebruikers gaan immer terug naar huis zowel oriënterend kortverblijf als kortverblijf type 1. We moeten blijven investeren in het netwerk en de context van de zorggebruiker (bijvoorbeeld bezoek).
- De administratieve elementen die in de definitie staan zijn ook aanwezig. Enkel het budgettaire niet. Een lid van de werkgroep is het hier niet mee eens en geeft aan dat er ook een oogje in het zeil gehouden moeten worden, bijvoorbeeld kosten van pedicure, kapper... om ervoor te zorgen dat de bewoner dit 'zakgeld' blijft bewaren. Omvat dus ook een budgettaire invulling om dit in het oog te houden. Is een aandachtspunt van de bewoner. Dit dient besproken te worden in het woon- en leefplan. Misschien wel beter inbegrepen, gelinkt aan het onderdeel 'Huishouden'.
- Het stimuleren van autonomie en zelfredzaamheid is ook belangrijk. Dit kan bevorderd worden door zinvolle dagbesteding te voorzien. Keuzemogelijkheden aanbieden is een belangrijk aspect voor de

zorggebruiker en uitzoeken wat dit kan betekenen, is ook belangrijk voor ondersteuning en begeleiding. Dit zit is zowel in een kortverblijf type 1 als een oriënterend kortverblijf.

- Aandacht hebben voor therapietrouw is zeker aanwezig. De werkgroep vraagt zich af of het innemen van medicatie bij verzorging of begeleiding en ondersteuning past? Men ziet dit eerder onder begeleiding. Je gaat de opname niet afdwingen. Ook een half uur op de hometrainer of naar de kiné gaan kan gezien worden als aandacht hebben voor therapietrouw. Een lid geeft aan dat dit los staat van zorg.
- Verzorging dient strikt afgebakend te worden als therapietrouw hieronder dient te vallen (eigenlijk enkel en alleen medicatie, maar dit kan bijvoorbeeld ook in het kader van terugval gebeuren.) De term begeleiding en ondersteuning dekt de lading beter.
- De werkgroep vraagt zich af of technische verpleegkundige handelingen eerder onder behandeling of verzorging vallen? Voor een lid van de werkgroep valt dit onder verpleegtechnische handelingen en is dit geen expliciete behandeling. Een lid geeft aan dat zorgen ook begeleiding en behandeling is. Niet iedereen mag dat doen. Verzorging is gelinkt aan ADL-activiteiten, begeleiding en specialistische behandeling worden sociaal, fysiek en psychisch welzijn aan gelinkt.

Dagverzorgingscentrum

- Meer nadruk op begeleiding en sociale activiteiten in dagverzorgingscentra.

3.8 Specialistische en methodische behandeling

Kortverblijf type 1

- Kiné, logo en verpleegtechnische handelingen vallen hieronder dit zijn geen verzorgende taken. Ook de psycholoog hoort hieronder bij wekelijkse therapie.
- De 'normale zorg' die men thuis al heeft, wordt in kortverblijf verdergezet (vb. Kiné) indien dit aangewezen is. Maar men kan ook doorverwezen worden. Centra voor Kortverblijf werken echter met werken op prestatie (statuut wetgeving ROB, ongeacht samenwerkingsakkoord).
- Een werkgroep lid geeft aan dat 1.4 VTE wel beschikbaar is voor revalidatie-personeel maar een ander lid geeft aan dat deze VTE meer gebruikt wordt voor ondersteunend personeel en geen kiné of logo's. Het andere lid geeft aan dat hier wel van gebruik gemaakt wordt voor reactivatie. Er wordt wel degelijk kiné, ergo voorzien (via personeelsnorm) in kortverblijf.
- Iemand geeft aan dat bij sommige WZC iemand uit gerevalideerd moet zijn, want zien revalidatie niet als hoofddoel. Iemand anders geeft aan dat sommige centra willen de zelfredzaamheid juist willen verhogen door juist wel kinés aan te trekken.
- Iemand stelt zich de vraag of revalidatie vaak voorkomt bij kortverblijf type 1. Er wordt aangegeven dat dit gebeurt bij motivering en ondersteuning door het huispersoneel om bv. Moto-med te gebruiken. Ook bewustwording onder personeel om aandacht te besteden aan mobilisatie van bewoners. Het gaat dan eerder om het behoud van functies en het vermijden van terugval. Is wel behandelend qua functie, maar omvat geen revalidatie.
- Een lid geeft aan dat we niet moeten kijken naar de grootste gemeenschappelijke noemer. Maar denkt dat specialistische en methodologische behandeling wel aanwezig is.

Dagverzorgingscentrum

Een werkgroep lid geeft aan dat dit onderdeel 'Specialistische behandeling' er verschilt van centrum tot centrum qua kiné's, logo's... Voor de meeste zorggebruikers gebeurt in een dagverzorgingscentrum kiné en logo op basis van honoraria volgens RIZIV-nomenclatuur. Tenzij er een F-forfait van het RIZIV is. Dan betaalt deze zorggebruiker niets voor verpleegkundige verstrekkingen, kinesitherapie, logopedie, ergotherapie en het verzorgingsmateriaal'. Dit hangt af van het aantal bijkomende erkenningen (F-forefaits) dat een dagverzorgingscentrum heeft, van het aantal lichte en zwaar zorgbehoevende gebruikers.

3.9 Activering, tijdsinvulling, arbeid, bezigheid, vrije tijd, vorming

Kortverblijf type 1, Oriënterend kortverblijf

- Er wordt aangegeven dat het woord 'georganiseerd' hier niet bij hoeft te staan. Soms hebben zorggebruikers wel een planning, maar men moet kunnen inspelen op aanwezige noden. Bijvoorbeeld: bij hoge temperaturen en voetbad 'kunnen' nemen, niet moeten. Het gaat niet over iets 'moeten' doen of dat doen. 'Planning' is te strak als woord.

Dagverzorgingscentrum

- In dagverzorgingscentra worden mantelzorgers structureel ontlast en ligt de nadruk dus op sociale activiteiten en veel minder op zorg en het overnemen van zorg. Daarin verschilt het van de andere zorgvormen binnen deze werkgroep. Meer nadruk op begeleiding en sociale activiteiten in dagverzorgingscentra.
- Activering, kan ook een onderdeel zijn en dus heel divers spectrum van activiteiten. Bv: helpen met (het aanleren van) koken.

3.10 Dienstverlening, vorming, preventie, informatie, supervisie

Kortverblijf type 1, Oriënterend kortverblijf

- Dienstverlening, vorming en informatie zijn vooral van toepassing.
- Activiteiten als dementie-café behoren hiertoe. Is echter georiënteerd op gebruikers van het WZC en niet enkel Kortverblijf type 1.
- Een werkgroep lid geeft aan dat de zorg die op een afdeling gebeurt naar bewoners ook dienstverlening is. Hierbij wordt opgemerkt dat het bij deze zorgfunctie gaat om niet-patiënt-gebonden activiteiten. Zoals staat in de definiëring. Een ander voorbeeld dat gegeven wordt is een familienamiddag. Dit is ook dienstverlening voor bewoners en familieleden, dus hoort hier ook niet toe want het moet buiten de eigen zorgenheid zijn.
- Voor een lid van de werkgroep valt het bekendmaken van het aanbod hieronder. Iemand anders geeft het voorbeeld van een teamdag.
- De werkgroep leden vinden de definiëring onduidelijk. De huidige definitie omvat maar een deel van het begrip (dienstverlening). Er zou moeten toegevoegd worden dat het 'binnen de eigen zorgvoorziening' is. Ook bewoner of patiëntgebonden activiteiten zijn ook dienstverlening. Voorbeelden die hierbij worden aangehaald zijn: kunst, lokaal schoolbezoek, verkiezingslokaal...
- De termen 'verbetering van condities' in de definitie vindt een werkgroep lid het probleem in de definitie.

Dagverzorgingscentrum

- Een lid van de werkgroep vraagt zich af of vervoer onder (totaal)zorg of dienstverlening valt? Dit lid geeft aan dat dit voor hem/haar eerder onder zorg valt volgens de huidige definitie. Iemand anders geeft aan dat het eerder onder dienstverlening thuishoort. Deze definitie dekt niet de term dienstverlening. Ook bij uitbesteding zou het dienstverlening zijn. Een ander lid geeft aan dat de definiëring van verzorging individu-gebonden aspect aanhaalt. Indien we het bekijken van het individuele aspect dan zou vervoer tot verzorging moeten behoren. Iemand vult hierop aan dat hij/zij vindt dat het bij C-profielen wel gaat om verzorging, want deze personen geraken omwille van hun zorgnood niet bij hen indien deze dienst niet aangeboden wordt. Ook de andere leden kunnen zich hierin vinden.
- Er wordt aangehaald door iemand dat dienstverlening eerder als optionele diensten zoals kapper gezien moet worden. Vervoer wordt beschouwd als een essentieel element en zodoende vallend onder 'verzorging'. Hierop reageert een lid dat als het echter een optie is om het vervoer te nemen – bijvoorbeeld in plaats van het openbaar vervoer – dan beschouw ik het wel als een 'dienst' en dus dienstverlening. Er wordt opgemerkt dat ook wel zware zorgbehoeften in dagverzorgingscentra aanwezig zijn, afhankelijk van aangeboden diensten in de streek. Zeer regionaal divers en afhankelijk van de omkadering; wat er in de thuissituatie nog allemaal geregeld kan worden.

3.11 Wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, opleiding

Kortverblijf type 1, Oriënterend kortverblijf, Dagverzorgingscentrum

- Onderwijs en opleiding komt aan bod: werkplek leren, stage, opleiding...
- Deze zorgfunctie dient volgens een werkgroep lid niet als zorgfunctie opgenomen te worden, ook al wordt dit wel degelijk gedaan, zeker niet de voornaamste zorgfunctie. Deze functie heeft an sich geen link met de gebruiker, en vandaar doet het niet denken aan een zorgfunctie.

3.12 Samenwerking, overleg, uitwisseling en samen inzetten van expertise van (netwerk)partners

- In de definiëring van deze zorgfunctie worden twee niveaus samengenomen. Het niveau van de cliënt en het ander op het niveau van de zorgorganisatie.
- Buurtbewoners laten kennis maken met de werking van het centrum: kan zowel op individueel niveau (dagbesteding) als op organisatieniveau (samenwerking) plaatsvinden.

Kortverblijf type 1, Oriënterend kortverblijf

- Alles qua eerstelijnszorg heeft hiermee te maken. Maar ook sociaal overleg.
- De keuze voor de term is verwonderlijk 'therapeutische relatie' is zo medisch gericht.
- De definitie is onduidelijk er worden drie zaken aangehaald 'in functie van doelgroep, therapeutische relatie of een gemeenschappelijk thema'. Dit zijn andere dingen die samen gezet zijn.
- Voorbeelden van samenwerking en overleg die hieronder vallen: participeren in lokaal sociaal beleidsplan, contacten in de eerstelijns en dergelijke.
- Als ROB heb je geen verplichting om samenwerkingsovereenkomsten te hebben met het palliatief netwerk... maar zijn in de praktijk wel aangewezen. Ook wel de vraag waarom dit niet verplicht is, want het is even interessant – ROB of niet. Dit dient nagekeken te worden aangezien het woonzorgdecreet gewijzigd is. De erkenningsvoorwaarden van een RVT zijn nu ook opgelegd voor ROB, artikel 37 bijlage 11 woonzorgcentrum.

Dagverzorgingscentrum

- Samenwerking gebeurt binnen een dagverzorgingscentrum nog meer aangezien men nog dichter zit bij de thuissituatie van de zorggebruiker en er dus meer uitwisseling en samenwerking plaatsvindt tussen de mantelzorgers, andere zorgprofessionals.
- Dagverzorgingscentra zijn ook zoekende naar informatie over het meest recente medicatieschema,... Dus veel uitwisseling met thuisverpleging, gezinszorg,... Deze coördinatie moet meegenomen worden bij dagverzorgingscentra. De nood aan een digitale dossier is groot.

4 Zorglocatie

Kortverblijf type 1, Oriënterend kortverblijf

- Binnen de eigen zorgenheid/zorgvoorzienig: residentieel

Dagverzorgingscentrum

- Een dagverzorgingscentrum wordt door sommige leden van de werkgroep gezien als semi-residentieel. Ambulant wordt gezien als een korte periode en geen ganse dag. Een lid van de werkgroep definieert een dagverzorgingscentrum als ambulant. Bij semi-residentieel denkt hij/zij aan bijvoorbeeld aan beschut wonen. Overdag werken, 's avonds link beschut wonen. De term (semi-) residentieel wordt door deze leden van de werkgroep gelinkt aan 'Ik kan er blijven slapen'. Andere voorbeeld dat wordt aangehaald is werken op een zorgboerderij. Terwijl in een dagverzorgingscentrum de situatie omgekeerd is, en vandaar dat hij/zij dit ambulant noemt. Er wordt aangehaald dat beiden termen gebruikt kunnen worden om een dagverzorgingscentrum te benoemen in functie van de definitie. De omschrijving is in de nota onduidelijke. Tot slot wordt er opgemerkt dat het decreet dagverzorgingscentra omschrijft als semi-residentieel.

5 Soorten zorg binnen VSB: Zorgtrajecten

5.1 Planbare zorgtrajecten binnen de VSB

Kortverblijf type 1, Oriënterend kortverblijf

- Kortdurende zorgtrajecten. Maximaal 60 opeenvolgend tot 90 dagen per jaar, maar misschien specifieke stipulaties voor Oriënterend kortverblijf. Werkgroep lid geeft aan dat dezelfde termijnen van toepassing zijn als in Kortverblijf type 1 in elk geval.

Dagverzorgingscentrum

- Langdurende zorg. De zorg is planbaar en aanpasbaar. De zorg die gegeven wordt binnen een dagverzorgingscentrum dient niet te wijzigen indien er iets wijzigt in de thuissituatie behalve in crisissituatie, bijvoorbeeld ook mogelijkheid tot nachtopvang in CDV.

5.2 Niet-planbare zorgepisodes

5.2.1 Urgentiezorg

Kortverblijf type 1, oriënterend kortverblijf en dagverzorgingscentrum

- Ambulance bellen; eventueel huisarts contacteren.

- Bij levensbedreigende situaties worden echt externe bronnen aangesproken. Reanimatie gebeurt wel intern.

5.2.2 Crisiszorg

- Definiëring: Acute, niet-geplande zorg is een cruciaal element van deze definitie.
- Een lid van de werkgroep vraagt zich af wat de timing is van crisiszorg, want er staat 'beperkt in de tijd' in de definitie. Omvat dit enkel de eerste 24 uur en is de rest overbruggingszorg? Doet dit iets aan het karakter van de zorg? Hoelang kunnen we dus spreken over crisiszorg? Er wordt geopperd of dit niet beter 48 uur kan worden? Het gaat in elk geval om de vraag of je bijvoorbeeld na een week nog kan spreken over 'crisiszorg'?

Voorbeelden gelinkt aan crisiszorg in een Kortverblijf type 1, oriënterend kortverblijf en dagverzorgingscentrum

- Bijvoorbeeld bij opname of overlijden van de mantelzorger. Dan dient er snel een oplossing gevonden te worden. Er wordt dan gezocht of het dagverzorgingscentrum kan verdergezet worden of dat bijvoorbeeld de intensiteit van het aantal dagen dat iemand komt verhoogd wordt. Ook is het belangrijk om na te gaan of er nood is aan meer vervoer.
- Bij crisissituatie bij de persoon zelf: bv. wegvallen van de mantelzorger – gaat de zorggebruiker naar dagverzorgingscentrum om deze ondersteuning te krijgen. Ook kan er een conflict tussen twee gebruikers of met de mantelzorger zijn waardoor er een crisissituatie zich voordoet. Of op het moment dat het profiel van een gebruiker wijzigt. Bv. persoon met beginnende dementie waarbij deze aandoening evolueert en de zorg dient te wijzigen.

Verslag

Titel: PVF Werkgroep 3: DGAT & Dagopvang
Datum, uur: 16-09-2019, 9u30 – 12u30
Plaats: Zaal Joseph Poelaert 01.18 - Herman Teirlinck gebouw

1 Extra opmerkingen

- In ppt Huis van Vlaams Sociale Bescherming:
 - o Opsomming Zorggebruikers is niet exhaustief.
- Het maximaal betrekken van de sector tijdens deze herzieningen is noodzakelijk. Het uitgangspunt moet zijn dat het beter wordt voor de cliënt! We moeten onszelf continu de vraag stellen of deze dingen een cliënt-gecentreerde aanpak gaan faciliteren.
 - o Er is nood aan specificiteit, met een uniform karakter. De koppeling van (zorg)planning, financiering en het individu kan problematisch worden. (Zorg)planning en de context rond het individu zijn niet zo stabiel als we hopen
- De vraag moet gesteld worden of de verschillende doelstellingen zoals kwaliteit van zorg, kwaliteit van werk, doelstellings- en cliëntgericht werken, geïntegreerd werken etc. wel te verzoenen zijn in een financieringsmodel, en of dit werkelijk 'betere' zorg voor de persoon resulteert

2 Zorgvorm(en)

Binnen 1 zorgvoorziening kunnen meerder zorgvormen bestaan, en 1 persoon kan beroep doen op meerdere zorgvormen tegelijkertijd.

2.1 Algemene opmerkingen over opdeling van zorgvormen

- Er is nood aan gesprek over de combinaties tussen zorgvormen
 - o Zie bijvoorbeeld de regelingen voor personen met een handicap
- Tijdens de gesprekken rond de actualisering van het woonzorgdecreet werd duidelijk dat een zorgvoorziening an sich moet erkend en gefinancierd worden, aangezien geïntegreerd werken hier in niet haalbaar is als erkenning en financiering gebeurt op basis van zorgfuncties

- Definiëring van zorgvormen, etc. is 1^{ste} stap. Uniform begrippenkader is noodzakelijk voor een uniform financieringssysteem. (Zie powerpoint presentatie)
- Afspraken rond erkennen en programmaties zijn pas mogelijk in een tweede stap.
- Alle leden van de werkgroep gaan echter akkoord dat een goede definiëring noodzakelijk om gebruik/misbruik tegen te gaan. Onder andere in het kader van financiering
- Enkelen vinden “zorg” geen goed woord om te omschrijven welke handelingen allemaal gebeuren in een zorgvorm
 - In de definities in de voorbereidende nota staat “Zorg” omschreven als zorg, ondersteuning en behandeling
 - Men geeft dit aan om dat zorgtaken zoals poetsen en helpen bij het wassen niet als enige handelingen mogen erkend worden. Zo zijn de sociale interacties evenzeer een deel van het takenpakket van een zorgverlener in DGAT en dagopvang. Geheel mag niet verloren worden
 - Bv. Samen de krant lezen, knutselen, voorbereiden van de maaltijden
- Ze vragen zich af waarom dit onderscheid relevant is voor financiering. Want 1 persoon kan meerdere zorgvormen ontvangen op 1 voorziening.
 - Er wordt duidelijk gemaakt dat bepaalde functies in een voorziening anders zullen worden vergoed. Bv. Woon-en leefkosten, infrastructuur, vervoer

2.2 Mobiele zorg

- De definities in het woonzorgdecreet worden in conceptueel kader niet overgenomen.
 - Volgens de deelnemers dient het Decreet VSB ingekaderd te worden in Woonzorgdecreet
 - Hier moet men echter ook oog hebben voor die zorgvormen die hier niet in passen.
- Thuiszorg worden niet omschreven, maar dit is volgens de deelnemers geen probleem aangezien de term THUISzorg te beperkt is. DGAT komen meer dan alleen aan huis bij de mensen
 - Volgens de definitie is de huidige thuiszorg mobiele zorg
- Mobiele zorg betekent voor hen dat de zorgverlener zich verplaatst naar de zorggebruikers. Met andere woorden: De zorgverlener verplaatst zich naar de locatie van waar de persoon zich bevindt
 - Dit maakt ook dat de zorg een minder voorspelbaar karakter heeft als het in een thuissituatie plaatsvindt
 - De relatie tussen zorgverlener en zorgvrager is meer dan alleen taken uitvoeren
 - Bv. Contact opnemen met de persoon, vragen verhelderen en eventueel verder gaan met vragen van de persoon

2.2.1 Voorbeelden van mobiele zorg

- Hulpverlener kan aanvullende zorg bieden aan een persoon die in een instelling bevindt of in een thuissituatie
 - Zo kan de hulpverlener de was doen voor iemand in een ziekenhuis, maar ook de was doen bij iemand thuis

- Deze verschillende situaties impliceren ook verschillende handelingen
 - Wanneer de persoon in een ziekenhuis verblijft, dient de was in een wasserette gedaan te worden.
 - Wanneer de persoon in een thuisomgeving woont, kan de was in het wasmachine worden gedaan, en is er mogelijkheid tot verdere ondersteuning.

2.3 Residentiële zorg & Residentiële woonzorg

- Onderscheid tussen de twee is niet meteen duidelijk
 - Voorbeelden van residentiële zorg (Revalidant is voor bepaalde duur en kortdurend in een instelling) en Residentiële woonzorg (Een persoon in beschut wonen zit voor onbepaalde duur en langdurend in een instelling)
 - Voorstel van werkgroep om over “residentiële zorg” te spreken en een onderscheid te maken aan de hand van de duur van het verblijf (langdurend of kortdurend)
 - Wanneer het langdurend is; kunnen we spreken van een vervangende thuissituatie

2.4 Semi-residentiële zorg

- In definitie spreekt men van over verplaatsingen overdag, maar in dagopvangcentra bestaat er ook nachtopvang
 - Dagverzorgingscentra passen hier anders onder

2.5 Aanklampende zorg & Respijtzorg

- Aanklampende zorg kan overal zitten, en eveneens kan er overal sprake zijn van respijtzorg.
 - Bij respijtzorg en aanklampende zorg gaat het over een **doelstelling**. Dit hangt niet vast aan de ‘vormelijkheid’. Volgens de werkgroep gaat het hier eerder over een zorgfunctie dan een zorgvorm
 - Eigenlijk wordt intensiteit van zorg in aanklampende zorg beschreven, maar kan hier in niet gevat worden, het is namelijk een variabel overheen alle zorgvormen.
- Respijtzorg bieden om de mantelzorger te ontlasten is voor de Dagopvang een heel belangrijke doelstelling
- Aanklampende zorg binnen DGAT is een van de werkingsprincipes in het woonzorgdecreet. Hier wordt gespecificeerd dat men de mogelijkheid heeft om aanklampende zorg te bieden. Dit gebeurt echter bijna nooit alleen in gezinszorg, maar eerder binnen een multidisciplinaire samenwerking.
 - Bv. Uitvoeren van therapeutische behandeling van een huisarts of kinésist
- Maar dit kan ook op welzijnsvlak door Bv. bij een dreigende uithuiszetting gaan we inzetten op de preventie hiervan.
- Dit kan gebeuren tijdens de hulpverlening, maar soms ook vooraf bij zorgweigeraars, waar de buurt of het netwerk aan de alarmbel trekken

3 Zorgfuncties

“Wij herkennen deze zorgfunctie in DGAT en/of Dagopvang en hieruit bestaat xxx activiteiten”

“Wat mist er daar voor ons, wat klopt er niet?”

- De definities en opdeling van de zorgfuncties werden overgenomen van een wetenschappelijke publicatie van De Meulemeester et al. (1998), en zijn misschien niet perfect toepasselijk voor elke zorgvorm/zorglocatie. Voor deze werkgroepen werd er echter gekozen om een voorstel tot zorgfuncties te doen, en op die manier gericht en gestructureerd feedback te krijgen van de verschillende diensten
- In de definitie wordt gesproken over een functie die je opneemt, komende vanuit uw opleiding. Dit is echter niet van toepassing voor de vele mantelzorgers en zorgvrijwilligers die een deel uitmaken van de zorghandelingen
 - o De koppeling tussen de triade (Zorgverlener, mantelzorger en patiënt) gaat alleen maar meer belangrijk worden, en hier moet nu al rekening mee worden gehouden
- Men vraagt zich af wat het doel is van deze zorgfuncties. Is het om het proces te omschrijven Of gaat het erom om de functies die we willen financieren te definiëren? Indien het laatste is dan hebben we geen totaalbeeld over het hele zorgproces!
- Men vraagt zich af of de zorgfuncties definities bij financiering een rol kunnen spelen. Men denkt hier aan het voorbeeld van VAPH waar men wel mantelzorg wil financieren. Wat zou dit betekenen voor VSB als dit principe wordt doorgetrokken?
- Het concentrisch cirkel-model is voor DGAT heel belangrijk, en toont hoe ze professionele zorgverleners plaatsen ten aanzien van mantelzorgers en vrijwilligers
- Bedenking: Wordt concentrisch cirkel-model gebruikt als toets voor dit conceptueel model?
 - o Dat is zeker de bedoeling aangezien het concentrisch cirkelmodel ook in het decreet staat, ook concepten zoals eigen regie en vraaggestuurde zorg passen hierin
- Algemene bedenking: Er is een verschil tussen de functies in residentiële context en thuiszorg
 - o In WZC krijgt men voor personen en met een hoge zorgzwaarte meer geld, maar een dag is een dag. Hier wordt het geld herverdeelt overheen de gehele afdeling en wordt dit geld ook gebruikt voor samenwerking
 - o In de thuiszorg krijgt de persoon met een hoge zorgzwaarte meer ‘uren voor zorg en ondersteuning’, of minder dure uren. Hier ligt de focus op zorgprestatie, en is er minder sprake van herverdeling
 - o Complexe situaties vragen meer ondersteuning, wat niet altijd gevat zit in zorguren. Bijvoorbeeld 4 uur hulp bij 'gewone' situatie versus 4 uur hulp bij complexe situatie: bij de complexe situatie is er meer werkoverleg, MDO's, ... maar toch is het ook maar 4 uur hulp. Een complexe situatie met 4 uren zou dus meer financiering moeten geven dan een eenvoudige situatie met 4 uren.
 - o Die collectivering in WZC betekent voor een stuk ook solidarisering. Wanneer men enkel het individu financiert, lukt dit niet. De buurman betaalt bijvoorbeeld niet mee voor uw zorgvraag.
 - o ! Het zorgticket mag die ondersteunende taken niet uit het oog verliezen en zou deze ook moeten kunnen financieren.

○

3.1 Aanmelding, screening en intake

- Werkgroepleden vragen zich af waarom sommige woorden in het vet staan, en anderen niet. Aanmelding staat in het vet, omdat het voor de onderzoeker vaak de lading dekt en omdat het algemeen moet zijn voor alle werkgroepen, en zorgvormen.
- Als de zorgfuncties in kaart willen brengen welke handelingen/activiteiten allemaal gebeuren in een zorgproces, dan is 'Aanmelding' niet de eerste handeling
 - Daarvoor vindt nog een moment plaats waar de zorgverlener aan **toeleiding en/of vraagverheldering** doet
 - Hier wordt ook niet meteen zorg aangeboden, of een zorgvraag gescreend, maar hier is wel de ruimte om informatie te verstrekken
 - Vraagverheldering en toeleiding worden bij maatschappelijk werk beschreven als werkingsprincipes in Woonzorgdecreet.
 - Deze werkingsprincipes worden op dit moment nog niet meegenomen in de conceptuele nota
 - Vraagverheldering kan wel een plaats vinden in de eerste functie stukje, maar hier is het belangrijke onderscheid dat er niets wordt geregistreerd
 - **Proactief een netwerk uitbouwen, en andere professionals aanspreken** hoort hier eveneens niet onder de noemer 'Aanmelding', maar het zijn handelingen/activiteiten die ervoor plaatsvinden.
 - Preventie zoals de DGAT en Dagopvang dit omschrijven staat hier evenmin in
 - De definitie van preventie volgens het woonzorgdecreet: "het geheel van maatregelen die doelgericht genomen of gepland worden in een bepaalde woon- en zorgcontext die anticiperen op bepaalde risico's met als doel de gezondheid en het welzijn van de gebruiker te behouden of te verbeteren;"
 - Dit kan bijvoorbeeld zijn: zorg en ondersteuning geven in een gezin in kansarmoede, waardoor de kinderen thuis kunnen blijven en niet uit huis geplaatst worden, bijv. door samen met de ouders structuur in het huishouden te brengen en ervoor te zorgen dat de kinderen op tijd naar school vertrekken, met nette kleding aan en een volle brooddoos. Of samen met de gebruiker met diabetes of overgewicht een gezond menu opstellen en gezond koken zodat deze gebruiker geen (verdere) gezondheidsproblemen ontwikkelt.
- Tekortkomingen:
 - Als er wordt vertrokken van aanmelding/screening/intake dan vertrekt met niet van doelstellingsgericht werken aangezien hier de doelstellingen eerst moeten worden besproken
 - Geïntegreerde zorg en ondersteuning kan hier eveneens niet worden omvat
- Extra opmerkingen over activiteiten in deze functie
 - **Aanmelden** bij een dienst en een **zorg- en ondersteuningsplan opstellen** zijn niet hetzelfde

- Bv. Het stuk zorgverlening dat voor een huisbezoek plaatsvindt; zoals praten met mantelzorg(er)s en eventueel verder doorverwijzen
- Zorg en ondersteuningsplan opstellen hoort misschien bij tweede functie (Diagnostiek, indicatiestelling)
 - Misschien ook niet, aangezien bij de tweede functie al meteen wordt nagedacht over naar welke anderen diensten gericht kan worden doorverwezen
- In de definitie spreekt men over een “**Centraal geplaatste hulpverlener**”, maar is dat wel zo? De persoon die een korte screening doet van de hulpvraag is vaak door iemand anders dan de persoon die zorg biedt.
 - Wat wordt er bedoeld met “centraal”? Centraal voor de persoon met een zorgnood of centraal in de organisatie. Het eerste is een centraal persoon die de persoon door zijn zorgtraject begeleidt met vraagverheldering en zorgverlening, en zo kennis heeft van alle verschillende actoren die iets kunnen betekenen voor de persoon (ook buiten de organisatie). In de tweede betekenis gaat het eerder over iemand die het overzicht heeft van alles van wat de organisatie biedt.
 - Die ‘centrale hulpverleners’ zijn vooral belangrijk voor vraagverheldering en niet zozeer voor doorverwijzing
 - **Screenen** is eerder zeggen ‘Ik hoor wat je zegt’, **vraagverheldering** is eerder een conversatie met veel vragen en antwoorden SAMEN met de persoon.
 - **Intake** is gans proces, **aanmelding** is maar een klein stukje van het hele intake verhaal
 - Zo is een huisbezoek plannen, en u tot daar verplaatsen deel van de eerste functie. Maar een intake stopt pas wanneer er afspraken worden gemaakt.
 - Intake = Aanmelding + Huisbezoek + Indicatiestelling + ...

3.2 Indicatiestelling, diagnostiek, evaluatie, observatie, onderzoek, advisering

- Vanuit de werkgroep komt de opmerking dat deze zorgfunctie meer vertrekt van een **medische insteek**. Waar men bijvoorbeeld, na een aanmelding, overgaat tot de tweede stap en zich afvraagt of de persoon in kwestie ontwikkelingsstoornissen heeft. Dit is bij DGAT en Dagopvang echter niet van toepassing
- Verder vinden ze dat de definitie heel **monodisciplinair** geschreven is. Dit staat net haaks op hoe men bijvoorbeeld zal moeten werken bij het gebruik van een BelRAI HC, waar veel disciplines aan zullen werken. Daar voeren die allemaal een klein deeltje van deze functie uit.
- Herhaling: Indicatiestelling an sich past bij intake en niet bij een onderzoek van de hulpvraag.
- Het bepalen van doelstellingen krijgt in deze definitie geen plaats. Hier spreekt men over het afbakenen van problematieken, maar dit is maar 1 deel. Er wordt ook gezocht naar doelstellingen en **krachtbronnen**.
- Bij deze verdieping in de zorgvraag van de persoon wordt de vraag gesteld: “**Wie hebben we nog nodig voor het geheel?**”

- Welke zorgvormen moeten we contacteren?
 - Bv. Maaltijden aan huis, bezoeken van kinésist
- Welke (informele) zorgverleners kunnen we ontlasten?
- Hier wordt echter wel een onderscheid gemaakt tussen doelformulering en taakformulering.
 - **Doelformulering** is iets dat gebeurt bij intake
 - **Taakformulering** gebeurt dagdagelijks, en is een invulling van een doel
- Volgens de werkgroep is diagnostiek niet iets dat de zorgprofessional in DGAT en Dagopvang doet, maar het is een proces waar de zorgverlener bij helpt
 - De professional is geen dokter die u bekijkt en een diagnose geeft, maar eerder iemand die doet aan taakformulering na het samen bekijken van welke doelstellingen belangrijk zijn voor de persoon
- Activiteiten:
 - Het afnemen van BelRAI Screener en een BelRAI Sociaal Supplement maakt daar deel van uit, en is op die manier een ondersteunend onderdeel van diagnostiek

3.3 Verzorging

- Enkele werkgroep leden vinden dit geen goede term. Het is namelijk te strikt geformuleerd. ADL-taken alleen is niet de correcte omschrijving van alle zorg en ondersteuningstaken die de zorgprofessionals in DGAT en Dagopvang uitvoeren.
 - Ze stellen een alternatieve definitie voor, namelijk deze van **zorg en ondersteuning** uit het woonzorgdecreet (uitvoeringsbesluit)
 - Art 2, 21°: één activiteit of het geheel van activiteiten in het kader van het gezondheids- of welzijnsbeleid, die uitgevoerd worden in het kader van dit decreet. Met zorg en ondersteuning wordt gelijkgesteld: hulp- en dienstverlening;
 - Activiteiten rond IADL, ADL, en contextbegeleiding horen hier ook in
 - Ze pleiten ervoor om deze zorgfunctie niet af te bakenen of te definiëren naar bepaalde taken, aangezien hier horen alle activiteiten die helpen op alle levensdomeinen behoren
- **Begeleiding** zoals het wordt gedefinieerd in de vierde zorgfunctie past hier onder 'Verzorging/ Zorg en ondersteuning', aangezien hier meer vertrokken wordt van die doelen

3.4 Begeleiden, ondersteuning, psycho-educatie

- Definitie is geschreven op niveau van organisatie en medewerkers en niet op niveau van regio verantwoordelijken. Regio verantwoordelijken hebben als een van de belangrijkste taken net om die coördinatie en begeleiding.
 - Volgens de werkgroep heeft coördinatie een plaats bij de zorgfuncties maar vinden ze het hier nog niet terug.
- Coördinatie met andere (aanwezige) professionals is heel belangrijk in het huidige zorgproces, maar krijgt hier geen plaats. De laatste zorgfunctie 'Samenwerking, overleg, uitwisseling, en samen

inzetten van expertise van (netwerk)partners' raakt het aan, maar die **coördinatie** van de zorgpartners is **anders dan samenwerking** met zorgpartners.

- Die coördinatie start van bij het begin van hulpvraag, en hoort als een zorgfunctie apart. Niet bij begeleiden, ondersteuning en psycho-educatie
- Verschil tussen coördinatie en casemanagement:
 - Professional doet aan zorg **coördinatie** → Focus op zorgvraag → Continu
 - Professional doet aan **casemanagement** in crisis → Focus op zorgteam → Tijdelijk tijdens een crisis (vanuit een escalatiemodel)
- Als de cliënt de coördinatie zelf kan regelen dan spreken we van zelfregie, pas wanneer hij aangeeft dat hij dat niet kan, dan wordt er een zorgcoördinator aangesproken.
 - De cliënt kiest zelf de zorgcoördinator. Dit is meestal die de persoon het meest vertrouwt.
 - Een persoon aanzetten om eigen coördinatie op te nemen kan deel uitmaken van begeleiding, maar indien die persoon dat niet zelf kan of niet helemaal zelf kan, moet de professional hierbij helpen of het volledig overnemen
- In Dagopvang is de context van de persoon versterken eveneens een belangrijke zorgfunctie. Hier wordt onder andere de mantelzorger betrokken en wordt bv. respijtzorg geboden. In functie van de respijtdoelstelling wordt er vorming en psycho-educatie gegeven

3.5 Specialistische en methodische behandeling

- Volgens de werkgroep is dit een vorm van zorg en ondersteuning, maar heeft het opnieuw een medische insteek. DGAT en Dagopvang doen zelf niet aan 'behandeling' maar ze **begeleiden** bij de behandeling. Ze worden omschreven als de uitvoerende kracht.
 - Ze zorgen voor een **continuering in het dagelijks leven van therapeutische behandelplan**
 - Voorbeeld:
 - Positief: Bv. Psycholoog kan aangeven hoe iets moet gebeuren, bv. een wekelijkse wandeling, maar er moet ook iemand zorgen dat het ook gebeurt of ook verder gaat. En de persoon ook aansturen om te wandelen en eventueel begeleiden op die wandeling
 - Negatief: Bv. Ergotherapeut wil je verder ondersteunen naar meer zelfzorg, maar professional komt aan huis en zal u, bv. door tijdsdruk snel wassen in plaats van u te begeleiden.
- DGAT heeft verschillende functies, maar deze passen niet onder de noemer 'behandeling'
 1. Hulp bieden bij individuen
 - Onder andere om preventie te bieden voor verdere specialistische zorg
 2. Doorsturen van individuen naar specialistische zorg
 3. Samenwerken met specialistisch zorgverstrekkers
 4. Koppeling maken met informeel netwerk (bv. Mantelzorgers) en zorgen dat deze mee zijn met het hele verhaal
 5. Koppeling met MZ en zorgen dat die mee zijn met het hele verhaal

3.6 Activering, tijdsinvulling, arbeid, bezigheid, vrije tijd, vorming

- Volgens de werkgroep is dit evenzeer een vorm van zorg en ondersteuning. Het vertrekt van doelstellingen, maar hier zijn DGAT en Dagopvang evenzeer een **uitvoerende kracht** → continuering in dagelijks leven van therapeutische behandelplan, en terug communiceren naar specialistische zorgverstrekkers.

3.7 Dienstverlening, vorming, preventie, informatie en supervisie

- Dit is volgens de werkgroep geen zorgfunctie, maar eerder een functie die een organisatie uitvoert ten aanzien van hun medewerkers
- Hier is het dan de vraag of de functies die organisaties (moeten) doen om kwaliteitsvol zorg en ondersteuning te bieden bij de opsomming van zorgfuncties horen
 - o Want dit is geen ZORGVERLENING
- Activiteiten:
 - o Kwaliteit gebonden taken, zorgen voor kwaliteit, zorgen voor competentie, maatschappelijke doelstellingen van een organisatie
 - o Bv. opleidingen organiseren, stagiaires 'tewerkstellen'
 - o Het kenbaar maken van activiteiten van organisatie aan andere dienstverleners
- 'Preventie' is net wel iets dat zeer cliëntgebonden kan zijn, maar op verschillende domeinen van belang is.
- Deze functie van zorgverleners op verschillende domeinen
 - o Op het niveau van de cliënt
 - Informeren van cliënten, preventief en proactief zorgvragen verhelderen en ondersteuning bieden
 - o Op het niveau van de medewerkers
 - Intern opleidingen organiseren, een duurzaam mobiliteitsbeleid uitwerken
 - o Op het niveau van de maatschappij
 - Opleidingen organiseren voor externen, en informeren van samenleving over trends, en mogelijkheden

3.8 Wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, opleiding

- Voor de werkgroep horen hier de activiteiten zoals deelnemen aan de eerstelijnsopdrachten.

3.9 Samenwerking, overleg, uitwisseling en samen inzetten van expertise van (netwerk)partners

- Deze functie heeft opnieuw een tweevoudige invulling: cliëntgebonden & organisatie gebonden:
 - o Samenwerking met andere professionals, bv. in grotere regio's, overheen de verschillende beleidsdomeinen (bv. via netwerken)
 - o Samenwerking tussen informele hulpverleners en professionals
- Netwerken kunnen verschillen per organisatie en zijn ook vaak doelgroep gebonden.

4 Zorglocaties

Waar gebeurt de zorg op gebruikersniveau? (Dus niet alle zorgfuncties)

- DGAT:
 - o Binnen de (eigen) thuisomgeving van de cliënt
 - Bv. de professional doet een huisbezoek bij de persoon thuis, of bij de woning waar de persoon op dit moment verblijft (bv. bij dochter thuis)
 - o Binnen een andere zorgseenheid binnen de gezondheidszorg
 - Bv. de professional doet de was van een persoon die tijdelijk in het ziekenhuis of WZC bevindt.
 - o Buitenshuis
 - Bv. de professional spreekt af met de persoon aan het café of zwembad
 - o Online
 - Dit is eerder als coördinatie-tool, en niet zozeer als zorgverlenings-tool
 - Bv. Communiceren met zorgvrager en zorgverleners.
- Dagopvang
 - o Binnen de eigen zorgseenheid/zorgvoorziening
 - De professional organiseert een knutselactiviteit, en de persoon komt naar de Dagopvang om hier aan deel te nemen

5 Soorten zorg binnen VSB

5.1 Planbare zorgtraject

5.1.1 Langdurig en kortdurend

- DGAT
 - o Alle soorten combinaties van zorgtrajecten zijn mogelijk.
- Dagopvangcentra
 - o Deze niet open op weekend dagen en zijn op basis van een planning en niet spontaan.
 - o Dagopvang werkt ook op basis van uren, terwijl dagverzorgingscentra werken op basis van dagdelen
- Opmerking bij definitie van kortdurende zorgtrajecten
 - o Kortdurend of langdurig heeft hier niet te maken met de lengte van de periode
 - Het is niet dat, als iemand meer dan 3 maanden zorg nodig heeft, dat die dan in een langdurig zorgtraject zit.
 - Hier wordt gezegd dat kortdurend betekent dat het een afgebakende periode is
 - Bij DGAT wordt er vaak zorg opgestart voor 1 jaar. Dit is afgebakend, maar hier zou men niet spreken van KORTdurend.
 - ➔ Dit is niet toepasbaar op de werking van DGAT en Dagopvang

- Alternatief: Spreken van **bepaalde duur**, en **onbepaalde duur**
 - o Kortdurende zorg is enkel van toepassing voor kraamzorg. Wanneer men de zorg en ondersteuning verderzet na kraamzorg kan men spreken van langdurende zorg
 - o Er zijn veel voorbeelden van situaties waar zorg wordt opgestart voor een korte periode, maar dit wordt vaak verlengt, of net sneller afgebroken
 - Bv. Een persoon heeft na een heupoperatie 6 weken hulp nodig, maar dit wordt vaak langer (omdat de zorgvrager de zorgverlening gewoon wordt, of de genezing niet zo snel gaat) of gaat sneller stoppen (omdat de zorgvrager de zorgverlening van derden ontvangt, of sneller geneest).
- De werkgroepleden wijzen echter wel op het gevaar van de definiëring van 'kortdurende zorgtrajecten'. Als er werkelijk gesproken wordt van personen die op basis van hun diagnose of hun zorgbehoefte het recht openen op een kort zorgtraject, dus zorgverlening van een bepaalde duur, dan...
 - o ... kunnen mensen misschien hun uren waar ze recht op hebben eisen, ook al hebben ze deze strikt gezien niet meer 'nodig'.
 - o ... kunnen er wachtlijsten ontstaan. Het definiëren van kortdurende trajecten zal hier dan niet zijn
- DGAT en Dagopvang proberen net zeer herverdelend te werken en te denken, en als er individueel gekeken wordt en die zorgtrajecten vooraf bepaald worden dan heeft dat zeer veel consequenties

5.2 Niet planbare zorgepisodes

- In een utopie zou het zorgtraject beheersbaar of planbaar zijn, maar dat is niet het geval

5.2.1 Niet planbare zorgepisodes met een urgent karakter

A. Urgentiezorg

- Deze zorg wordt door DGAT en Dagopvang niet standaard verleend. Voorbeelden zoals EHBO toepassen en de ambulance bellen passen hieronder. Het is echter niet het geval dat de DGAT 'oproepbaar' zijn, maar deze zorg wordt enkel geboden in het geval van aanwezigheid van de zorgverlener
- Opmerking: In de definitie van crisiszorg spreekt men over de vereiste om onmiddellijk een zorgactiviteit uit te voeren die niet uitgesteld kan worden. Dit is volgens de werkgroep ook van toepassing op urgentiezorg, en niet alleen van toepassing op crisiszorg

B. Crisiszorg

- Vanuit de werkgroep zou men nog willen aanvullen dat crisiszorg de mogelijkheid heeft om over te gaan naar reguliere zorg
- Verder wil men ook het onderscheid maken tussen levensbedreigend en niet-levensbedreigende crisissen
 - o Bij GGZ kan men niet altijd 24 uur wachten, maar bij DGAT kan een snelle opstart van gezinszorg misschien wel 24u wachten.
- Voorbeeld: Primaire mantelzorger heeft een ongeval gehad, en kan niet voor de persoon zorgen

- Sommige organisaties die gezinszorg bieden, hebben ‘acute ploegen’, en dan kan er binnen 2 uur een zorgverlener aan huis komen
- Bij Dagopvang wordt er extra ondersteund, maar zij nemen die taak niet zelf op. Zo wordt er vanuit een andere dienst misschien gebeld met vraag of er iemand vandaag of morgen nog kan komen.
 - Als ze tijdens de dagopvang te horen krijgen dat de thuissituatie niet toereikend of ‘gevaarlijk’ is, dan worden iemand vanuit DGAT op de hoogte gebracht
 - Deze activiteiten worden echter niet geregistreerd omdat het ongepland en wel acuut is.

6 Extra opmerkingen specifiek voor dagopvangcentra

- De activiteiten in een Dagopvang zijn vaak gelijkaardig aan deze van DGAT. Dagopvang gebeurt ook vaak samen met DGAT
 - **Alle aspecten van DGAT worden samengebracht op een locatie waar er verschillende zorgvragers samen zijn**
 - Enkel activiteiten die gebonden zijn aan de huiselijke situatie worden in een Dagopvang uiteraard niet opgenomen. Bv. stofzuigen van de woning
 - Andere zorgactiviteiten zoals de was doen, kan wel in de Dagopvang gebeuren. Bv. een persoon met een handicap doet was in de wasmachine van het dagopvang met of zonder begeleiding
 - Hygiënische zorg kan in Dagopvang wel gebeuren. Bv. Persoon komt naar de Dagopvang en wordt daar in bad gezet.
 - Programma staat niet vast, en hangt vaak ook af van de personen die dagen aanwezig zijn. Zorgactiviteiten zijn niet vastgelegd. Bv. de ene persoon helpt met de afwas, de andere niet
 - Extra voorbeelden van activiteiten: Bv. Krant lezen, iPad verkennen, naar buiten gaan, knutselen, persoonlijke hygiëne
 - Coördinatie van zorg moet ook gebeuren bij een dagopvang. Dagopvang is zelden de enige zorgvorm waar mensen beroep op doen.
 - Bv. Persoon met handicap die thuis woont, en enkel naar dagopvang komt
- Opmerking: **DagOPVANG is niet hetzelfde kinderOPVANG!**
 - Toezicht is niet altijd noodzakelijk. Het wordt geboden, maar het is geen vereiste om te mogen komen.
 - In Dagopvang heerst er echter wel een leeftijdslimiet!
 - Maximum 25% van uw zorgvragers mag onder de 65 jaar zijn. Er is wel de mogelijkheid tot het aanvragen van een aanpassing voor een bepaalde doelgroep bv. Jongdementie

Verslag

Titel:	Werkgroep persoonsvolgende financiering: Kortverblijf type 2, Centra voor herstel (CVH), Kortverblijf type 3
Datum, uur:	10-09-2019, 9u30 – 12u30
Plaats:	Ellipsgebouw Brussel

In wat volgt, wordt een overzicht gegeven van de input van de werkgroepleden.

1 Kenmerken van de zorgvormen/ algemene bedenkingen

- Kortverblijf type 2 - Zorghuis: tijdelijke opvang voor kankerpatiënten (zowel genezend als palliatief). Draait op vrijwilligers (inclusief permanentie 24/24 uur) en 1 à 2 coördinatoren. Termijn van verblijf wordt afgesproken bij intake. Laagdrempelig, prijs €40 à €60/dag. Kan respijtzorg zijn als voor personen die er zelf even tussenuit willen. Leeftijd is van 18 – xxx jaar. Er worden geen medische handelingen gesteld.
- Kortverblijf type 3 - Limerick: Is een kleinschalig project voor gezinnen met kinderen met veel/grote medische zorg. Vaak gaat het om kinderen die moeilijk toegang hebben in de reguliere zorg omwille van specifieke en/of complexe medische zorgvraag (vb beademing, ernstige epilepsie, ...). Het verblijf laat de ouders toe om een moeilijk periode te overbruggen of om gewoon eens op adem te komen. Kinderen kunnen 32 dagen per jaar terecht in Limerick: aansluitend of in korte periodes. Ouders kunnen op hun vraag bij hun kind blijven, maar in Limerick verblijven de kinderen meestal zonder ouders zodat ouders op adem kunnen komen en tijd thuis/op vakantie kunnen voorzien voor broers en zussen. Het toezicht gebeurt door pediatriesch verpleegkundigen – er is subsidiëring voorzien voor één verpleegkundige per shift. We kunnen beroep doen op vrijwilligers maar die zijn er niet altijd, maw een verpleegkundige staat vaak alleen. Er is vooral een zware belasting tijdens de weekends en de vakanties – dit heeft vooral te maken met het feit dat er in de meeste gezinnen andere (schoolgaande) kinderen zijn die ook de nodige aandacht vragen. Het gaat over residentiële zorg die georganiseerd wordt volgens ‘hotelfunctie’ m.a.w. er moet op voorhand vastgelegd worden welke periodes kinderen naar Limerick komen. Er is wel de mogelijkheid om één crisisopvang te voorzien (vb opname ziekenhuis van een zorgende ouder, huisbrand, ...).

Momenteel is er een RIZIV-overeenkomst die één verpleegkundige per shift voorziet en waarbij een bezetting van 90% (voor 5 bedden) moet gehaald worden om recht te hebben op de volledige subsidie.

- Kortverblijf type 3 - Villa Rozenrood: Gezinsgerichte respijtzorg voor gezinnen met heel zwaar zieke kinderen. Residentiële zorg, respijtzorg aan zieke kinderen of gezinsgerichte respijt (98%): hierin zit het namelijk verschil met Limerick, dat enkel respijtzorg aan zieke kinderen geeft. Rozenrood werd niet alleen erkend om zorgkinderen te laten verblijven, maar ook om de gehele context ook residentieel te laten verblijven. Fundamenteel verschil in erkenning Kortverblijf type 3 of werking gezinsgerichte respijt.
- Centrum voor herstelverblijf (CVH) is tussenschakel ziekenhuis en thuissituatie. Maximum 60 dagen. Tijdelijke nood aan verpleegtechnische ondersteuning of omdat woonomgeving niet aangepast is aan de noden/mobiliteit. Haalbaarheid van terugkeer vergroten. CVH is voornaamste doelgroep (+65jaar). CVH wordt niet gefinancierd.

2 Zorgvormen

2.1 Definitie zorgvorm:

- Geen opmerkingen bij de definitie.

2.2 Zorgvorm per zorgaanbod

Kortverblijf type 2

- Vallen onder residentieële zorg vanwege tijdelijke zorg en ook geen vervangende thuissituatie.
- Ook semi-residentieel: keuze enkel doorheen dag komen

Kortverblijf type 3

- Limerick: Wij starten vanuit de vraag van ouders/mantelzorgers (=context van het kind/jongere) verantwoordelijk voor de zorg van een zorgafhankelijk kind/jonger. Het kind heeft theoretisch spraakrecht maar de zorgbehoevende kinderen waarover het gaat hebben niet de mogelijkheid om spraakrecht te gebruiken: in strictu sensu spreken we dus over aanklampende zorg. Limerick kan dit bieden in een residentieële setting, niet in dagopvang.
- Villa Rozenrood: Gezinsgerichte respijtzorg voor gezinnen met heel zwaar zieke kinderen. Het gaat hierbij om residentieële zorg. Het gaat zowel om respijtzorg aan zieke kinderen of gezinsgerichte respijt (98%): hierin zit het namelijk verschil met Limerick, dat enkel respijtzorg aan zieke kinderen geeft. Rozenrood werd niet alleen erkend om zorgkinderen te laten verblijven, maar ook om de gehele context ook residentieel te laten verblijven. Fundamenteel verschil in erkenning (Kortverblijf type 3) of werking (gezinsgerichte respijt) immers.

Centra voor Herstel

- Residentieële zorg: tussenschakel ziekenhuis en thuissituatie voor maximum 60 dagen. Tijdelijke nood aan verpleegtechnische ondersteuning of omdat woonomgeving niet aangepast is aan de noden/mobiliteit. Haalbaarheid van terugkeer naar huis vergroten.

2.3 Zorgfuncties

- Definitie zorgfunctie:

- Definitie van zorgfunctie past moeizaam bij Kortverblijf type 2 vanwege gebaseerd op vrijwilligerswerk. Nadruk ligt niet op het zorgaspect (externe verwijzing). CVH en Kortverblijf type 3 maken ook gebruik van aanvullende vrijwilligers.
- Zorgfunctie: bevat niet enkel zorg, maar ook begeleiding voor Kortverblijf type 2 (hoewel in de nota hier enkel psychische begeleiding voor staat in de nota). Voor hen is dit dus breder. Zelfs als de zorg gedaan wordt door de vrijwilliger kan deze bekeken worden als professionals omdat ze een schouder geven aan de persoon met kankeren (wat een begeleidend aspect heeft). Zeker binnen kanker is er ook een psychisch aspect. Vrijwilligers geven dus een schouder om uit te huilen en zijn begeleidend. Staat anders omschreven in de nota.
- Kortverblijf type 3 - Limmerik: De functies persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, en behandeling worden uitgevoerd door professionelen (pediatrisch verpleegkundigen) onder de verantwoordelijkheid van een hoofdverpleegkundige en een arts-coördinator. Vrijwilligers ondersteunen de werking in de persoonlijke verzorging en animatie van de kinderen en jongeren onder de verantwoordelijkheid van de aanwezige pediatrisch verpleegkundige.
- Definitie zorgactiviteit:
 - Ook de definitie van zorgactiviteit maakt vermelding van professionals. Zorgactiviteiten worden bij Kortverblijf type 3 en CVH toegepast door professionals. Ook binnen Kortverblijf type 3 - Villa Rozenrood worden vrijwilligers ingezet bij animatie.

2.4 Aanmelding, screening, intake

Kortverblijf type 2

- Er wordt eerder gekeken naar de haalbaarheid binnen het huis. Selectiecriteria naar afhankelijkheid omdat hier continu een professionele zorgverlener voor noodzakelijk is. Intake en screening voor haalbaarheid. Mits er wel zorgbehoefendheid is er naar hersteltoestand als setting. Omdat er continu meer zorg nodig is, gaat dit simpelweg niet op basis van vrijwilligers. Niet dezelfde verwachting als mantelzorger: het blijven vrijwilligers die ook zelf een eigen draagkracht hebben. Wat kan er aangeboden worden en wat wordt er gevraagd? Match zoeken tussen de twee.

Kortverblijf type 3

- Limmerik:
 - Aanmelding: gebeurt door de ouders vaak na doorverwijzing van hun behandelend arts of een andere ondersteunende dienst.
 - Screening: bij de aanmelding wordt reeds bekeken of de patiënt in aanmerking komt voor opname – hierbij gaan we vooral uit van de draagkracht van het gezin, de nood aan zorg en toezicht,
 - Intake: Indien patiënt in aanmerking komt, wordt het gezin uitgenodigd voor een intake. Tijdens deze intake wordt meestal voorgesteld om het kind/jongere 2à3 dagen naar Limmerik te laten komen. Deze korte ‘observatieperiode’ is zowel om te kijken of dit OK is voor het kind en of Limmerik de nodige omkadering kan bieden. Er wordt vooral naar de draagkracht van ouders/gezin gekeken (vb. kind dat o.w.v. problemen niet slaapt...)

- In kader van zorgcontinuïteit bekijken we soms met ouders of er andere en meer aangepaste zorgprogramma's of opvangmogelijkheden zijn voor hun kind. Bij ernstige medische problemen wordt een kind soms terugverwezen naar een behandelend team of arts.

Centra voor Herstel

- Bijvoorbeeld: aanwerving psychologisch assistent die aanmelding bekijkt. Sinds de aanwerving van een psychologisch assistent, kan een bredere groep een aanvraag tot opnamen doen. Merken een evolutie van louter orthopedische operaties naar alles wat er in een algemeen ziekenhuis wordt gebeurd. Ook multipathologiën kunnen beter worden opgevangen.
- Er wordt wel vaak doorgestuurd, los van het fysieke probleem. Is echter eerder op het einde. Vroeger eerder het orthopedische verhaal, nu breder segment uit het algemeen ziekenhuis (met soms psychiatrische problematiek).

2.5 Indicatiestelling, diagnostiek, evaluatie, observatie, oriëntering, onderzoek, advisering

Kortverblijf type 2

- Geven geen advies of specifieke behandeling. Dus geen diagnostiek, maar wel observatie. Bij het terugkeren naar huis stelt men wel de vraag of terugkeer wel mogelijk is. Plus gaat men na wat er nodig is om dit te waarborgen en zo vlot mogelijk te laten verlopen. Dit kan gaan van het mee naar huis gaan tot de koelkast te vullen, tot het faciliteren van de overgang naar huis (zorgcontinuïteit).

Kortverblijf type 3

- Omdat de kinderen 24/24 aanwezig zijn, is er wel een intensieve observatie mogelijke van de kinderen door de verpleegkundigen: soms gebeurt het dat en aan de alarmbel getrokken wordt en dat we patiënt aanmelden aan de nodige instanties of doorverwijzen naar behandelend arts/ziekenhuis/revalidatiecentrum.
- Af en toe worden er wel een tips of advies gegeven maar er wordt geen medisch advies gegeven of een aanpassing van behandeling gedaan.

Centra voor Herstel

- Multidisciplinair overleg gebruikt evaluatie voor het verdere verblijf met meerdere aspecten om naar huis terug te keren (fysieke aspect, woonomgeving aangepast). Permanente evaluatie omdat men nooit weet hoelang iemand er zal verblijven. Soms kan de kiné niets meer bijdragen, maar moet thuis blijven wonen nog langsgaan om dit in orde te brengen enzovoort. Niet specifiek voor diagnostiek, maar wel evalueren van de zorg en zorgnood. Ook kijken naar de evolutie van de persoon en zodoende evalueren.

2.6 Verzorging

Kortverblijf type 2

- Verzorging wordt gefaciliteerd door externe, maar wordt niet zelf aangeboden.
- Doen ook de was doen van hun gasten, bieden hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen wordt gedaan door de vrijwilligers (en dus door hun organisatie). Kortverblijf type 2 vraagt wel dat hier financiële steun in komt, misschien in de vorm van organisatiegebonden kosten. Financiering in

gestructureerde vorm zodat er tenminste zorg gepland kan worden of er betaald kan worden voor dagelijkse kosten (ook wanneer er geen zorg gebeurt) zodat de werking kan blijven draaien.

- Specifiek voor personen met kanker. Uitgaande dat chronische zieken een andere verzorging vraagt die de draagkracht van een zorghuis en de vrijwilligers overstijgt. We kunnen momenteel niet voldoen aan continue zorgondersteuning.

Kortverblijf type 3

- Deze functies worden uitgevoerd door professionelen (pediatrisch verpleegkundigen) onder de verantwoordelijkheid van een hoofdverpleegkundige en een arts-coördinator.
- Vrijwilligers ondersteunen de werking in de persoonlijke verzorging en animatie van de kinderen en jongeren onder de verantwoordelijkheid van de aanwezige pediatrisch verpleegkundige.
- We nemen de chronische, intensieve zorg over die thuis gebeurt.
 - *Pediatrisch verpleegkundigen*: geven professionele medische zorg (pediatrisch verpleegkundigen = opgelegd vanuit de huidige overeenkomst). Deze beperking tot pediatrisch verpleegkundigen maakt dat het niet altijd eenvoudig is om het noodzakelijke personeel te vinden voor deze chronische intensieve zorg.
 - *Kinesist*: Noodzakelijke kinesitherapie gebeurt door externen.
 - *Vrijwilligers*: ondersteunen bij de dagelijkse zorg onder toezicht en begeleiding van pediatrische verpleegkundigen: vb helpen bij eten geven, kinderen bezig houden en animeren, mee gaan wandelen, toiletbezoek, ...

Centra voor Herstel

- Huisdokter heeft eigen verpleegkundige en zorgkundigen in dienst voor verzorging en werkt enkel hiermee. De erkende herstelverblijven werken nochtans allemaal een beetje verschillend bv. opvolging door eigen huisarts van de resident, thuisverpleging mee inschakelen, Wellicht vindt dit zijn oorsprong in het feit dat men niet gesubsidieerd is en men manieren zoekt om het financieel haalbaar te houden. De vrijwilligers worden ingeschakeld voor logistieke taken (transport in huis, hulp installatie en vertrek, ...) en doen maaltijdbegeleiding. Residenten die moeizaam eten of die slikproblemen hebben, worden enkel begeleid door medisch geschoold personeel.

2.7 Begeleiding, ondersteuning, psycho-educatie

- In de definiëring wordt vermeld 'draaglijk maken van psychische stoornissen'. Hierop wordt niet specifieke ingezet, maar wel op het voorkomen van terugval of stimuleren van autonomie en zelfredzaamheid wel.

Kortverblijf type 2

- Ziet de noden wel van in, maar er is slechts één coördinator waardoor dit alles simpelweg niet kan. Nood om door te verwijzen naar instanties die de mogelijkheden wel hebben. Er is dus geen ruimte of mankracht.
- Willen mensen de zin geven om te vechten voor hen herstel, om vol te houden (ook in hun medicatietrouw). Is cruciaal aspect qua ondersteuning. Als dit wegvalt, gaan de doorverwijzers ook stellen dat het cruciale aspect van de trajectcontinuïteit wordt verder gezet. Psychisch lijden komt

immers meer en meer aan bod, waardoor de verblijfstermijn ook stijgt. Aantal personen met braakneiging is zeer sterk gedaald; komt nu bijna niet meer voor.

Kortverblijf type 3

- Er wordt geen psycho-educatie bij kinderen of ouders geven, maar er wordt wel binnen de context geobserveerd. Indien bij psychologische observatie iets wordt vastgesteld wordt de bezorgdheid gesignaleerd en doorverwijzen naar de betrokken instanties. Rozenrood heeft een psycholoog en pedagoog in huis om met existentiële kwesties – om te gaan maar er is echter geen therapeutische invulling.
- Er werd een psycholoog/orthopedagoog voorzien binnen het dossier maar kan momenteel niet ingezet worden o.w.v. geen financiële mogelijkheden en grote noodzaak van verpleegkundige zorg. Dit wordt wel als een tekort gezien o.w.v. de nood aan emotionele ondersteuning van deze gezinnen. Therapie is niet nodig maar wel het zo nodige luisterend oor en de eventuele doorverwijzing naar de juiste instanties.

Centra voor Herstel

- Het stimuleren van zelfredzaamheid zeker en vast. In die zin passen wij heel goed binnen de thuiszorg. Soms wel niet mogelijk en dan belang om door te verwijzen naar residentiële woonzorg. Wel altijd het uitgangspunt om zelfredzaamheid te stimuleren. Aanleren van vaardigheden hoort hier ook wel onder, bijvoorbeeld zelfstandig eten, ADL-training. Taak van kiné, maar ook sociale diensten die systemen proberen in orde te maken en dan hen zelfstandig laten verderzetten als therapietrouw. Grootste groep personen gaat om acute situatie, maar soms ook chronische herstelsituaties. Het gaat om personen met MS, ALS binnen bepaalde vormen die we aankunnen binnen de setting. Bv. op adem komen, andere medicatie gewennen...

2.8 Specialistische en methodische behandeling

Kortverblijf type 2

- Dit gaat eerder over therapie of revalidatie, maar niet ons. Het is er om 'er gewoon even te zijn', om te herstellen, en niet om te behandelen. Faciliteren wel de zorg, maar gebeurt door externen.

Kortverblijf type 3

- In Limmerik wordt de zorg "zoals thuis" overgenomen (copy-paste). Er gebeurt geen methodische behandeling, of er wordt geen nieuwe behandeling ingesteld – hiervoor worden patiënten doorverwezen naar hun behandelend arts/ziekenhuis/revalidatiecentrum.

Centra voor Herstel

- Herstel is bij ons de core business. Gaat om kiné, logo, ergo als die nodig is. We hebben zelf kiné's in huis. Logo en ergo baseren op externen. We willen zelf een ergo in huis, maar krijgen dit niet gefinancierd. We werken op voorschriften. Heel het verpleegkundig verhaal is wel met eigen personeel. We werken met huisartsen die systematisch verbonden zijn aan het huis. Iemand die binnenkomt, ziet de huisarts aangezien deze het MDO coördineert en het behandelplan opstelt. Dit is federale nomenclatuur.

2.9 Activering, tijdsinvulling, arbeid, bezigheid, vrije tijd, vorming

Kortverblijf type 2

- Dit gaat eerder over therapie of revalidatie, maar niet ons. Het is er om 'er gewoon even te zijn', om te herstellen, en niet om te behandelen. Faciliteren wel de zorg, maar gebeurt door externen. We

horen vaak: 'zou vaak eens de zee zien'. Vaak op maat van de gast dus aanbieden, niet gestructureerd, organisatorisch of methodisch. "U vraagt, wij proberen te draaien" op basis van vrijwilligers.

Kortverblijf type 3

- Er is ruimte voor het organiseren voor een zinvolle daginvulling tijdens het verblijf. Dit gebeurt met de hulp van de vrijwilligers (animator). Mits zieke kinderen gebeurt dit onder toezicht van de aanwezige verpleegkundige. Activiteiten gebeuren in huis of in de tuin, gezien. Om te gaan wandelen zijn er ook extra personen nodig (meeste kinderen zijn rolstoelafhankelijk, ...)

Centra voor Herstel

- Vrijblijvend vrije-tijdsaanbod naast de zorgtaken die gedurende de dag worden opgenomen (kine, wondzorg, contacten sociale dienst of psychologisch assistent, ...) waarbij mensen gewoon kunnen aansluiten. Activiteiten hebben een puur ontspannend karakter maar soms ook educatief (theaterstuk over dementie, infosessies over gehoorproblemen, gespreksavond met de compostmeester, ...).
- Dit activiteiten worden door de beroepskracht georganiseerd en ondersteund door vrijwilligers. Dit gebeurt in-huis, want de mobiliteit is laag en men ligt buiten het centrum. Wel fietsvrijwilligers die zich buitenshuis bewegen. Bv. dame die eigen pak koeken wil kiezen, in plaats dat de familie iets meebrengt. Met de fietsvrijwilliger lukt dit. Dus beperkt buitenshuis, maar eerder via fiets of scooter op vraag van de cliënt.

2.10 Dienstverlening, vorming, preventie, informatie, supervisie

Kortverblijf type 2

- Het is verspreiden van de goede boodschap in de omgeving. Sensibiliseren en regelmatig, systematisch operationeel overleg met de externe zorgverleners plegen. Verwijzers op de hoogte houden van wie we zijn en wat we doen.
- Essentiële medische informatie van de gast vastkrijgen blijft wel vaak een acuut probleem. Soms op weekenden of nacht spoedarts moeten oproepen, maar geen medische informatie hebben vanuit de instelling. Is een zwaar probleem als je zelf geen medisch personeel in huis hebt.

Kortverblijf type 3

- Preventie/supervisie:
 - Nodige medische informatie moet gekend zijn (via verwijzer ofwel via ouders).
 - Vraagt veel administratie - geen secretaresse hiervoor: verpleging doet de nodige administratie 's nachts en de coördinator heeft hiervoor een halve dag per week. Eenvoudige administratie is noodzakelijk.
- Dienstverlening:
 - Verwijzers op de hoogte houden – contacten leggen met nodige ondersteunende diensten, met verwijzers
- Vorming:
 - Intern:
 - één of twee keer per jaar teambuilding activiteit met de eigen medewerkers.
 - Personeel neemt deel aan opleidingen, geweldloos verzet, reanimatie, ...
 - Deze opleidingen en teambuilding zijn noodzakelijk voor het eigen team om het vol te houden.
 - Extern:

- bewustmaking van de situatie waarin ouders en kinderen soms leven, dit door middel van presentaties, sensibilisering, ...
- Informatie:
 - Is noodzakelijk om iedereen te bereiken die nood heeft aan ondersteuning – soms verdwijnen ouders uit follow-up en controle. Mond-aan-mond reclame is dus noodzakelijk om deze mensen ook te bereiken

Centra voor Herstel

- Samenwerkingsovereenkomsten met doorverwijzers: deze ook systematisch uitnodigen en de werking bekend maken.
- Complementariteit tussen ziekenhuizen en thuiszorg verhogen. De herstelverblijven zijn er net als deze doorstroom niet onmiddellijk kan gebeuren. We zijn zoekende hoe we nog beter kunnen inspelen op noden. Los daarvan stroomt informatie vaak onvoldoende door omdat medewerkers geen toegang hebben tot medisch platform bv. medicatieschema dat niet wordt meegegeven vanuit het ziekenhuis.

2.11 Wetenschappelijk onderzoek

Kortverblijf type 2

- Stagiaires van scholen (werkstage van een aantal uren) – zijn in feite op dat moment van vrijwilligers. Is meer een kijkstage. Sommige opleidingen vragen immers meer dan 20 uur vrijwilligersstage. Vraagt ook goede opvolging. We moeten dit soms beperken omdat dit zoveel tijd vraagt.

Kortverblijf type 3

- Opleiding van studenten: stagiairs (zorgkundigen, verpleegkundigen,...) die op stage komen begeleiden (door de verpleegkundigen) - les geven aan de hogeschool, opleiding verpleegkundigen (door arts-coördinator)
- Informatie verzamelen vanuit de opnames die er geweest zijn (verblijfsinfo, hoe vaak is dit gezin gekomen met welke pathologie,...) analyseren voor de trends en evoluties in de opnames.
- Ook verblijfsformulieren bekijken en kijken naar evoluties. Omvat monitoring van wat er binnen een voorziening gebeurt.
- Organisatie van eigen opleidingen, zoals technische verpleegkundige opleidingen, eigen data bijhouden, veiligheidswetgeving naleven, reanimatie-opleidingen,...).
- Procedures uitschrijven en opvolgen.
- Maandelijks overleg om te kijken waar binnen de eigen organisatie hiaten zijn. Proberen af en toe ook samen te komen tussen de organisaties (Limmerik en Rozenrood).

Dit alles vraagt veel tijd waarvoor weinig of geen ruimte is.

Centra voor Herstel

- Stages aan kiné, sociale dienst, verpleeg- en zorgkundigen. Ook veel interne opleidingen.
- Evoluties opvolgen zoals meer gespecialiseerde wondzorg en daar specifieke opleidingen voor vinden. Bv: TPN-pomp toelichten zodat de opname van een zeer specifieke casus kan gebeuren. Dus ingebed geraken in de meer gespecialiseerde zorg.

2.12 Samenwerking, overleg, uitwisseling en samen inzetten van expertise van (netwerk)partners

Kortverblijf type 2

- We organiseren niet alleen het concept zorghuis, maar ook de verspreiding over Vlaanderen (vanuit de werking van Kom op tegen kanker). Dus overdragen van het concept naar bv. Limburg, Gent... Soms duiding geven aan mensen die komen horen hoe de opstart gebeurde, wat de barrières waren... Dit was één van de redenen van de minister om ons te financieren: de verspreiding over het landschap. Informatie geven over de werking van de zorghuizen is toch één van onze kerntaken. Er komen veel aan die denken: 'dit kunnen we ook' – tot ze een draaiboek krijgen.
- Bv. kinés op- of afbellen. Kijken op de verpleegkundigen langskomen of de eigen samenwerkende verpleegkundige contacteren.

Kortverblijf type 3

- Duiding en informatie geven zodat mensen geïnformeerd zijn om er (niet) zelf aan te beginnen. Financier eerder kleinschalige projecten zodat individuele projecten niet in ruzie uiteengaan of financieel overkop gaan. Eentje per provincie zou eigenlijk prachtig zijn. We hoeven niet onder elke kerkentoren aanwezig te zijn. Rozenrood en Limerick zijn nu wel autonoom en niet verbonden aan Pulderbos (zelfde VZW, maar financieel onafhankelijk). Moeilijke zaken en moeilijke geneeskunde moet geen wildgroei worden (geen versnippering; ook moeilijk met klein financieel budget voor zeer kleine doelgroep immers). Basiszorg moet wel aan huis aangeboden kunnen worden.
- Indigo en andere respijthuizen. Minder frequent contact. [Brusselse Gewest is vrijgevinger: Indigo draait hier bijna volledig zelfstandig op.] Ook met andere doorverwijzers: soms formeel contact (eenmaal per twee jaar), maar veel vaker (en vruchtbaarder) op informeel contact – soms zelfs meermaals per week. Zijn zorgprofessionals die verbonden zijn met de zorggebruiker (of externe organisatie die de persoon ook gaat ondersteunen). De verblijfsduur is vaak kort, maar zien hen vijf à zes keer per jaar wel terug. Contact en informatie behouden is hierbij cruciaal. Contact met partners is gebaseerd op de kortdurende in- en uitstroom. Het gaat niet om instelling van andere medicatie, waarvoor dus blijvend contact is met het doorverwijzende ziekenhuis. Het gaat dus om intensief contact om dit op te volgen aangezien de zorg an sich 'copy paste' is.
- Wij steken ook zeer veel tijd en geld in vervoer. Bv. kind wordt ziek tijdens verblijf: geen dringend vervoer, mits zwaar ziek kind moet er wel een verpleegkundige meegestuurd worden met de chauffeur... Het kind wordt ook altijd teruggestuurd naar waar men doorverwezen heeft, dus de afstand kan wel een zorg zijn om deze te overbruggen. Ook moeten kinderen brengen naar zorgconsultaties tijdens de week respijt kan nodig zijn. Of er is een button kapot die vervangen moet worden in het ziekenhuis: zo is er al snel een verpleegkundige een halve dag extern in een ziekenhuis (en moet deze betaald worden). Minder in Rozenrood omdat de context (ouders) hier mee aanwezig is en dus regelingen kan treffen (en niet bv. op vakantie is zoals bij Limerick.)
- Samenwerking met centra voor kinderen en jongeren en centra voor moeder en kind.

Centra voor Herstel

- Samenwerking eerstelijnszorg en nemen een actieve zorg hierin op.
- Standaard wordt een verslag meegegeven voor de eigen huisarts en kinesist indien relevant. De sociale dienst gaat reeds voor ontslag contact opnemen met thuiszorgdiensten om de thuissituatie maximaal voor te bereiden.

3 Zorglocaties

Kortverblijf type 2

- Residentieel of ambulant voor diegenen die in dagopvang komen. Zorgfuncties zijn gelijklopend tussen de drie zorghuizen trouwens.

Kortverblijf type 3

- Residentieel (binnen de eigen zorgseenheid).
- We hebben wel een mailadres waar de ouders altijd op terecht kunnen met bezorgdheden. Zorgtraject kan daar ook worden opgenomen.
- Buiten een zorgseenheid heb ik soms persoonlijk contact vanuit mijn tewerkstelling in Pulderbos en het ziekenhuis in Leuven. Is echter meer een persoonlijke doorverwijzing. Is hetzelfde in Limerick en Rozenrood.

Centra voor Herstel

- Residentieel.

4 Soorten zorg binnen VSB: Zorgtrajecten

4.1 Langdurige versus kortdurende zorgtrajecten

Kortverblijf type 2

- Beide soorten zorg. Soms heel afgebakend voor sommige gasten (op voorhand bepaald). Palliatieve personen kunnen wel na ons doorgaan na de palliatieve eenheid en niet meer naar huis gaan. Kan dus onmogelijk gepland worden tot op wel punt het nog kan. Voordien 28 dagen vanuit de Ziekenfondsen (B-pakket). Met het nieuwe decreet is dit 60 dagen met mogelijkheid tot uitzondering met motivatie. Dus eerder kortdurend zorgtraject. In functie wel van de vraag en aanbod van de cliënt. Overschrijding van 60 dagen kan zowel in perioden als in één geheel zijn.

Kortverblijf type 3

- Decreet voorziet 60 dagen, momenteel 32 dagen. Geen langdurige zorgtrajecten an sich, maar soms begint het traject al op 3 à 4-jarige leeftijd die gedurende een periode van 10 jaar wel elk jaar hun totaalaantal dagen opgebruiken.

Centra voor Herstel

- Bij oncologische revalidatie of in geval van steunverbod (resident mag letterlijk niet steunen en kan daardoor niet starten met kine), kan de maximale verblijfsduur van 60 dagen uitgebreid worden tot 90 dagen. De gemiddelde verblijfsduur bedraagt momenteel 29 à 30 dagen, welke een stijging is tot enkele jaren geleden. We wijten dit zelf mee aan de verkorte ligduur in de ziekenhuizen, waardoor de zorggraad toeneemt.

4.2 Niet-planbare zorgepisodes

4.2.1 Urgentiezorg

Kortverblijf type 2

- Regelen vervoer naar ziekenhuis opnieuw.

Kortverblijf type 3

- Status epilepticus: nood aan MUG te bellen. Dit gebeurt zeer frequent, maar verwijzen we voor door.

Centra voor Herstel

- Urgentiezorg betekent een heropname in het ziekenhuis, waarbij het vervoer door Hooidonk wordt geregeld (MUG, ziekenwagen of andere vervoersaanbieder).
- Voor de anderen geldt doorverwijzing eveneens Universitaire CAR

4.2.2 Crisiszorg

Kortverblijf type 2

- Soms wordt ook partner mee opgenomen om te assisteren in de zorg voor een dementerende persoon met kanker. Dan zetten we er een tweede bed bij om een crisissituatie op te vangen. Soms ook mensen voor de deur met relatieproblemen door de ziekte, die vervolgens opgenomen worden omdat ze even niet naar huis kunnen. Dit is voor ons een crisissituatie omdat we dan niet de nodige informatie hebben of het team zich hierop niet voorbereid heeft. Zaken die normaal voor de opname gebeuren, gebeuren dan tijdens de opname zelf.

Kortverblijf type 3

- Ouder wordt geopereerd, niemand kan voor het kind zorgen. Of het huisbrand af dan is er nood aan een opname. Dan is er crisiszorg bij opname, niet in het traject. Durven in crisissituatie ook wel één extra bed vrij te stellen, waardoor we van zes naar zeven personen gaan. Wijzigingen kunnen zich snel voor doen, zeker bij kinderen die we al kennen. Dit is echt crisisopvang.
- Eén bed als crisisbed. Dit bed dient echter niet vrij gehouden te worden doordat er ook 90% bezetting gehaald moet worden, maximum van 7 kinderen. Vaak zijn er enkel 3 kinderen in huis omdat de zorgzwaarte zo sterk is. Moeilijkheden in een crisissituatie worden op het moment zelf dan opgenomen, zoals het oproepen van een extra vrijwilliger.

Centra voor Herstel

- Voordeel van de herstelverblijven is dat we koppels kunnen opnemen. Soms nemen we één partner al op terwijl de andere nog in het ziekenhuis verblijft (bv. dementerende partner van mantelzorger die opgenomen is in ziekenhuis). Na ziekenhuisopname van de mantelzorger kan het koppel hier verder samen verblijven. Bij een echte crisisopname (vaak via huisarts) trachten we snel te handelen en volgt de administratie vaak achteraf.

Verslag

Titel: PVF Werkgroep 5: Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging & Palliatieve dagverzorgingscentra

Datum, uur: 17-09-2019, 9u30 – 12u30

Plaats: Brussel – Hendrik Consciencegebouw

1 Kenmerken van de zorgvormen/ algemene bedenkingen werkgroepleden

1.1 Regionale afbakening van MBE's

Er is sprake van een regionale afbakening van Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging (MBE). Dat wil zeggen dat iemand uit de regio enkel in die regio palliatieve zorg mag aanvragen. Dit is anders dan in palliatieve dagverzorgingscentra (pDVC), daar mag je wel van buiten de regio komen.

1.2 De verbinding tussen het palliatief netwerk en de MBE's is heel belangrijk

- Financiering is heel apart aangezien netwerken wel in Vlaanderen zitten, maar (nog) niet in VSB
- Een andere financiering maakt samenwerking net iets moeilijker, aangezien het verantwoorden van alle kosten niet meer zo vanzelfsprekend wordt
- Inhoudelijk moet netwerkfunctie worden behouden, maar nu is het een complex gegeven
 - o Wat is een MBE-functie en wat is een netwerkfunctie? En hoe wordt dat voor de twee steeds vergoed?
 - o Netwerken werken niet alleen in thuiszorg, en dat is hun belangrijke onderscheid met de MBE's

1.3 Vragen voor de onderzoeker van de deelnemers

- 1. Welke drempels zijn er om het recht te openen tot een zorgticket en de inkanteling van de MBE's en pDVC's in de Vlaams Sociale Bescherming (VSB)?
 - o Het gebruik van BelRAI Palliative Care (PC) is voor de deelnemers eerder een opvolgingsinstrument dan een indicatie instrument. Zo zijn de PICT vragen noodzakelijk, en deze zitten nog niet PC. → Er zijn plannen om na te gaan of de PICT kan ingebouwd

worden in BelRAI opdat er automatisch gezien zouden kunnen worden of een BelRAI Palliative Care ingevuld moet worden.

- Er moet rekening worden gehouden met veranderingen en trends in de palliatieve zorgsector.
 - De toegang tot palliatieve zorg zou moeten bepaald worden aan de hand van zorgnood, maar nu gaat het vaak op basis van levensverwachting (Zo zit staat het nu toch in de wetgeving). De begeleiding van palliatieve patiënten wordt ook alsmear ingewikkelder, en de context wordt belangrijker.
 - Bv. Een persoon krijgt een kanker diagnose, en is hierna open voor ondersteuning als hij in die crisis zit. Maar tijdens de aftakeling staat hij opeens niet meer open. Daarom is het belangrijk dat die mensen de palliatieve initiatieven al kennen voor de aftakeling begint.
 - → De mogelijkheid om outreachend te werken is noodzakelijk
 - De toegang tot palliatieve zorg mag niet lineair zijn maar moet herevalueerbaar zijn
 - Bv. Thuisverpleegkundige krijgt verpleegsterforfait voor persoon, maar zelfs al is er een verkeerde diagnose gesteld door een arts, dan wordt dit toch niet meer herzien.
 - Definitie van palliatieve zorg is verouderd, en opgesteld zonder rekening te houden met fenomenen zoals euthanasie en levensmoeheid
 - Bv. ALS patiënt kan niet worden begeleid omdat zijn levensverwachting meer is dan 3 maanden
 - 70% van de vragen aan MBE gebeurt als er een euthanasievraag is, 30% in gewone zorgnood
- 2. Welke hoogte is dat zorgticket? En is er een limiet van zorgticketten?
 - Moet nog bepaald worden.
- 3. Zal dit een zorgticket zijn dat enkel voor palliatieve zorg van MBE en pDVC kan dienen of bestaat er ook competitie onder de andere organisaties?
 - Zorgticket kan enkel bij erkende zorgaanbieders gebruikt worden.

1.4 De palliatieve zorg heeft 2 poten en 4 domeinen

- 4 domeinen zijn:
 - Pijn en symptoom controle
 - Psychische welzijn
 - Sociale welzijn
 - Spirituele en existentiële
- De 2 poten zijn:
 - **Basis palliatieve zorg & Expert palliatieve zorg**

- Bv. WZC zal vooral basis palliatieve zorg bieden, maar er moet oog zijn voor gespecialiseerde palliatieve zorg
- Er wordt zowel eerstelijns- als tweedelijnszorg geboden door MBE's en pDVC's. Die tweedelijnszorg is even belangrijk en wordt in de toekomst misschien anders gefinancierd als er geen aandacht aan gegeven wordt.
 - Voorbeeld van **eerstelijns**ondersteuning: Een palliatieve equipe komt aan huis, omdat de huisarts en verpleegkundige geen tijd hebben voor psychosociale ondersteuning. Deze equipes hebben daar wel tijd voor
 - Voorbeeld van **tweedelijns**ondersteuning: De huisarts ondersteunen bij een palliatieve sedatie of euthanasie Palliatieve zorg werd ontwikkeld om hulpverleners te ondersteunen.
 - Deze tweedelijnsondersteuning gebeurt zowel voor het formele als het informele zorgnetwerk. Bv. Een huisarts en een mantelzorger. En zelfs de patiënten zelf omdat ze niet alle vragen beantwoordt krijgen door de hulpverleners.
 - Bedenking: Eigenlijk heeft de mantelzorger/vrijwilliger/huisarts ook een ticket nodig

1.5 Is zorgticket in de hand van de patiënt een goed idee?

- De trend naar vraaggestuurde zorg maakt een groot verschil in de palliatieve zorgsector
 - Taboe van palliatieve zorg maakt inburgering moeilijk
 - Financiering moet deze zorgverstrekking kunnen garanderen
 - Personeel is 80% van balanstotaal en te veel inkomsten fluctuaties maakt het heel moeilijk
 - Bedenking: Basisfinanciering van equipes is een vereiste
 - Met huidige regelgeving worden de huidige noden al niet volledig ondersteund, dus verdere onder financiering maakt het nog meer onhoudbaar
 - Enten op levensverwachting, zoals het nu gebeurt, is achterhaald, maar is verplicht
 - Wanneer dit wordt aangepast, en op basis van de zorgnood van de patiënt wordt geënt dan wordt de vraag alleen maar groter.
 - En er nu al sprake van overbevraagde MBE's
 - Bedenking: Vlaanderen speelt op 2 terreinen door 2 werkgroepen te organiseren:
 - Een werkgroep die gaat over de vermaatschappelijking van zorg, en over de toekomstige werking van palliatieve zorg in Vlaanderen.
 - Kom Op Tegen Kanker heeft gevraagd om Staten-Generaal op te stellen, en nu heeft de sector om tot eind 2020 om te kijken naar waar willen de sector wil evolueren
 - Deze werkgroep over de financiering van palliatieve zorg in VSB
- Het is afhankelijk van de definiëring van het zorgticket. Als het sowieso voor palliatieve zorg dient, dan is het misschien zelfs een incentives voor mensen om die zorg te zoeken

- Maar hier kan de valkuil ontstaan dat de organisaties alleen proberen om zoveel mogelijk mensen bij hun te krijgen en dan gaat het niet meer over de kwaliteit van zorg.
 - Regionale verankering kan hier een oplossing zijn
- Daarnaast heerst er ook een angst bij mensen en is er weinig kennis over het aanbod, dit maakt dat de toegang niet vanzelfsprekend is
 - De huisarts heeft de sleutel in handen, ook al heeft de cliënt het zorgticket in handen.
- Het wordt een maatschappelijke discussie van: Wat wil je met die PVF doen?
 - Wil je vermaatschappelijking ondersteunen?
 - CAPACITY-project gaat daar mee experimenteren, en verder onderzoeken
 - Wil je de patiënt de mogelijkheid geven om zelf te kiezen?
 - “Shopper” met een zorgticket is niet goed voor de palliatieve zorgsector wegens de vooraf genoemde drempels.
 - Op dit moment moet de huisarts en patiënt de palliatieve zorg goedkeuren. Indien we dit niet hebben, dan is het “aanklampende zorg”

1.6 pDVC

- Gebruik van pDVC in Vlaanderen is beperkt
 - In heel Vlaanderen hebben we maar 25 mensen die elke dag een pDVC bezoeken.
 - In Brussel zijn dat een 40-tal
- Hier mag een patiënt wel beroep op doen ook al heeft die meer dan 3 maanden levensverwachting
 - Bv. ALS of oncologische patiënten die niet meer willen behandeld worden
- Bedenking: Als de zorgticketten zo zullen werken als het persoonsvolgend budget in de gehandicaptensector dan zullen nog minder mensen beroep doen op pDVC
 - Het kost ongeveer €90 per dag, en moest de patiënt weten dat elke dag zoveel kost, dan zullen er misschien nog minder mensen komen. Nu wordt er bij sommige organisaties gewerkt met een gratis dagticket
 - Die zichtbaarheid van kosten maakt het misschien nog een te grote drempel
 - Bedenking: Misschien is een puntensysteem beter dan een budget
 - “Als ik van iets wil gebruik maken op mijn maat, moet er wel komen en weten dat het bestaat”. (Die eerste dag is dan ook het moeilijkste)
- Om een palliatief forfait te krijgen, dien de patiënten een document te ondertekenen waarin men zegt dat men binnen 3 maanden moet/zal overlijden.
 - “Het is hier geen autosalon, het blinkt niet, en er zijn geen kortingen”
- Bij de pDVC is er sprake van een eigen bijdrage, bij MBE's is er geen eigen bijdrage

2 Zorgvorm(en)

- Bedenking: Wordt er nu gevraagd naar de zorgvormen zoals het nu is of zoals we naar toe gaan evalueren? De sector zal nog vele veranderingen moeten ondergaan.
 - o Hier is de combinatie echter nodig. In deze werkgroep is een denkoefening nodig om deze twee situaties te verzoenen. Ook al is de palliatieve zorgsector nog maar onlangs een Vlaamse bevoegdheid geworden. De onmiddellijke gesprekken over een inkanteling van de palliatieve sector in VSB is moeilijk aangezien ze met hun organisaties nog vasthangen aan de federale regelgeving
 - o Parallel worden er al verschillende dingen beslist, maar de decreten zijn nog niet allemaal goedgekeurd
- Voor zowel MBE's als pDVC is aanklappende zorg geen zorgvorm, maar eerder een zorgfunctie

2.1 pDVC

- Semi-residentiele zorg:
 - o Mensen komen overdag, en moeten minimum 6 uur blijven, omdat RIZIV-forfait 6 uur aanwezigheid eist
 - o Nachtzorg valt niet onder deze definitie
- Aanklappende zorg:
 - o Net zoals bij MBE's is dit een kenmerk van de toeleiding van huisarts en derden
 - o Maar in kader van een gedwongen opname bijvoorbeeld, is dit niet van toepassing in pDVC

2.2 MBE

- Mobiele zorg:
 - o Bij de personen aan huis de zorg gaan verstrekken door de huisarts of andere (informele) hulpverleners te ondersteunen
- Aanklappende zorg:
 - o Vanuit zorgverstrekkers en anderen, maar nooit rechtstreeks! MBE's zijn de uitvoerende kracht, maar zijn niet zelf hulpverleners die aanklappend werken
 - o Nooit gedwongen zorg bieden, maar eerder proactief werken, en proberen om mensen over dat taboe heen te komen.
 - o "Door mildheid geïnspireerde aanklappende zorg" of "Niet-loslatende zorg"

3 Zorgfuncties

3.1 Algemene opmerkingen

- Definitie dekt de lading niet. Vrijwilligers, mantelzorgers en andere niet-professionele hulpverleners worden hier niet geïnccludeerd.
 - o Voor MBE's is dit heel belangrijk voor hun werking. Vrijwilligers doen hier veel taken, maar dit is vooral begeleiding van huisarts/mantelzorgers/derden
 - De zorgverleners doen de zorgkundige taken, maar vrijwilligers mogen wel een persoon naar het toilet begeleiden.

- De vuistregel is dat dat: Vrijwilligers doen enkel die taken die ook een mantelzorger zou doen, en het begeleiden van een persoon naar het toilet zou een mantelzorger ook doen.
 - Verder zijn de vrijwilligers ook een belangrijke schakel om vroegtijdige zorgplanning ter sprake te brengen bij de personen.
- Voor de pDVC is dit eveneens een belangrijke groep.
 - Hier doen de vrijwilligers ook soms zorgkundige taken, maar 1 professionele zorgverlener is steeds aanwezig. De rest van de groep van hulpverleners is vrijwilliger
 - Dit is hetzelfde als in een geriatrisch DVC, maar door de kleine schaal is het vaak dat je de enige zorgverlener bent op een locatie.
- De zorgfuncties zoals ze hier zijn beschreven zijn patiëntgericht, maar in praktijk worden de functies op organisatieniveau ook belangrijker

3.2 Aanmelding, screening en intake

3.2.1 pDVC

- Er worden een aantal zaken kort gecontroleerd, maar dit gebeurt niet altijd met de patiënt aanwezig. Soms gebeurt dat pas op de eerste gebruikersdag.
 - O.a.: Diagnose, voldoende mentale performantie (aangezien het een groepsdynamisch project is) en een document van de huisarts
 - Dementie is exclusiecriteria voor pDVC, deze personen worden doorgestuurd naar een geriatrisch DVC
 - Opmerking: Score op de Katz-schaal is niet nodig
- Het opstellen van het zorgplan is noodzakelijk, maar wordt pas tijdens de eerste ontmoeting met de patiënt gedaan.
 - Zorgplan is tweeledig: er is een zorgplan voor de cliënt en een zorgplan voor de mantelzorger (respijtzorg)
 - Soms ook zorgplan voor een huisdier
- Bepalen van bezoekersfrequentie wordt vaak bepaalt door de mantelzorger, en minder door de cliënt. (Vaak zijn het wel 3 dagen per week)

3.2.2 MBE

- Een zorgplan moet niet worden opgesteld, en het is systeemzorg (net als pDVC). D.w.z. dat niet enkel met de patiënt, maar ook met de mantelzorger wordt rekening gehouden.
 - Deelname van mantelzorger is wel minder typisch
- Iedereen kan zich aanmelden, maar goedkeuring van huisarts is noodzakelijk
 - Eerste contact is vaak telefonisch, en dan wordt ook het dossier opgestart
 - Dit eerste contact, en dus de aanmelding, gebeurt bijna altijd door iemand anders dan de patiënt

- Er wordt bijna altijd ingegaan op de zorgvraag, enkel als huisarts geen toestemming geeft, wordt het in vraag gesteld.
- Eerste huisbezoek is pas eerste patiënt contact
- Voor personen met een psychiatrisch verleden kunnen MBE's niet ondersteunen, hier kunnen ze enkel de huisarts ondersteunen, maar niet de persoon zelf
- Binnen de woonzorgcentra (WZC) hebben de referentiepersonen palliatieve zorg hetzelfde doel als MBE, maar ze moeten natuurlijk aanwezig zijn en mogelijkheden hebben om zorg te bieden
 - Ondersteuning door een MBE kan ook hier gebeuren, als er een complexe situatie is
- Opmerking:
 - Financiering gebeurt nu alleen als patiënt begeleiding wordt gedaan, terwijl die hulpverlener begeleiding ook heel belangrijk is en vaak gebeurt, maar dit wordt niet meegenomen
 - Een cappuccino-model lijkt hen een betere financiering voor deze sector dan het rugzakmodel aangezien ze vaak onrechtstreeks patiëntgericht zijn
- Zorgcoördinatie is een heel belangrijk doelaspect van de MBE's (maar is niet noodzakelijk)
 - Er is vaak meer sprake van praktische coördinatie. Bv. Materialen voorzien, doorverwijzen naar andere diensten of nachtzorg contacteren
 - Dit gebeurt alleen **daar waar niemand anders het opneemt** → Taakverdeling is heel belangrijk om afstemming te optimaliseren

3.3 Indicatiestelling, diagnostiek, evaluatie

3.3.1 MBE

- Huisbezoek gebeurt door verpleegkundige, maar de mantelzorger en de patiënt zijn basis aanwezig
 - Liefst ook met huisarts en eventueel thuisverpleegkundigen. Op die manier komen gezondheid en welzijn heel dichtbij elkaar
 - Waar zitten de noden? Waar kunnen de mensen iets opnemen? → Taakverdeling
 - Peilen naar waar de noden zijn in de 4 domeinen (Zie [1.3 De palliatieve zorg heeft 2 poten en 4 domeinen](#))
 - Er is een grote verscheidenheid in manieren van regeling. Zo kan de ene zorgen voor alle materialen, en doet de andere meer aan outsourcing
 - Bv. pijnpomp regelen
- Opmerking: De regionale basisfinanciering is afhankelijk van het aantal ziekenhuizen, aantal huisartsen, mate van armoede

3.4 Verzorging

3.4.1 pDVC

- Enkel de nodige semi-residentiele lichaamsverzorging
 - Het eerste toilet is thuis gebeurt, en men wilt geen vervanger van de thuisverpleger zijn

3.4.2 MBE

- Enkel in acute situatie, maar bijna nooit.
 - o Lijktooi kan worden gedaan; indien het nodig is maar uitzonderlijk
 - o Verzorgende taken worden vaak gedaan in de vorm van *bedside teaching*
 - D.w.z dat men de handelingen uitvoert om op die manier de mantelzorger/hulpverlener te tonen hoe iets moet gebeuren
 - Bv. stoma zak veranderen, herpositioneren van een bedlegerig persoon
- Men probeert heel goed te bewaken wat de persoon van de MBE kan en wat die niet kan
 - o Soms heeft iemand uit een MBE meer kennis over symptoombehandeling, maar die doet daar geen uitspraken over. Er kan wel verder ondersteunt worden, in samenwerking met andere hulpverlener

3.5 Begeleiden en Behandeling

3.5.1 pDVC

- Net zoals bij MBE's blijft de huisarts de behandelaar.
 - o Opmerking: De behandelarts is niet de equipearts. De equipearts is diegene die het behandelplan aanpast
- Zelf wordt er geen behandeling verstrekt door de werknemers, maar er kan wel behandeling plaatsvinden
 - o Dit is volledig afhankelijk van waar het pDVC centrum zich bevindt. Is dat aan een ziekenhuis of verbonden aan een netwerk?
 - De beschikbaarheid van een arts in een pDVC hangt eveneens af van de locatie
 - o Zo kan men bv. samenwerken met thuisverpleegkundigen. Soms komen behandelaars naar het centrum, soms ook niet.
 - Dit gebeurt vaak multidisciplinair

3.5.2 MBE

- Begeleiding en behandeling past niet bij MBE's, er wordt alleen begeleiding aan professionele en het niet-professioneel systeem gegeven

3.6 Activering

3.6.1 pDVC

- Deze activiteiten gebeuren vaak als dagbesteding, en om zelfredzaamheid te verhogen
 - o Bv. Soep maken
 - o Maar administratieve handelingen, enz. gebeuren puur ondersteunend. Hier wordt eerder doorverwezen naar de gepast instanties, en als dit niet lukt/gaat dan zal dit worden opgenomen door de werknemers
- Sociale contacten stimuleren is ook een van de belangrijkste onderdelen
 - Op die manier "passive at home" bestrijden

- Hier zie je ook een verschil tussen een geriatrische DVC en palliatieve DVC
- Meer mogelijkheid tot groepsdynamiek, aangezien ze meer bekwaam zijn om in interactie te gaan
- Indien ze niet capabel zijn om te communiceren, worden ze vaak niet geselecteerd
- Doelstelling: Een dag creëren zodat de persoon ook iets te vertellen heeft over zijn dag aan zijn mantelzorger/familie als ze naar huis gaan, en niet alleen andersom

3.6.2 MBE

- De definitie strookt niet echt met hun activiteiten, maar gelijkaardig met het pDVC willen ze ook een moment creëren waar de persoon ook iets te vertellen heeft
- Er is ook sprake van vrijwilligersondersteuning
 - Dit is een van de netwerkfuncties, maar gebeurt in de praktijk ook regionaal.
 - Bv. Opleiding m.b.t. hef- en til technieken, Hoe moet men omgaan met spirituele en existentiële vragen, communicatietechnieken
 - Dit gebeurt aan de hand van een maandelijkse bijeenkomst, en een opleiding en intervisies
 - Dit is noodzakelijk aan gezien de vrijwilliger wel altijd werkt onder de verpleegkundige, maar hij/zij komt wel alleen aan huis
 - Sommige deelnemers komen uit MBE's die een psycholoog voor handen hebben om de vrijwilligers te ondersteunen, die gefinancierd wordt door het netwerk, maar dit is niet altijd het geval

3.7 Dienstverlening

- NIET voor pDVC en MBE's

3.8 Wetenschappelijk onderzoek

3.8.1 pDVC

- Organiseren van psycho-educatie en educatie van de context
- Ondersteuning van studenten gebeurt af en toe, maar personeelstekorten maakt het sowieso moeilijk
- Er is een verschil tussen wetenschappelijke onderzoek en onderzoek
 - Patiënten participatie is vaak moeilijk in zo een moeilijke periode
 - Een bevraging van de patiënt of mantelzorger is iets helemaal anders dan dossiers onderzoeken

3.8.2 MBE

- Deelname aan wetenschappelijke studies
 - Er is een consensus dat deze studies heel belangrijk zijn, maar er is zeker sprake van overbevraging en dit heeft een grote impact op de werking van een MBE aangezien er geen budget is voor deze deelname
- "Onderzoek, onderwijs, en opleiding" is geen doelstelling/functies van de MBE's

- Dit staat niet in de decreten van de MBE's, maar wel in de decreten van de palliatieve netwerken.
 - Zij (de netwerken) moeten huisartsen in opleiding (HAIO's) en stagiaires meenemen, en niet MBE

3.8.3 Algemene opmerking

- Eigenlijk moet er in deze zorgfunctie ook iets staan over de rol van de maatschappij. Iemand uit een MBE is niet alleen patiënten aan het bezoeken, maar doet ook aan ondersteuning en bewustmaking bij de grotere samenleving
- Nu is er een historisch verschil tussen equipes en een netwerk
 - Netwerk heeft nu maatschappelijke opdracht decretaal vastgelegd (emancipatorisch aspect), maar in praktijk heeft MBE dezelfde opdracht, en in de praktijk gebeurt dat ook vaker bij MBE's
- Basis palliatieve zorg moet door iedereen geleverd kunnen worden, die expert-gebaseerde palliatieve zorg moet door de equipes en pDVC uitgevoerd worden
 - Welke opdracht is het nu net en tot wie is het gericht?
 - Naar de patiënt
 - Naar de organisaties
 - Naar de maatschappij
 - Bv. Educatie en preventie door vroegtijdige zorgplanning
- Bedenking: Als alleen patiëntgebonden taken worden gefinancierd dan kunnen de werknemers niet meer op opleiding

3.9 Samenwerking, overleg en uitwisseling

3.9.1 pDVC

- Er is sprake van samenwerking met verschillende professionelen, maar de mate van samenwerking hangt af van professional.
 - Bv. Logopedist, kinesist, maatschappelijk werker

3.9.2 MBE

- Er is sprake van samenwerking op verschillende niveaus, en spelen zo een cruciale rol, met een focus op cliënt en expertise
 - Bv. Reactivering van personen met kanker
 - Bv. Bedside teaching
- Opmerking: Sociale diensten van OCMW's, en logopedisten zouden sneller moeten doorverwijzen naar vroegtijdige zorgplanning
- Netwerken hebben die doelstelling om werkgroepen te organiseren, en bedside teaching uit te voeren, maar dit gebeurt in de praktijk vaak door MBE's

3.10 Spirituele en existentiële

- Werkgroepleden willen een extra zorgfunctie toevoegen, nl. het spirituele en existentiële

- Dit missen ze volledig, en hoort misschien eerder bij '3.5 Begeleiding'
 - Maar het is niet gefocust op functioneren maar eerder op noden
 - En ook niet enkel op patiëntgericht, maar op hele systeem
- Het gaat hier over de levenskwaliteit op het einde van het leven:
 - Bij het idee van kwaliteit van leven is nu eigen regie, en afstemmen op zorgnoden en sociaal systeem nog zoek.
 - Er moet gestreefd worden naar kwaliteit van leven, kwaliteit van werken en kwaliteit van samenwerken.

4 Zorglocatie

4.1 pDVC

- Binnen de eigen zorgenheid/zorgvoorziening: Semi-residentieel
- Buitenshuis en buiten een zorgenheid
 - Uitzonderlijk vinden er activiteiten plaats buiten de zorgenheid, en steeds in het kader van hun dagwerking
 - Bv. Naar IKEA of Zoo gaan

4.2 MBE

- Binnen de (eigen) thuisomgeving van de cliënt
 - Bv. bij een persoon thuis, of bij een mantelzorger thuis
- Binnen andere zorgenheid binnen de gezondheidszorg
 - Maar wel deze moet wel thuis vervangend zijn
 - bv. in een WZC
- Buitenshuis of buiten een zorgenheid
 - Soms gebeuren de eerste contacten op een neutrale plaats
 - Bv. Op de bureau of op café

5 Soorten zorg binnen VSB

5.1 Planbare zorgtraject

5.1.1 Langdurig en kortdurend

- Algemene opmerking
 - Alle werkgroepleden gaan akkoord met de definities, maar zouden de termen aanpassen
 - Spreken van bepaalde en onbepaalde duur in plaats van kortdurende en langdurige zorgvraag

pDVC

- Zorgvraag is van bepaald duur, maar de context kan hier ook een bepalende factor in spelen en dan kunnen we spreken van langdurige zorgtrajecten

- Bv. Door een verkeerde diagnose, dacht men dat de persoon nog maar enkele maanden ging leven, maar dit was niet zo. En die persoon is jaren naar het pDVC gekomen.

MBE

- Hier is een verschil met de huidige situatie, en de situatie die zich zal voordoen na de hervormingen
 - Nu:
 - Sowieso kortdurend (3 maanden is het maximum dat decretaal is vastgelegd)
 - In de praktijk is het vaak ofwel hyperkort, ofwel heel lange periodes
 - Bv. Familie vraagt pas in laatste week hulp van een MBE omdat de familie nog niet klaar was om die persoon als palliatief/terminaal te omschrijven, en er dus ook nog geen sprake was van vroegtijdige zorgplanning, maar feitelijk wel sprake van een langdurig zorgtraject voor die persoon
 - Toekomst:
 - Langdurig en niet-planbaar
 - Bv. Kankerpatiënt die behandeld kan worden maar die nu (samen met zijn netwerk) toch ondersteuning nodig heeft, zou ook moeten worden ondersteund
 - Vooral bij mensen die gebruik maken van immunotherapie of orale chemo: Dan is het heel lang proberen genezen, en dan opeens gedaan. Een MBE zou idealiter al zorg en ondersteuning bieden doorheen dat traject
 - Door een langer zorgtraject kan er ook beter gewerkt worden aan duurzame relaties tussen de cliënt, zijn systeem en de werknemers/vrijwilligers
 - Deze duurzame (vertrouwens-)relaties zijn nodig om de geschikte psychische, sociale en spirituele ondersteuning te bieden

5.2 Niet planbare zorgepisodes

5.3 Niet planbare zorgepisodes met een urgent karakter (Crisis en urgentiezorg)

5.3.1 Urgentiezorg

- Deze definitie komt niet voor bij MBE of pDVC
 - Enkel als het een situatie is waar de persoon heeft aangegeven dat hij opnieuw hulp nodig heeft
 - Daarnaast bellen we de nodige instanties bv. een ambulance en voeren de noodzakelijke handelingen uit
- MBE's zijn de enige die de urgente palliatieve zorg kunnen bieden die niet voorspelbaar is

5.3.2 Crisiszorg

- Algemene opmerking:
 - In crisissituaties is vaak een verpleegkundige vaak nodig
 - Crisis als systeem term (binnen gedrag en welzijn) is anders dan crisis als gezondheidsterm

pDVC

- Verpleegkundige moet opgeleid zijn, maar meer is er niet nodig

- In een crisis is het comfort van de patiënt en de omgeving het belangrijkste
- Palliatieve sedatie is urgentiezorg én crisiszorg
 - Eigenlijk biedt men altijd alle twee voor beide partijen (patiënt en mantelzorger)
 - Bv. psychologische ondersteuning

MBE

- Permanentie is noodzakelijk, en is altijd van toepassing
 - Die flexibiliteit is deel van hun opdracht, en zijn dus vaak diegene die crisiszorg bieden voor beide partijen
 - Bv. Familieondersteuning
 - Die telefonische permanentie is pas van toepassing vanaf men cliënt is. Vanaf dan men een MBE altijd oproepen voor crisiszorg. Gefinancierd via een forfait.
 - Deze zorgactiviteit is van korte duur, en gaat over in planbare zorg

Verslag

Titel: Werkgroep 6 persoonsvolgende financiering: **PVT's (65 plus) en woonzorgcentra met een aparte afdeling voor personen met een EPA**

Datum, uur: **Donderdag 19-09-2019, 9u30 – 12u30**

Plaats: **Herman Teirlinckgebouw Brussel, lokaal Louis Paul Boon (01.46)**

Algemene informatie

Woonzorgcentra:

- Niet gemakkelijk om in gemeenschappen te spreken, echter wel belangrijk om schotten tussen zorgsectoren te vermijden. Zorggebruikers zitten momenteel niet altijd op de juiste plaats, maar zijn er wel met een bepaalde reden terecht gekomen.
- Uitdaging om grenzen te durven stellen wanneer personen naar uw voorziening worden toegeschoven die daar niet op hun plaats zouden zitten bv. Een patiënt uit BW die onvoldoende stabiel is. Vaak kunnen de voorzieningen dit goed inschatten, maar soms heb je geen correct beeld van de cliënt en moet die toch nog worden teruggestuurd.
- Meeste WZC staan niet open voor personen met een psychische problematiek. Oneerlijkheden bv. projectfinanciering rond jongdementie. Voor personen met een psychische aandoening zie je dat niet in een WZC. Wat is het verschil tussen iemand die in de GGZ komt en dement wordt t.o.v. iemand die niet uit de GGZ komt en dement wordt?
- Leeftijdregel van 65+ om opgenomen te worden. Genoeg aanmeldingen van personen die het juiste profiel (minstens B) hebben, maar die nog niet de leeftijd van 65+ hebben bereikt.
- KATZ-schaal:
 - Psychische kwetsbaarheid wordt niet meegenomen in KATZ-schaal.
 - Heel aantal personen die bij opname een B- of C-profiel hebben, wanneer deze herscoord worden op de KATZ-schaal gaan zij naar een O of A. Qua financiering komt een O overeen met 6 minuten zorg per dag.
 - PVT: Komen soms andere scores uit op de KATZ-schaal dan voor dezelfde patiënt in een WZC. Reden: Wij hanteren binnen onze PVT zeer strikt de RIZIV-criteria, psychische kwetsbaarheid komt daar niet in voor. WZC: Is inderdaad het geval, maar cliënten stellen in een andere setting ook ander gedrag. Ook de reden waarom wij in een andere setting al gaan kijk/praten met de cliënt om te vermijden dat je een verkeerd beeld creëert.
- Acute zorgvormen worden meer afgebouwd, maar voelen de woonzorgcentra naar zich komen.

- Hoop voor de toekomst dat financiering meer zal worden afgestemd op de zorggraad bv. zoals bij BelRAI, i.t.t. de KATZ-schaal. Als personen met een psychische kwetsbaarheid al meer gefinancierd zouden worden, zou dit een financiële verbetering zijn.

PVT's

- Vroeger vooral 65-plussers, maar ondertussen heel brede range van leeftijden en steeds meer jongere personen.
- Niet mogelijk om een combinatie van statuten maken. Bv. iemand uit BW kan dagtherapie krijgen, maar iemand uit een PVT niet.
- Merendeel van de PVT's opteert ervoor om personen vanuit hun eigen ziekenhuis op te nemen. Dat leidt tot absurde situaties waarbij personen die van PVT willen veranderen eerst naar het ziekenhuis dat gekoppeld is aan deze PVT gestuurd worden.
- Invloed van Art. 107: PVT is geen woonvorm meer waar de cliënt de rest van zijn leven blijft, zoals dit vroeger wel het geval was. Meer acuut. Vage omschrijving van doelgroep in het decreet, waardoor artsen dit verschillend interpreteren. Vroeger waren er verschillende erkenningscriteria, nu geen meer en wordt er gewoon gesteld 'iedereen opnemen, niet weren volgens politieke voorkeur, lichamelijke of psychische redenen, ...'

Relatie tussen woonzorgcentra – PVT's:

- WZC: Enerzijds de stem van de mantelzorger die liever wilt dat cliënt naar een PVT gaat omdat dit goedkoper is dan een WZC. PVT is goedkoper voor persoon, maar niet voor overheid. Anderzijds ook stemmen van familie en bewindvoerder 'Je gaat die toch niet naar een WZC sturen'.
- WZC: Verschil in taalgebruik. Bv. Kooktherapie in PVT, 'eten maken' in WZC, 'muziektherapie' in PVT, 'koor' in WZC. ⇔ PVT: Niet volledig correct, 'therapie' is een woord dat we ook niet graag in de mond nemen.
- Elkaar onderling niet als concurrenten beijkend, eerder inspelend op verschillende levensfasen van de cliënt. Wanneer de cliënt de 65 jaar nadert in een PVT zal de vraag tot doorstroming naar een WZC gesteld worden. Soms jammer dat personen niet in een PVT kunnen blijven, maar anderzijds wil een bewoner soms liever in een groep van leeftijdsgenoten zitten. PVT schuift steeds meer op naar jongere personen en acuter. Verschil tussen beide settings is dat een WZC een grote doelgroep heeft die nooit psychische problemen hebben ervaren.

1 Zorgvormen

Woonzorgcentra:

- Woonzorgcentrum kan niet gekoppeld worden aan een vaste zorgvorm, is afhankelijk van het aanbod dat geboden wordt in functie van de vraag van de cliënt bv. woonzorg, kortverblijf,
- **Woonzorgcentrum en kortverblijf:**
 - Residentiële woonzorg: Aangezien het WZC een thuis vervangende situatie is, toch voor 'residentiële woonzorg' geopteerd. Echter wat twijfel met 'residentiële zorg'. Vb. uit discussie: "In een PVT heb je zowel de component 'wonen' als 'zorg', dus dat is eerder 'residentiële woonzorg'. In een woonzorgcentrum ligt de focus toch meer op zorg." Niet iedereen was met deze stelling akkoord, ondanks de combinatie van beide componenten, ligt de klemtoon toch meer op 'wonen' in een woonzorgcentrum, weerklonk ook.
- **Dagverzorgingscentra:** Geen volledige overeenstemming wat betreft de zorgvorm.

- Semi – residentiële zorg: Zorggebruiker verplaatst zich naar de zorgvoorziening, waar zorg wordt aangeboden die eveneens residentieel wordt aangeboden, maar de cliënt gaat 's avonds weer naar huis.
- Ambulante zorg: In vergelijking met vroeger krijgen de dagverzorgingscentra zorggebruikers cliënten over de vloer die slechts 1 of 2 dagen/week komen, waar dit vroeger verschillende dagen waren.
- Wat met personen die gebruik maken van de combinatie **assistentiewoning + dagopvang**? Personen wonen alleen of met twee, maar kunnen toch nog rekenen op ondersteuning. Onder wat kan dit gezien worden, woonzorg?
- WZC biedt ook ambulante zorg aan in de betekenis van bv. het hoog-laagbed ter beschikking stellen aan thuiszorgorganisaties of wanneer de noodzaak hiertoe door een lokaal dienstencentrum of de huisarts wordt gesignaleerd. Is niet wettelijk geregeld, maar eerder een service.

PVT's:

- Residentiële woonzorg of residentiële zorg:
Geen gemakkelijke keuze tussen zorgvormen:
 - Sinds 1 januari wordt van de PVT's verwacht zich te confirmeren naar het decreet. Het woordje 'wonen' kan men hier niet meer in terugvinden. Problematisch want het gaat toch over een langdurig verblijf. Echter hanteert de zorginspectie een vernieuwd referentiekader waarin het heel vaak over 'wonen' gaat, dit maakt het zeer complex.
 - Niet akkoord met eerdere stelling dat in een WZC de nadruk meer op 'zorg' komt te liggen dan in een PVT. Het stabiel houden van een cliënt met een GGZ-problematiek gebeurt eveneens door behandelingsinterventies, ook qua farma. Daarnaast wordt iedere bewoner somatisch opgevolgd door de huisarts, wat niet kan gebeuren zonder behandelinterventies.
 - Ander verhaal dan vroeger:
 - Een PVT kon enkele jaren geleden meer als een thuis vervangende setting gezien worden en viel zo meer onder 'residentiële woonzorg'. De wettelijke vereisten en dagdagelijkse praktijken maken er momenteel meer een residentiële zorgsetting van.
 - PVT wordt steeds meer een fase in het zorgtraject van een persoon i.p.v. een eindpunt. Bv. jongere die terug naar BW wilt, cliënten met een psychische problematiek die voldoende onder controle is en waar het lichamelijk meer een focus wordt die naar een WZC willen.
 - Verblijfsduur in een PVT wordt steeds korter. Hoewel de wetgever oplegt om de stabiliteit van de cliënt te behouden voor de rest van de tijd, moet er wettelijk gezien ook nog verbetering beoogd worden op bepaalde vaardigheden.

Aanklampende zorg:

WZC en PVT: Zou niet als aparte zorgvorm bekeken mogen worden. Is (dagelijks) verweven in de andere zorgvormen.

- Bewindvoering:

PVT's:

- Als de huidige definitie strikt gevolgd wordt, wordt aanklampende zorg aan 80% van de patiënten gegeven. Heel wat van de zorggebruikers hebben een bewindvoerder, niet enkel

in goederen maar ook in persoon. De PVT's beroepen zich op deze persoon wanneer zorg geweigerd wordt, maar dat kan soms lastig zijn.

- Opsplitsing bewindvoering over patiënt en over goederen gebeurt nog niet veel.
- Wie? Kan een direct familielid of een advocaat zijn. Soms wordt er door die laatste iets opgelegd en volgt de PVT dit, maar er is niet voor de uitvoering van elke zorgactie de toestemming van een advocaat nodig. Wanneer de bewindvoerder een familielid is, kan dit de situatie bemoeilijken omwille van de dubbele rol die deze persoon heeft.

Woonzorgcentra:

- Wanneer er tot het punt gekomen wordt van 'dit gaat niet meer' en er is nood aan bv. opname of een cooling-down periode, moet er naar een externe bewindvoerder worden gegaan.
- Betekenis aanklampende zorg:
 - **WZC:** Personen blijven motiveren en de zorg soms zelf overnemen. Vb. In farmacologie, bewoners die neuroleptica nemen, met een bipolaire problematiek, met Korsakov, ...
 - **PVT:** De bewoner blijven uitdagen, aan de mouw trekken, ook al wil deze dat niet. Proberen dat groeiproces dat moet worden bereikt in de begeleiding ook te realiseren.

2 Zorgfuncties

Belang van **vrijwilligers:**

Woonzorgcentra:

- Onderdeel betreffende de zorgfuncties is redelijk theoretisch en voornamelijk opgesteld vanuit het standpunt van de zorgprofessional. Dit terwijl een groot deel van de zorg gebeurt door *vrijwilligers*. M.u.v. enkele activiteiten voeren zij dezelfde taken uit als de professionals. Niet altijd gemakkelijk om hier mee om te gaan bv. Vrijwilligers geven eten bij personen met slikstoornissen. Mag eigenlijk niet, maar vanuit financieel standpunt is dit de beste oplossing. Moet iemand gediplomeerd zijn om een bewoner een bad te geven? En zo ja, wie zal dit betalen? Overheid, sociale zekerheid, bewoner?
- Naast de *economische voordelen*, zorgt een mantelzorgverzorger ook voor *verbinding met het thuismilieu*.
- Aspect dat niet vergeten mag worden: door het feit dat je als voorziening een link hebt met een PVT/psychiatrie, krijg je van hieruit ook veel vrijwilligers. Kruisbestuiving die nodig is. Vb. Personen die in arbeidszorgprojecten zittingen helpen in de cafetaria, ter beschikking zijn voor een wandeling, ...

PVT's:

- Eveneens in de PVT's de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers. Dezelfde redenering als bij de WZC. Enerzijds omwille van *economische redenen*. Anderzijds ook voor de *band die er is tussen deze personen en een bewoner*. Vb. van een pijnpunt hierbij: Man die dagelijks mee voorziet in de ondersteuning van zijn vrouw en dus aanwezig is in de PVT. Maar vanaf hij ook een boterham zou willen eten, moeten we dit eigenlijk aanrekenen. Een goede combinatie tussen het economische en menselijke luik zou nodig moeten zijn voor een kwalitatieve zorgrelatie, maar dit wordt momenteel nog niet belicht in de zorgactiviteiten.
- Vrijwilligers maken het mogelijk om op een meer *individuele* manier in te spelen op *wensen* van bewoners t.o.v. vroeger. Vb. persoon wil vrijwilligerswerk doen, maar geraakt daar niet zelfstandig dus vrijwilliger gaat mee.

2.1 Aanmelding, screening en intake + Indicatiestelling, diagnostiek, evaluatie, observatie, oriëntering, onderzoek, advisering

Woonzorgcentra:

- Proces en wachtlijsten, vb.:
 - Eén persoon volgt alle *aanmeldingen* voor alle zorgvormen die worden aangeboden op. Deze persoon heeft ook zicht op de wachtlijsten. Inschatten wat persoon nodig heeft, rekening houdend met zijn context. Wanneer personen zich aanmelden kan een flat, het woonzorgcentrum, dagverzorgingscentrum al eens bezichtigd worden.
 - Niet altijd direct duidelijk wat het gepaste antwoord is op een zorgvraag. Wanneer iemand te goed is voor opname in de zorgvoorziening die hij/zij in gedachten had, weet je dat wel vaak al bij de aanmelding.
 - Of de zorgvraag kan beantwoord worden, is mogelijk ook nog niet duidelijk. Voor kortverblijf en dagverzorging komt er vaak pas een plaats vrij wanneer iemand sterft.
 - De *intake* gebeurt door iemand anders. Als iemand naar de voorziening komt, wordt die opgevangen door de persoon die de leiding heeft van de leefgroep. Een zorg- en ondersteuningsplan wordt deze eerste dagen nog niet opgemaakt, persoon nog even op zijn plooi laten komen.
 - Tussen een aanmelding en een effectieve opname kan veel tijd zitten. Wanneer de vraag acuter wordt, wordt de aanmelding soms nog eens herhaald. Echter wordt binnen ons team enkel gekeken naar is die persoon voldoende zorgbehoevend of niet.
Het aantal zorgvragen die je krijgt, is veel groter dan personen die je uiteindelijk effectief kan helpen.
- Exclusie: Quota zorgen ervoor dat er soms nog een stap voor de aanmelding zit, bv. geen -65 jarigen met een O-profiel, daar hebben we het quota al voor bereikt.

PVT's:

- Proces en wachtlijsten:
 - Vb. 1: Eerste stappen van dit proces zijn in een PVT goed gedefinieerd. Onder *aanmelding* wordt het eerste contact verstaan, dit kan zeer divers zijn bv. telefoon van patiënt, familie, schriftelijke vraag, ... Schriftelijke aanvragen is een groot aandeel van de aanmeldingen. Om de twee weken worden alle aanmeldingen besproken in het *opnameteam*. Hierin zit de coördinerende psychiater, coördinator en hoofdverpleegkundige. Op dat moment wordt er al een *selectie* gemaakt in de ontvangen aanmeldingen. De hulpvraag wordt onderzocht. Wanneer een persoon geschikt is, komt deze op een wachtlijst terecht (die lang zijn). Na een opnameteam kunnen er verschillende stappen volgen. Soms is bijkomende informatie nodig, maar wanneer de aanmeldingen schriftelijk zijn, zijn deze meestal goed gedetailleerd. Ook een bezoek of *intake* kunnen gevolgen zijn. Soms zijn er personen die vanuit het ziekenhuis komen aankloppen. Dan gebeurt een intakegesprek wel met de patiënt, en eventueel ook met een hulpverlener of familie. Informatie die men reeds gekregen heeft, kan soms al voldoende zijn zodat er geen intake, maar enkel nog een gewoon gesprek, nodig is.
 - Vb. 2: Vast formulier dat gebruikt wordt voor de *aanmelding*. Hierna gebeurt een dossierstudie met de psychiater, afdelingshoofden en campuscoördinator die bekijken of een persoon in aanmerking komt voor *opname* of niet. Bij sommige personen kan hierna nog een extra stap volgen van nog eens op gesprek te komen (samen met psychiater en

iemand anders van de stuurgroep). Er wordt gewerkt met een korte wachtlijst van 5 kandidaten. De andere personen die zich hebben aangemeld, wordt aangeraden om uit te kijken naar een andere zorgvoorziening en later nog eens te informeren. Dit biedt een eerlijker perspectief aan de personen.

- Personen komen graag op voorhand al eens kijken, de sfeer proeven in de voorziening. Gaat vaak over heel praktische zaken: waar gelegen? Wat is het aanbod? Hoe ziet een kamer eruit? Wat betreft de zorgvraag: kan bv. ook zijn dat de cliënt in een IBW zat en dat daar werd aangegeven dat een PVT een mogelijkheid is.
- Exclusie: Personen die suïcidaal actief zijn of ernstig agressief worden sowieso geëxcludeerd van mogelijke opname. Aangezien er geen fixatiemaatregelen genomen kunnen worden, kan er geen veilig kader geboden worden om deze personen op te nemen.

2.2 Verzorging

Niet altijd duidelijk waar het onderscheid tussen zorg en begeleiding ligt.

Woonzorgcentra:

- Kan je eten geven bekijken als zorg? Bij de ene bewoner zal dat inderdaad het geval zijn, maar bij een andere mogelijks niet.
- Verzorging in het kader van het lichamenlijk en psychisch functioneren van onze doelgroep. Allemaal onder zorg geplaatst. ⇔ PVT: Kan het psychische niet eerder als begeleiding gezien worden?

2.3 Begeleiding, ondersteuning, psycho-educatie

Woonzorgcentra:

- Begeleiding gaat inderdaad breder dan enkel het lichamenlijk, dus dat geeft de huidige definitie goed weer. Is niet altijd gemakkelijk te onderscheiden van verzorging omdat bv. een kinesist niet enkel masseert, maar ook belangrijke zaken doorgeeft aan de verpleegkundige.
- *Middelenbeheer*: Mag niet in een woonzorgcentrum, wel in IBW.
- Palliatieve zorg: *Referentiepersonen* voor dementie krijgen extra financiering, voor palliatieve zorg niet. Euthanasie vormt een onderdeel van waardige zorg. De christelijke achtergrond van een organisatie is iets wat in het achterhoofd blijft, maar als aan alle wettelijk voorwaarden is voldaan, is het oké.
- *Transport*: Onder begeleiding kan ook begeleiding van de bewoner naar onderzoeken in het ziekenhuis vallen. Hier is binnen de voorziening geen personeel voor. Momenteel wordt dit via extern vervoer geregeld, met grote kosten als gevolg. Transport in het algemeen vormt een groot probleem. Voor sommige bewoners moet dit enkel op voorhand geregeld worden, maar bij andere moet een begeleider voorzien worden. De begeleidingskost die hiermee gepaard gaat, wordt gefactureerd aan de bewoner. Nochtans kunnen deze zaken van grote waarde zijn vb. naar kerkhof gaan, zus bezoeken die ver woont.

PVT's:

- Nog een verschil tussen budgetbeheer en geldbeheer.
- Er zijn *trajecten* die focussen op de *zelfstandigheid* van de bewoner in verschillende domeinen bv. medicatie- of budgetbeheer.
- *Vroegtijdige zorgplanning*: Wordt wel over gesproken in PVT's, vanaf 65 +. Palliatieve zorg is geen doel op zich, maar wanneer de situatie zich voordoet wordt er wel op ingespeeld. Geen palliatieve

specialisten in het zorgteam. Palliatief netwerk wordt gecontacteerd en er is een referentiepersoon voor palliatieve zorg vanuit het ziekenhuis. Hoe deze gefinancierd wordt, is niet geweten. Euthanasie ligt gevoeliger en is niet altijd een evidentie, ook hier kan de christelijke achtergrond van een organisatie een invloed hebben.

2.4 Specialistische en methodische behandeling

Woonzorgcentra:

- Eén van de aanwezige WZC dacht oorspronkelijk dat deze zorgfunctie niet voorkwam in het WZC. Na verduidelijking dat hier ook kortdurende zorgactiviteiten, therapie, in de enge betekenis van het woord toebehoren (bv. wondzorg, antibioticakuur), lijkt dit echter wel aan de orde. Vele zaken zijn echter *niet specifiek, doelgericht georganiseerd*. Bv. geen methodische gesprekken organiseren om de bewoner zich beter te laten voelen. Hulpverleners praten doorheen hun zorg door, dit is niet op een systematische, gerichte of therapeutische manier. Dergelijke activiteiten kunnen niet aan een bepaalde functie worden gekoppeld, ze kunnen zowel door de verpleegkundige als iemand van de onderhoudsdienst worden uitgevoerd.
- Heupfracturen etc.: Een kinesist is intern voorzien, maar de woonzorgcentra zijn een thuis vervangende setting, geen revalidatiecentrum. Wanneer er echt *intensief gerevalideerd* moet worden, kunnen we dit dus niet aanbieden.

PVT's:

- Persoon met *suïcidale gedachten*, zal extern hulp moeten zoeken.
- Niet altijd gemakkelijk in communicatie naar andere zorgsettings toe bv. ziekenhuis, om duidelijk te maken dat de *dergelijke specialistische zorg niet geboden* kan worden zoals bv. revalidatie na heupfractuur. Soms moet hen echt de vraag gesteld worden 'Zou u de persoon in deze conditie laten vertrekken als hij terug naar huis ging?'
- In tegenstelling tot de woonzorgcentra komt bv. de *kinesisten* bij de PVT's van buitenaf.

2.5 Activering, tijdsinvulling, arbeid, bezigheid, vrije tijd, vorming

Woonzorgcentra:

- *Arbeid* is een onderdeel dat weggelaten mag worden. Er wordt wel gezocht naar een zinvolle daginvulling voor zij die willen (bv. vrijwilliger cafetaria), maar niet in het reguliere arbeidscircuit.
- Bijvoorbeeld: Er wordt getracht om deze activiteiten *zoveel als mogelijk buitenshuis* te leggen bv. in lokaal dienstencentrum. Vervoer vormt hier wel een pijnpunt in (zie ook 2.3, transport). Naar personeelsbezetting toe kunnen deze zaken niet altijd aangeboden worden, wel is er reeds de mentaliteitswijziging dat activering een taak is van iedereen en niet enkel van animatoren of ergotherapeuten. Uiteraard zijn er wel bepaalde hulpverleners meer specifiek mee bezig. Zij worden ook 1 weekend op 3 ingezet als dienstverlening naar de bewoners toe.

PVT's:

- Maatschappelijk werkster is de persoon die op zoek gaat naar vrijwilligerswerk etc. voor de bewoners.

- Leefgroepmedewerkers bieden een *divers programma* aan voor zij die willen. Ook hier wordt zoveel als mogelijk het aanbod *buitenshuis* gelegd. Afhankelijk van de cliënt is de begeleiding hierin meer of minder intensief bv. hulpverlener is enkel betrokken bij de kennismaking met de nieuwe dagbesteding tot hulpverlener werkt samen met de cliënt mee in een kringloopwinkel.

2.6 Dienstverlening, vorming, preventie, informatie, supervisie

- **Dienstverlening:** PVT: Na ontslag van een bewoner wordt er contact gehouden met de setting waarnaar hij/zij is verhuisd. Zo kunnen er bijvoorbeeld vragen volgen betreffende het baden van de persoon die van een PVT naar een woonzorgcentrum is verhuisd. Dan wordt er door een hulpverlener eens langs gegaan in de nieuwe zorgsetting. Wordt ook door het decreet vastgelegd dat je dit qua personeel moet voorzien, niet wat betreft infrastructuur. ⇔ WZC: Dit is bij ons minder voorkomend.

- **Vorming en personeel:**

Woonzorgcentra:

- *Voorbeelden* vorming en informatie:
 - Organiseren van familieavonden rond dementie, valpreventie. Vaak ook externe sprekers bv. vrederechter die komt spreken over bewindvoering.
 - Omgaan met psychische kwetsbaarheid zit niet ingebed in opleiding van personeel. Genoodzaakt om hier zelf op in te zetten bv. Vorming rond psychofarmaca, het opvolgen en observeren van psychische kwetsbaarheid.
- *Opleidingsniveau van zorgkundigen:* Ligt in vergelijking met een PZ lager binnen WZC. Ook de verhouding qua aantal verpleegkundige en zorgkundige is anders in een PVT (meer vpk) dan in een WZC. Hier moet rekening mee gehouden worden op verschillende domeinen bv. coaching, communicatie, outcome.
- *Kennis binnenhalen is niet altijd evident*, ook wat betreft terugbetaling bv. psychiater.

PVT's:

- In eerste instantie vooral een grote uitdaging om *geschikt personeel te vinden*, zeker wat betreft psychiatrisch verpleegkundigen.
- *Voorbeelden* vorming en informatie:
 - Driedaagse opleiding rond herstelondersteunend werken. Manier van werken staat ingeschreven in de wetgeving maar iedereen heeft er een ander idee omtrent.
 - Opleiding rond SRH-model, indien deze niet wordt gevolgd kan men niet in de PVT in kwestie blijven werken.
 - Valpreventie, hoe erken je gebruik van illegale middelen, preventiecampagne rond griepvaccinatie (zowel voor cliënten als medewerkers), voedselveiligheid en -hygiëne.
- *Intervisie, supervisie en coaching on the floor:* een must, maar vraagt veel tijd bv. zaken opmerken bij bewoners, ...
- Werken met *geautomatiseerd incidentenmeldingssysteem*. Na ieder incident wordt er een analyse gemaakt en volgt eventueel een actieplan. Kan zeer breed zijn. Valincidenten, medicatiefouten, agressie, procedurele fouten.

2.7 Wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, opleiding

- Masterstudenten die onderzoek doen (bv. rond seksualiteit in PVT), begeleiden van stages. Met dergelijke vragen worden de voorzieningen vaak overladen, maar tijd ontbreekt.
- VIP² en audits. Voor PVT een keuze, voor WZC verplicht met het oog op erkenning.

2.8 Samenwerking, overleg, uitwisseling en samen inzetten van expertise van (netwerk-)partners

Woonzorgcentra:

- *Verplichte samenwerkingsovereenkomsten* zijn er altijd geweest, maar je bent hier redelijk vrij in om deze in te vullen zoals je wilt.
- Vb. naar zaken die de voorzieningen missen qua samenwerking:
 - Officiële *crisisbedden en time-out bedden*. Liefst provinciaal standaard voorzien. Als personen met een psychische kwetsbaarheid in een woonzorgcentrum zitten en zij hebben een terugval in pathologie/destabilisatie dan is de keuze momenteel nog vaak colloqueren of politie.
 - PVT: Een weekje *time-out* kan voordelig zijn voor een patiënt en de groep waarin hij zit. Maar als je naar een ziekenhuis wilt, kan dit niet zonder goede reden. Dit terwijl er toch een nauwe band is vanuit een PVT. Vanuit een WZC is dit al zeker geen evidentie.

3 Zorglocaties

Woonzorgcentra & PVT

- Binnen de eigen zorgenheid/zorgvoorziening.
- Binnen een andere zorgenheid binnen de gezondheidszorg. Bv. Begeleiding patiënten bij consultaties buitenshuis, gespecialiseerde medische zorg.

4 Soorten zorg binnen VSB

4.1 Kortdurende en langdurende zorgtrajecten

Woonzorgcentra:

- *Beide zorgtrajecten* zijn mogelijk in een woonzorgcentrum. Kortverblijf is kortdurend, hoewel personen hier soms een langdurig zorgtraject proberen van de maken. Is moeilijk om te bewaken.

PVT's:

- Duur van zorgtraject is niet op voorhand afgebakend in een PVT, maar wordt wel *korter t.o.v. vroeger*. Andere PVT: *Langdurige* zorgtrajecten, maar we vullen ze zo kortdurend in.
- Nood aan wettelijke erkenning van kortverblijf binnen een PVT.

4.2 Niet-planbare zorgepisodes met een urgent karakter

Urgentiezorg

Woonzorgcentra:

- Voorbeelden: Personen met acute decompensatie, agressieproblematiek, acute psychose, paranoia. Zorgsetting kan hier geen veilige context voor bieden. Woonzorgcentra hebben meestal geen isolatieruimte. Zorg wordt enkel op zich genomen tot een oplossing gevonden is.

- Acute urgenties zijn niet altijd gemakkelijk om op te volgen. Vb. Probleem dat zich vrijdagavond stelt, politie wordt gebeld maar deze willen niet ingrijpen omdat 'cliënt al een verblijfplaats heeft.'

PVT's:

- Voorbeelden: Personen met suïcidale gedachten. Zorgsetting kan hier geen veilige context voor bieden, is een ziekenhuisomkadering voor nodig.
- Elke urgentiesituatie moet extern worden doorverwezen naar een AZ of PZ. Buiten bv. reanimatie etc. Tenzij cliënt vooraf heeft duidelijk gemaakt dat dit niet gewenst is, maar dan is de 'dienst' niet meer van toepassing in de definitie van 'urgentiezorg'.

Crisis zorg:

WZC: Zorg die geleverd wordt, maar kan zeer breed zijn bv. een lekkende radiator in een assistentiewoning, lift die niet werkt.

Andere

Geen tijd meer om extra vraag van voorbereidend document te overlopen. Werkgroepleden mogen feedback/input per mail aan onderzoeker bezorgen.

Verslag

Titel: Werkgroep 7 persoonsvolgende financiering: Psychiatrisch verzorgingstehuizen (PVT) met doelgroep jonger dan 65

Datum, uur: 24-09-2019, 9u30 – 12u30

Plaats: Herman Teirlinckgebouw Brussel

1 Algemene informatie Kenmerken van de zorgvormen/ algemene bedenkingen

- Vaststelling van bepaalde voorzieningen dat doelgroep verjongt, met meer gedragsproblemen tot gevolg.
- Ook instroom van personen met een mentale beperking (prioriteit 3 – VAPH, te oud, eigen woonst), aangezien deze mensen wel uit de VAPH-boot vallen. Sommige PVTs voorzien ook plaatsen voor personen met een mentale beperking. Sommige (zeker niet allemaal) PVTs kunnen ze laten instromen naar WZC met EPA (meer zelfs dan personen met een psychiatrische beperking) op basis van de somatische zorg.
- Een voorziening die ook inclusief is voor personen met NAH. Andere doen dit niet omdat ze vinden dat ze beter af zouden zijn binnen VAPH. Doorstroom van PVT naar VAPH vindt maar zelden plaats. Sommige personen met een mentale beperking zouden soms beter in een PVT zorg krijgen, maar dit is zeer beperkt groep en moet casus per casus bekeken worden.
- Exclusie opname PVT voor bepaalde voorzieningen: alcohol en dementie
- Personen met chronische problematieken worden minder langdurig opgenomen in het algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ), waardoor deze opgenomen worden in de PVT. Dus meer instroom en meer noden. Moeten ook doorstromen naar Beschut Wonen enzovoort, maar personen zijn dit niet meer gewoon omdat ze langdurig in het ziekenhuis aanwezig zijn geweest waar ze zelfstandigheid verloren. Dus meer instroom en meer noden. Personen moeten ook doorstromen naar Beschut Wonen enzovoort, maar zijn dit niet meer gewoon.
- Andere voorzieningen geven aan dat de leeftijd stijgt daarentegen. Dit is het geval voor personen met een mentale beperking afkomstig van de PVT zelf, waardoor ze zelf een ortho kunnen voorzien.

2 Reacties/vragen op de voorbereidende nota voor deze werkgroep

- Dagbesteding toevoegen (zie verder).

- Permanent toezicht op de zorggebruikers gaat meer over aanwezigheid, beschikbaarheid.
- Psychiater is niet verantwoordelijk voor al zaken opgesomd in de tekst, zoals bijvoorbeeld vormingsbeleid. Dit is een taak van de directie en coördinator.
- Er is geen taakomschrijving van de coördinator.
- Psycho-educatie gaat niet enkel over medicatie.
- Elke zorgvoorziening bepaald zijn eigen exclusiecriteria op dit moment. Het aanbod is gelinkt aan de begeleiding die we kunnen geven. Zo kiest een bepaalde voorziening ervoor om bijvoorbeeld geen cliënten op te nemen met NAH omdat ze aannemen dat deze gelinkt zijn aan VAPH en hun voorzieningen. Andere PVTs doen dit wel.
- Onderscheid PVT & Initiatieven Beschut Wonen (IBW): Binnen een PVT is er permanente toezicht en ondersteuning in vergelijking met IBW. Binnen IBW is wel een oproeptijd, maar deze kan telefonisch plaatsvinden. In het BVR is deze zelfs weggefallen, maar is er praktisch nog wel.
- De algemene werkingsnormen verwijzen naar het huishoudelijk reglement. Bijvoorbeeld: of er al dan niet huisdieren zijn toegelaten.
- Psycho-educatie en psychosociale interventies: kan de gesprekken met de psycholoog omvatten; herstelgericht werken is eigenlijk psychosociale interventie an sich.

3 Zorgvormen

3.1 Residentiële zorg of residentiële woonzorg

- Woonzorg aangezien we door de stijgende zorg- en behandelneed, ondanks dat onze mensen eigenlijk uitbehandeld zouden moeten zijn (of onbehandeld), soms meer beginnen lijken op de WZC. Link komt bij 'woonzorg' meer bij wonen, terwijl er meer en meer de nadruk komt op 'zorg'. Een lid van de werkgroep is niet akkoord dat PVTs dienen voor personen die uitbehandeld zijn. Ziekenhuizen sturen soms door als mensen nog niet klaar zijn om een behandeling te volgen; nood aan stabiliseren in PVT om op termijn opnieuw naar het ziekenhuis doorgezonden worden.

Iemand is eveneens niet akkoord dat de behandelvormen niet aansluiten, maar soms kunnen personen niet terug – omdat ze opnieuw dakloos zijn – om in het ziekenhuis aan te sluiten bij de behandelvorm. Ook niet mogelijk om ambulante therapie aan te sluiten bij een CGG of zelfstandig therapeut.

Moeilijkheid bij residentiële woonzorg is dat de klemtoon niet ligt op het wonen binnen PVT. Wij geven GGZ binnen de wooncontext (varieert ook binnen bijvoorbeeld Beschut Wonen). Residentiële woonzorg lijkt 'permanent' te zijn, terwijl de flexibiliteit van de toekomstige PVT hiermee in het gedrang komt. Dit onderscheidt ons van een WZC, of van een populatie jongeren die wel wenst door te stromen en sommigen die meer permanent bij ons verblijven. Zorg op maat en flexibiliteit (jaarlijks bekijken of personen nog zinvol verblijven in de PVT) aanbieden. Dit is een expliciete opdracht van de overheid momenteel. Doorstroom is dus ook belangrijk, niet 'permanent' verblijf. Past ook meer binnen de herstelvisie door te kijken hoe we de uitstroom kunnen bewerkstelligen. Hoe kan de persoon bijvoorbeeld in de straat gaan wonen (mogelijk via PVR), iets gaan huren... en gaan we hen tegelijk blijven opvolgen. Faciliteiten aanbieden zoals 's middags komen eten, medicatie komen afhalen. Continue doorstroom is echter niet noodzakelijk. Personen moeten niet steeds doorgroeien. De wensen van persoon moeten doorslaggevend zijn.

Op basis van bovenstaande komt men tot het besluit dat men liever spreekt van residentiële zorg binnen een wooncontext. Op langere termijn moeten we naar een andere organisatie zonder schotten.

- Kijken vanuit het standpunt van langdurige zorg. Wij zijn daar een deeltje van, maar is weinig gedifferentieerd in de regio. Wij hebben zelf ook nood aan meer differentiatie op het niveau van de cliënt. Er zijn geen personen geen nood hebben aan die 24/24 uur observatie, maar niet naar Beschut

Wonen kunnen. Komt dus wat kunstmatig over om de zaken op te delen. Aanbod moet dus zo gedifferentieerd mogelijk zijn. Dagstoelen binnen een PVT zouden in die zin handig zijn. Nacht-PVT kan een differentiatie zijn. Wij moeten alles brengen omdat er zogezegd geen zorg meer mogelijk is. Het zou fijn zijn als mensen naar een dagcentrum kunnen, naar een VAPH kunnen. Nacht-PVT bieden net dat veiligheidsgevoel aan dat zij 's nachts er kunnen blijven.

- Langdurige zorg waarbij personen verschillende zorgvormen kunnen combineren is noodzakelijk. Bijvoorbeeld: Activiteiten volgen in een dagcentrum, of mensen met een beperking die VAPH-activiteiten volgen. Nu zijn we aparte entiteiten. Die tijd is voorbij: we willen kunnen werken vanuit het netwerk.
- Aanvragen naar VAPH vanuit PVT, maar die we niet kunnen opschalen. Als we dat geleidelijk zouden kunnen doen, zou dit veel beter zijn.
- Schotten tussen sectoren wegen nemen. Kijken vanuit de nood van de cliënt op het moment. COVIAS-verhaal in West-Vlaanderen is positief, maar PVTs zijn hier bv. niet in geïncorporeerd vanwege de grootte van het project.
- Niet kijken naar: 'wie kan het eerste zorg bieden' (PVT of VAPH bv.), maar wel 'wat is de beste zorg' Hierbij wordt er aangehaald door een lid van de werkgroep dat dit een onrealistisch gegeven is dat dit steeds kan: soms is er nood om direct iets te vinden.
- Sommige personen vallen buiten de residentiële zorgprogramma's in het ziekenhuis, waardoor deze in langdurige zorg komen (wat vaak niet hoeft).
- Crisis en aanklappende zorg komen we eerder tegen binnen onze context, maar is eerder als functie. Kijken naar wat we willen in PVT en wat er in het ziekenhuis kan aangeboden worden. Soms moeilijk voor personen om crisissen bij andere personen te aanzien binnen de afdeling. Is herstel belemmerend; ook omdat er zo'n brede populatie aan zorgprofielen aanwezig is binnen één afdeling. Wensgericht werken bij personen met decorumverlies versus personen met trauma en zonder decorumverlies is bijvoorbeeld moeilijk. Het 'samenleven' is moeilijk. In Brugge hebben ze een langdurige zorgafdeling (schelpwonen) met afgebakende grenzen mét herstelvisie in het ziekenhuis – en het zou daar moeten blijven. Wij moeten meer herstelondersteunend zijn; geen afzonderingskamers in PVT.

3.2 Aanklappende zorg

- Aanklappende zorg is een zorgfunctie i.p.v. zorgvorm
- Aanklappende zorg kan een zorgfunctie dus voor ons en niet zozeer een zorgvorm voor ons op basis van de definitie.
- Aanklamping hoort soms bij de PVT, bijvoorbeeld liefst geen gesloten deuren, afzonderingskamers...
- Voor een lid van de werkgroep is het overnemen van taken geen aanklappende zorg.
- Bemoeizorg is echter aanduiden bij personen wat de wensen zijn van de omgeving bv. in hygiëne, verzorging. Bij maatwerk gaat het er echter om dit soms los te maken.
- Crustatieve zorg (Ilse De Korte) omvat tegen principes van 'goede zorg' ingaan om de mensen de omkadering te geven die ze eigenlijk nodig hebben. Bv. mensen met longkanker toch laten roken. Bv. strijd aangaan met iemand die benzo-verslaafd is bij palliatieve zorg (bij uitbehandelde personen). In schelpzorg gaan ze het iets meer afgrenzen.
 - Bijvoorbeeld:
 - In de context van alcoholverslaving: wensgericht werken werkt hier niet; maar we gaan hen wel meer afgrenzen.
 - Chronische heroïnegebruiker: gedrag tolereren voor omkadering, wondverzorging en wonen maar we gaan niet meer sturen naar wensgericht afhelpen van de verslaving.

4 Zorgfuncties

- Werkgroepleden zien aanklappende zorg ook als een zorgfunctie.
- Moeilijkheden met het woord zorgactiviteit. Persoonlijk professioneel werken komt hier niet in terug. In een PVT zijn mensen bij elkaar, en vervolgens kijken naar wat personen professioneel nodig hebben. Maar eerst hebben we aandacht voor wat personen eerst als mens – samen – nodig hebben.
- Er wordt geen melding gemaakt van gestructureerd of methodisch handelen. Bovendien worden niet alle zorgactiviteiten gedaan door zorgprofessionals. Bijvoorbeeld: ervaringsdeskundigen vallen hier ook niet onder.
- Deze zorgactiviteiten zijn definities gelinkt aan professionele, niet gericht op talenten van personen. Zijn richtinggevende vragen bij sollicitaties om het menselijke aspect naar boven te kijken. Eigen aan PVTs is dat we transdisciplinair werken en onze functies of opleidingen overstijgen. Bv. iemand die muziek speelt, richt een bandje op. Of iemand die hout zaagt, kan een activiteit opstarten. We werken ook met bewonersvertegenwoordigers of vrijwilligers. Doen aan psychosociale begeleiding, vrijetijdsactiviteiten, buddy begeleiding bij palliatief proces.
- Een werkgroeplid geeft aan dat ze iedereen woonbegeleider noemen. Soms is het moeilijk voor personen om hun functie los te laten, maar we zijn allen woonbegeleider. We kijken naar het geheel van personen in plaats van taken.

4.1 Aanmelding, screening en intake

- Algemene conclusie: Screening gebeurt, met aanmelding. Intake gebeurt vaak met bewoner en context en verschaft informatie over het verblijf. Verschilt met het onthaal. Ook is er vaak tijd tussen de intake en het onthaal vanwege beschikbaarheid van studio's. Dus ook geen onmiddellijke verwijzing mogelijk zoals in de definitie staat.
 - Bijvoorbeeld: We krijgen een aanmelding en dan een intake (kennismakingsgesprek). Is echter niet kort: dit is echt een ontmoeting tussen mensen.
 - Bijvoorbeeld: Het zijn begrippen die we gebruiken, maar moeite met de begrippen. Aanmelding gebeurt vaak veel vroeger, waarbij alles al in kaart gebracht werd. We kijken eerder of de personen passen in de zorg die we aanbieden. Ik vind dit een aanmelding of kennismaking, en geen echte screening. We nemen aan dat de verwijzer de context kennen. We gaan zelden oriënteren of weigeren. Wij werken met langdurige zorg.
 - Twee andere werkgroepleden geven aan dat ze wel screenen en personen weigeren. Vaak is er een aanmelding voor zowel PVT, Beschut Wonen en Mobiele teams, die dan wel naar de beste plaats verwezen moeten worden.
 - Het belang van overkoepelend werken wordt opnieuw benadrukt.
 - Bijvoorbeeld in Antwerpen doen we onze eigen aanmelding en screening. We vragen dossiers op en bekijken we de intake-procedure. Daar kan het traject al stoppen. In GGZ Kempen hebben we een centraal aanmeldingspunt Wonen met telefonische screening en vervolgens nog een fysieke intake. Niet altijd een afwijzing vanuit de voorziening zelf, wel door cliënt. Een ander lid vindt wel dat dit de verantwoordelijkheid van de verwijzer is om dit te bekijken (en zal daardoor zelf niet weigeren).
 - Screening is wel een taak van de PVTs. Turks meisje, gehuisvest in Merelbeke, niet in staat om bij ouders te wonen in Gent. Vindt dit bv. geen geschikte indicatiestelling om hen te laten wonen zo ver van huis; beter in PVT nabij Gent.

4.2 Indicatiestelling, diagnostiek, evaluatie, observatie, oriëntering, onderzoek, advisering

- Over de jaren heen hebben we de 'diagnose' wat losgelaten. Nu wel intake van personen die nood hebben aan een professionele blik.
- Soms is hier wel nood aan, maar we kunnen dit niet zelf aanbieden. We hebben hiervoor externen nodig en dit wordt ook niet terugbetaald. Bijvoorbeeld: opklaren psychose met bekijken onderliggend ASS-spectrum.
- Werkgroeplid geeft aan dat interne psycholoog neemt bij hen wel de diagnostiek van dementie op zich.
- Werkgroeplid geeft aan dat ze wel de emotionele en existentiële behoeften van personen observeren.
- Diagnostiek is geen primaire opdracht, maar kan gebeuren als het nodig is.

4.3 Verzorging

- Verzorging maakt deel uit van hun pakket. Nog meer aanwezig bij oudere personen. Verschilt natuurlijk van doelgroep tot doelgroep.
- Soms vraagt het meer tijd om mensen aan te sporen om zich te wassen in plaats van ze zelf te wassen.
- Definitie moet wel aangepast worden naar het bieden van hulp en ondersteuning. Nadruk op het motiveren tot zelfzorg. Een lid van de werkgroep vraagt zich af of dit niet meer begeleiding dan echte verzorging is? Het stimuleren tot zelfredzaamheid en autonomie is soms meer gericht op ondersteuning. Het hangt ervan af wat er nodig is. Sommige mensen hebben op sommige dagen zorg nodig, op andere dagen ondersteuning.
- Iemand merkt op dat autonomie als ideaal moet loslaten worden. Niet goed om mensen altijd alles zelf te laten doen.

4.4 Begeleiding, ondersteuning, psycho-educatie

- Opmerking bij definiëring van deze zorgfunctie: eerder spreken over levensdomeinen in plaats van 'vlakken'.
- Dit is een oude definitie. Herstelgericht denken gaat meer over levensdomeinen en persoonlijke domeinen. Wij doen het wel, maar noemen het anders.
- Steunend Relationeel Handelen (SRH): methodiek om herstelgericht te werken. Opgeschoven naar het relationele. Terug opnemen van het leven; maar niet met het autonome denken als ideaal.
- Richten op de krachten, wensen en mogelijkheden. Niet richten op het functioneren, zoals in de zin staat – legt een negatieve focus. 'Voorkomen van', 'terugval', 'draaglijk maken'... SRH omvat leren, werken, vrije tijd...
- Een werkgroeplid geeft aan het deel 'samenleven' te missen. Heel veel tijd gaat naar dit dynamisch aspect. Hierbij wordt opgemerkt dat samenleven ook in de definitie van begeleiding vervat zit. Dit komt echter te zwak uit de definitie. Groep an sich komt niet aan bod in de definiëring. De domeinen zijn individueel gericht. Samenleven – samenwonen is bij ons van belang. Begeleiding moet hier heel wat tijd in stoppen. Onze infrastructuur is hier momenteel ook op gericht. In de toekomst zou moeten gericht zijn op wanneer mensen alleen of samen willen leven, maar momenteel is dit niet mogelijk.

4.5 Specialistische en methodische behandeling

- Dit gaan we niet doen. Als dit nodig is, dan moet we naar een ziekenhuis. Wel wat ze meekrijgen vanuit het ziekenhuis, maar dit is eerder generalistisch dan specialistisch.

- Arts is niet gespecialiseerd in psychozorg of angst- en stemmingsstoornissen; gewoon een psychiater. Gericht dat het leefbaar is voor persoon zelf en personen op de afdeling, geen specialistische behandeling voor een dwangstoornis.
- Psycholoog doet preliminair werk in plaats van therapeutisch ermee aan de slag te gaan. Is eerder voorbereidend werk voor latere eventuele verwijzing.
- VSB gaat uit dat het geen medische zorg betreft binnen PVT. Maar psychiater bekijkt wel het medische luik van de bewoner en wordt van hieruit ook gefinancierd. Gaat om medicatie bijvoorbeeld. Maar is niet specialistisch en niet methodisch.
- Er wordt wel behandeld, maar eerder bijsturend of onderhoudend. Soms behandelend met medicatie.
- We hebben binnen PVT meer nodig dan wat er gegeven wordt binnen AZ. Niet-medische zorg moet dus zeker wel vermeld worden naast het medische aspect. Het gaat hierbij over het medisch-psychiatrisch aspect dus.

4.6 Activering, tijdsinvulling, arbeid, bezigheid, vrije tijd, vorming

- Weekrooster kan niet binnen herstelgericht werken. Wel afvragen of de persoon een leven heeft en of dit kwaliteitsvol is. Kwaliteit van leven staat dus prioritair. Individuele roosters zijn dus eigenlijk van belang. Op maat, kunnen afwisselen van maand tot maand.
- Is dit ook niet altijd 'georganiseerd' zoals in de definitie. Kan zeker ad hoc zijn. Er is iets in de gemeente en we gaan daarnaartoe bijvoorbeeld. Kijken naar wat zinvol is voor de persoon.
- Dagbesteding maar niet op het 'georganiseerde'. Dus niet aanbodgericht, eerder vraaggericht. Dagbesteding is niet het woord – eerder daginvulling die past bij wie je bent als persoon. Legt een andere de nadruk op het patiënt zijn – het onderhevig zijn aan de structuur in plaats van je eigen wensen.

4.7 Dienstverlening, vorming, preventie, informatie, supervisie

- We geven veel vorming intern; er is ook vorming naar bewoners – soms naar allebei tegelijk.
- Soms ook externe lesgevers, bijvoorbeeld gezondheidswerkers of oncologen. Valpreventie. Soms ook vormingen voor families. Informatiesessie over verkiezingen.
- Soms ook voor Beschut Wonen, Mobiele Teams en WZC tezamen. Omgeving wordt hierin betrokken. Kwartier maken is hier een opdracht van geworden. Wij brengen buiten naar binnen.
- Wij gaan wel meer naar buiten. Bv. bewoners laten voorlezen aan kleuters.
- We doen ook aan supervisie of intervisie.
- Niet gericht op een verbetering van condities of contexten van patiënten – de definitie klopt hierbij niet. Dit is te eng. Het is een verbetering van het samenleven. Ook gericht op begrip geven bij de omgeving en hen laten samenleven. Breder dan enkel de patiënt. Verbeterd ons als mens. Verrijking en verbetering.

4.8 Wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, opleiding

- We begeleiden stages en opleidingsactiviteiten. Het feit dat we hier zijn, toont aan dat we meedoen aan wetenschappelijk onderzoek. Ook meedoen aan BelRAI. Wel omdat we de vraag krijgen om te participeren, niet omdat we zelf op zoek gaan naar wetenschappelijk onderzoek.
- Rond zorg en behandeling kijken we wel naar evidence-based werken.
- De ROPI voor herstelgericht werken nemen we wel af, dus er is wel evidence-based werken aanwezig.

- Iemand geeft aan dat hij/zij meer voor praktisch werken is en gelooft minder in evidence-based werken. We moeten ons niet beperken aan het evidence-based werken. Schelpzorg en crustatieve zorg gaan hier ook wel wat tegen in.

4.9 Samenwerking, overleg, uitwisseling en samen inzetten van expertise van (netwerk-)partners

- Een werkgroep lid vraagt zich af wat zijn informele zorgverleners zijn en waarom we niet gewoon de term mantelzorgers hanteren?
 - Samenwerken is belangrijk, maar geen core functie van PVT.
 - Uitwisselen van informatie en expertise gebeurt zowel op nieuwe van cliënt als op niveau van de doelgroep/ gemeenschappelijk thema
 - Cliëntniveau: Wij gaan soms ook naar WZC om coaching te geven in functie van een cliënt. Ook als ze tijdelijk overgaan, moeten we ondersteuning bieden.
 - We investeren ook heel veel tijd in het betrekken van de familie. Niet enkel bij samenwerking externen zien, maar ook zeker de context.
 - Doelgroep/ gemeenschappelijk thema:
 - Een voorbeeld van samenwerken: een namiddag met medewerkers van meerdere PVTs waarop rond een thema wordt gewerkt. Weet echter niet of alle delen van de definitie op ons even goed aansluiten. Er wordt veel informatie uitgewisseld.
 - Inzetten van expertise omvat ook het inschakelen van personen waarvan je weet dat ze een bepaalde opleiding hebben genoten.
 - Zit in verschillende zorgprogramma's. Ik neem ook deel aan verschillende overlegmomenten in netwerkcomités.
 - Verschilt bij ons van netwerk tot netwerk, bijvoorbeeld als partner functie 5. Deel van het netwerkcomité in de Kempen; in Antwerpen meer verschillende partners, waardoor niet rechtstreeks aanwezig in het netwerkcomité.
 - Regionale netwerken zetten ook heel hard in hierop. PVTs zetten hier nog niet op in vanwege eerstelijnszorg.
 - Als zorg gecentraliseerd wordt, moeten we hier eigenlijk ook wel in betrokken worden.
 - De focus op het externe komt de PVT ook ten goede. Een werkgroep lid geeft aan bezig te zijn met een gemeenschappelijk dossier binnen langdurige zorg: het dossier volgt de zorggebruiker. Absolute meerwaarde: maakt niet uit waar je bent; men maakt gebruik vanaf hetzelfde dossierstructuur. Kan ook een vorming zijn naar elkaar waarbij je leert uit elkaars expertise.
Bijvoorbeeld: gemeenschappelijke intake die op een hoger niveau getild wordt. Niet alles moet op het netwerkniveau, soms ook lokaal – maar ik geef wel in de meerwaarde van het netwerk.
- ⇒ Tijd die we in extern overleg inbrengen, kunnen we niet intern besteden. Er moet werktijd zijn om aan beiden aandacht te besteden. Is een spanningsveld.
- Er kruipt heel veel tijd in intern overleg. Waar zit dat in? Samenwerking legt meer de nadruk op het externe.
 - Ook heel veel nadruk op registreren van behandelplannen, telefoontjes met familie, bedhekje omhoog zetten 's nachts, minimaal psychiatrische gegevens (MPG's), suicide inschattingen...

5 Zorglocaties

- Binnen de eigen zorgseenheid/zorgvoorzienig: residentiële component
- We doen echter veel ook op verplaatsing in de begeleidingscontext, maar niet echt ambulante dienstverlening.
- Ook online dienstverlening door personen te laten skypen met familieleden, of te skypen met bewoners zelf. Dit komt meer en meer aan bod bij de jongere populatie.

6 Soorten zorg binnen VSB

6.1 Kortdurende en langdurende zorgtrajecten

- Het gaat voornamelijk om langdurige zorgtrajecten.
- Sommige leden van de werkgroep geven aan dat de zorgtrajecten niet planbaar zijn, terwijl de definitie die er nu staat bij kortdurende en langdurende zorgtrajecten daar wel vanuit gaat. Eigen aan de GGZ is dat we niet planbaar zijn. Mensen fluctueren. Maar er wordt ook aangegeven in de werkgroep op het voorspelbare element in de definitie; het is een geheel kenmerken dat bepaalde zorg voorspelbaar maakt. Toch blijven werkgroepleden er op hamer dat het is niet planbaar. Het heeft ook niets te maken met de duur. Zorgen kunnen wijzigen afhankelijk van de zorgbehoeften.
- Er is wel een onvoorspelbaarheid in de zorg. Professionele zorg hoort hier opnieuw niet onder thuis: het is samenleven met de bewoner. Ik ben wel bang voor de metingen, want hier krijgen we dan geld voor; terwijl andere zaken misschien veel crucialer zijn en daar krijgen we dan misschien geen geld voor. Het algemeen menselijke en het brede professionele aspect (het samenleven) zit hier dan nog niet onder.
- We zijn vragende partij om ook kortdurende zorg zelf aan te bieden, maar dit kunnen we momenteel niet omdat dit niet gefinancierd wordt. Het zou goed zijn als we kortdurende trajecten zouden kunnen aanbieden, bijvoorbeeld vanuit Beschut Wonen of vanuit de thuiscontext. Conceptueel zouden we het wel kunnen; financieel gaat het niet omdat het bed dan gedurende een tijd niet bezet wordt.

6.2 Niet-planbare zorgepisodes

6.2.1 Urgentie

- We proberen iets te doen, maar we bellen wel de MUG. Heel snel externe hulp inschakelen. Juist omdat het medische aspect er komt en protocollen noodzakelijk zijn. We hebben ook de infrastructuur en het personeel er niet voor.
- Maar wat is levensbedreigend? Bv. inzetten op suicide. Dit is voor ons meer crisis eigenlijk. Omdat we kijken vanuit het menselijke perspectief, volgen we sommige mensen wel intern verder op, waardoor we soms mensen niet in totale veiligheid brengen.
- Wij verwijzen snel door; maar proberen wel de beste zorg op het moment te bieden.

6.2.2 Crisiszorg

- Gaat crisiszorg zowel over een bredere doorverwijzing naar anderen ook onder als de eigen begeleiding crisisbegeleiding?
- Vooraf bepalen hoe lang de crisis duurt doen we niet, zoals wel in de definitie staat.
- We doen wel interne begeleidingen bij crisissen, maar herbekijken wel vaak of externe doorverwijzing nodig is. Hierbij Kijken naar wat de oorzaak is, wat nodig is... Echter niet op voorhand bekijken hoe lang dit duurt.
- Crisis kan ook goed zijn, zodat ze beseffen dat hoe het momenteel gaat, dit niet goed is. Dit kan een teken zijn om ermee aan de slag te gaan.

- Interne crisisopvang is voor ons opvang voor moeilijkheden waar de eigen wooneenheid niet mee om kan. We gaan ons iets meer richten op de opvang van de gezondheid en het mentale welzijn. Meer psychiatrische ondersteuning bieden. Bijvoorbeeld: meer structuur, meer beveiliging... Dan gaan de personen naar deze eenheid. Dit mag een opdracht zijn van een PVT, geeft een werkgroep lid aan. Andere werken op een andere manier en werken daarvoor meer samen met de opname-afdeling van het ziekenhuis, en vangen de crisis niet zelf op zoals een andere voorziening aangeeft. Er is wel een kamer voor mensen om zich af te zonderen, maar deze gaat bijvoorbeeld niet op slot. Nog twee andere werkgroep leden geven aan dat het bij hun intern crisiszorg gegeven kan worden tot er nood is aan een gesloten deur. Dus bij een crisissituatie kan zowel interne opvang (indien mogelijk binnen de voorziening) als ook externe doorverwijzing gebeuren: opvang door arts, of personeel oproepen, of personeel van het ziekenhuis laten oproepen... Als het niet hanteerbaar is in het team, wordt er doorverwezen. Ook kijken of het de zoveelste crisis en de draagkracht van het team.
- Soms is er, in functie van de cliënt, ook nood aan louter een verplaatsing, waardoor de crisis voorbij is bij aankomst in het ziekenhuis. Dit geeft soms een verkeerde inschatting.
- Ziekenhuis vraagt soms wel om de termijn af te bakenen. Staat geen maximum op, maar op basis van de financiering en de vraag moet er soms een herevaluatie plaatsvinden.
- Vraag van de onderzoeker of het nog gaat om crisis als de persoon als er drie weken in het ziekenhuis is?
 - Het gaat dan vaak nog om optimalisatie.
 - Soms voor jonge mensen die een woonst verliezen, is er ook nood om een traject te vinden om dit op te vangen en te bekijken of het leven buiten nog mogelijk is (opnieuw op wachtlijst komen)
 - Crisis wordt soms versterkt doordat mensen bang zijn om een plaatsje te verliezen.
 - Tegelijk kan een crisis soms een groeimoment zijn.
- Een werkgroep lid geeft aan dat ze blijven dagelijks langsgaan in het (psychiatrisch) ziekenhuis voor opvolging, kleren te brengen... Zorg stopt niet bij crisisopvang. Ook kaderen aan familie via gesprek, herevaluatie van het bed... neemt tijd in. Ook afspreken met het ziekenhuis wat zij en wij verwachten. Veel meer werk dan dat ze eigenlijk op de eenheid zouden blijven.

Verslag

Titel: PVF Werkgroep 8: Beschut wonen

Datum, uur: 01-10-2019, 9u30 – 12u30

Plaats: Brussel, Consciencegebouw, Epicurus

1 Extra opmerkingen

- De deelnemers van de werkgroep geven aan dat onder de noemer IBW twee elementen vervat zitten. Enerzijds de klassieke vorm van beschut wonen en anderzijds activering. Beide vormen worden apart besproken. Gezien de beperkte tijdsduur van de werkgroep werd er meer tijd besteedt aan de klassieke vorm dan aan activering. Om een beter zicht te krijgen op activering raden de leden de onderzoeker aan om het document 'Functie 3 in de netwerken geestelijke gezondheid volwassenen', uitgegeven door Zorgnet-Icuro, door te nemen.

2 Zorgvorm(en)

- Bij de definitie van zorgvorm staat mobiele zorg niet vermeld. De onderzoeker ligt toe dat deze definitie komt uit het huidige decreet VSB. Mobiele zorg werd aan de nota toegevoegd omdat uit het nieuwe decreet GGZ komt.
- De indeling in zorgvormen is een goede indeling volgens de werkgroep, met uitzondering van het stuk aanklampende zorg (zie verder).

2.1 Klassieke vorm van beschut wonen

IBW kunnen we linken aan twee methodes. Enerzijds deze die gelinkt zijn aan **begeleiding en huisvesting (1)** en de andere aan **begeleiding (2)**.

1. Begeleiding & huisvesting:

- Zorggebruikers kunnen hun domicilie er hebben.
- Begeleiding en huisvesting is gelinkt aan verschillende vormen die je binnen beschut wonen doet:
 - *Residentiële zorg:*
 - Bijvoorbeeld trainingshuizen voor verslavingszorg of andere trainingshuizen waar personen maximaal een jaar verblijven. Zorggebruikers werken hier intensief om alles

terug op orde te krijgen en werken aan hun vaardigheden. Daarna stromen ze door een groepswooning. Dit kan ook studiowonen zijn of wonen op eigen adres zijn.

- Bijvoorbeeld: Observatiehuis wanneer we niet weten wat precies de zorgvraag is, 3 à 4-tal maanden observeren en terugkoppelen aan verwijzers (meestal psychiatrisch ziekenhuis). Nagaan wat personen kunnen en wat niet. Link eerste zorgfunctie aanmelding, screening, intake. Niet in alle IBW aanwezig. De werking van een observatiehuis is niet wettelijk vastgelegd, maar vrije invulling van de werking.
- *Residentiële woonzorg* is dan een langer traject, bijvoorbeeld: 4 à 5 jaar, soms 10 jaar ondersteuning krijgen van IBW.
- Brugwonen = projectgeld (proeftuin woonzorg), in afwachting van VSB. Brugwonen zou moeten inkantelen binnen BW maar zou aangepaste financiering moeten krijgen (1 op 4 à 5), zit perfect tussen BW en PVT. Het is een regulieren wijk. Die mensen zijn te goed voor WZC, niet goed genoeg voor BW. PVT is geen optie (fysieke zorg is ook te veel) en is een voorziening heel ander schaal.
- Zorgwonen: Er wordt aangehaald dat dit ook een overstap kan zijn naar een WZC. Tussen beschut wonen en WZC: 's morgens thuisverpleging, reguliere thuiszorg, tussendoor BW komt langs, 's avonds thuisverpleging, ook voor personen die nog te goed zijn voor het WZC, net niet goed genoeg meer voor beschut wonen. Eerste lijn betrekken om het geheel mogelijk te maken.

2. Begeleiding:

Indien er enkel nood is aan begeleiding dan gaat het om **ambulante** of **mobiele zorg**. Vaak is het een combinatie, maar meestal gaat men wel aan huis. Maar mensen komen ook aan kantoor. Het is soms ook een traject, het start aan huis, daarna meer en meer aan kantoor komen om overgang te maken en wat af te bouwen om de overgang naar andere hulpverlening te maken. Ook met mensen gewoon in touch blijven: als er iets is kom je maar af dan gaan we ook niet thuis langs.

- Er wordt aangehaald dat de frequentie hoeveel/hoe vaak doe je aan en duur van begeleiding zijn niet mee overgenomen uit de tekst van De Meulemeester et al. (1998) en zijn wel bepalend in wat je gaat aanbieden. Het kan gaan van een uur ambulante om de 14 dagen maar ook heel intensief elke dag. Dat kan heel erg verschillen en is wel erg belangrijk. We hebben woningen IBW waar we 2 of 3 keer per dag langskomen, anderen veel minder. Hoe groter je schaal, hoe meer je zo'n onderscheid kan maken.
- De leden vragen zich af of de naam mobiele zorg gelinkt is aan het onderscheid met mobiele teams langdurige zorg?

2.2 Activering

- In een eerder referentiekader kregen IBW middelen voor activering. Activering bestaat hier uit vier pijlers: vorming, arbeid, ontmoeting, vrije tijd. Sommige IBW hebben deze vier pijlers geïntegreerd in één centrum, anderen hebben in samenwerking met andere partners zich specifiek gericht op één of enkele pijlers.
 - Ontmoetingscentrum is gelinkt aan vrije tijd en ontmoeten. Je kan er zomaar binnenstappen, vooral vrijwilligers. Professional probeert op laagdrempelige manier contact te leggen, verkennen waar die persoon naar op zoek is.
 - Arbeidszorgcentrum link pijler arbeid

- Activiteitencentra: deze kunnen heel eng gedefinieerd zijn in de activiteiten die ze aanbieden of net heel breed zijn.
- Daarnaast is er ook aanbod om te zoeken naar aansluiting bij reguliere circuit en dit zit niet op een locatie maar is trajectbegeleiding. Bijvoorbeeld: begeleiden in het aansluiten bij sportclub.
- Er is een tijd geweest waarbij activering vooral in functie staat van uw bewoners van beschut wonen maar dat is doorheen de jaren volledig omgekeerd. Er zijn nog een aantal bewoners die beroep doen op activering maar nu is een groot deel van de zorggebruikers die gebruik maken van activering niet gekend binnen een de klassieke vorm van beschut wonen. Personen van buiten de eigen organisatie nemen deel aan de zorgvorm activering.
- Binnen activering 3 verschillende zaken: semi-residentieel, mobiel of ambulantly. Het heeft een residuair karakter. We zetten maximaal in op vermaatschappelijking van de zorg dus wat je ambulantly kan, doe je ambulantly. Als het mobiel moet, doe je dat en pas voor die zorggebruikers waarvoor een beschermde zorgomgeving noodzakelijk is, ga je voor een semi-residentiele context. Dit is dus ingegeven door de grote verscheidenheid van vragen die mensen hebben. Er moet geen volgorde zijn. Er zijn zorggebruikers die starten in het ene en doorschuiven naar het andere. In kader van je intake en aanmelding, probeer je een screening te maken en een startpunt uit te werken en dan moet je dat gaan evalueren.

Bijvoorbeeld:

- In het kader van vrijwilligerswerk als hulpverlener mee gaat op het vrijwilligers werk dan zitten we eerder bij mobiele zorg.
- Zorggebruikers die gebruik maken van personen van BW om geholpen te worden om elders binnen het regulieren systeem aan te sluiting te vinden. Dan linken we het aan mobiele zorg.
- Dagactiviteiten centrum linkt men aan semi-residentiële zorg
- Trajectbegeleiding, IPS of andere methodieken is mobiel of ambulantly
- Binnen activering is het niet zo dat er altijd een screening gebeurt. Het is soms vrijblijvender, ze lopen binnen in een ontmoetingscentrum en merken dingen op, voelen dat aansluiting mogelijk is, komen met een vraag... Het is een stukje vrijblijvender.
- Aanklampende zorg is eerder een methodiek. Je werkt op een aanklampende wijze. Dat kan binnen elk van de andere zorgvormen terugkomen en zelfs heel erg op de voorgrond komen. Een werkgroep lid geeft aan dat het een zorgfunctie is. Al onze teams werken indien nodig aanklampend. Er wordt ook gegeven dat indien nodig, aanklampende zorg terugkomt in elke zorgfunctie die beschreven staat. Link met projecten bijvoorbeeld houding first: eerder een methodiek dan een zorgvorm. Zorggebruikers in een traject die af en toe dreigen afhaken toch aan boord houden. Dan moet je aanklampende werken als je denkt dat je ze anders gaat verliezen. Dan kan je aanklampende moeten werken in elk stap binnen het traject. Maar het kan ook apart, je kan het ook verengen tot initiatieven om mensen in het zorgaanbod te krijgen. Dan is het eerder een enge definitie van aanklampende zorg en dan zit het niet in een andere zorgfunctie, dan is het een eerste stap om ze in het aanbod te krijgen en is het een stap voor de eerste zorgfunctie methodieken.

3 Zorgfuncties

3.1 Definiëring

- Niet enkel vrijwilligers, vaak gaat het om ervaringsdeskundigen (hebben zekere opleiding genoten), maar niet iedereen heeft die opleiding gevolgd. Het is wel de evolutie maar er zijn momenteel zeker mensen die de opleiding niet gevolgd hebben.
- In het kader van activering worden ook vrijwilligers ingezet. Meestal is dat een aanvulling op de professional die de zorgactiviteit vervult. Een vrijwilliger krijgt niet de volledige verantwoordelijkheid binnen een bepaalde activiteit.
 - In ontmoetingscentra hebben we het principe van consumer run = inzet van vrijwilligers, de professional is aanvullend, bijvoorbeeld 1 medewerker voor de 2 ontmoetingscentra, is dus niet altijd aanwezig.
 - Een ontmoetingshuis is een zorgfunctie dan is de definitie zorgactiviteit niet helemaal correct, er zit geen begeleidingsplan/zorgplan achter. Het wordt vooral door vrijwilligers gedaan. Ontmoetingscentrum heeft niet altijd tot doel om een coherent aanbod van zorg te verlenen. Personen komen er binnen en buiten. In activiteitencentrum gebeurt bij zorgtraject, zorgplan door zorgprofessional voor de begeleiding en worden vrijwilliger ingeschakeld voor bepaalde activiteiten (Bijvoorbeeld 's avonds naar de film).
- Binnen BW wel ervaringswerkers, geen vrijwilligers. Er zijn er wel die met buddy's werken. Professional is nodig voor het matchen van buddy en zorggebruiker. Maar ook het coachen van zorggebruikers en buddy.

3.2 Aanmelding, screening en intake

Initiatieven beschut wonen

- We gaan meer en meer naar de definitie toe (wat meer centrale aanmelding). Vroeger eerder: Is het iemand voor ons? Nu een breder scala van vragen, als we geen eigen antwoord hebben kijken waar men dan wel terecht kan. Het is nu eerder een screening dan een aanmelding.
- Aanmelding is het telefoontje dat je krijgt en men kort de context schept. Dan stel je je de vraag of het zinvol is dat we hem aanmelden en de bundel invullen. Aanmelding is eerste exploratie, is het de moeite om verder te gaan. Aanmelding en korte screening is tijd voor dat iemand bij u effectief opgestart is.
- In de context van beschut wonen ziet men de intake tweede zorgfunctie van het moment dat de zorgvrager geïncorporeerd is en loopt ook verder in de eerste 3 maanden dat iemand verhuisd is. Je leert mensen kennen, doet observaties, trainingshuizen, sleutelmomenten en probeert een inschatting te maken maar is nooit gegarandeerd dat dat ook zo zal zijn, blijven.
- Verloop proces: Aanmelding screening (kort telefonisch) dan intake (echte inschatting al dan niet includeren) en dan is hij/zij geïncorporeerd en doe je observatie, oriëntering. Als in de definitie 'kort durende exploratie' ook 3 maanden kan inhouden dan past het wel onder zorgfunctie 2.

Activering

Aanmelding is voor elke pijler, centrum verschillend:

- Aanmelding ontmoetingscentrum: Je kan er zomaar binnenstappen, vooral vrijwilligers. Professional probeert op laagdrempelige manier contact te leggen, verkennen waar die persoon naar op zoek is. Veel vrijwilligers hier zijn mensen uit onze eigen doelgroep.

- Vorming: Zowel toeleiden, naar het reguliere circuit als zelf organiseren van vorming (Bijvoorbeeld: leren werken met tablet op maat voor onze cliënten met psychische kwetsbaarheid)
- Arbeid: Meer gestructureerd meer methodische uitgewerkt, meest strikt qua aanmelding, screening, indicatiestelling. Welk traject is mogelijk? Maar dit is ook soms het geval bij vrijetijdsbegeleiding (bijvoorbeeld: om als vrijwilliger aan de slag te gaan). Niet zozeer als men zelf een vrije tijdsinvulling zoekt maar wel als men als vrijwilliger ergens aan de slag wil gaan. Dus zowel betaald als niet betaald (vrijwilligerswerk).

3.3 Indiciestelling, diagnostiek, evaluatie, observatie, onderzoek, advisering

Initiatieven beschut wonen

- Zoals reeds aangehaald hoort Intake (het verkennen) onder deze stap thuis. Aanmelding is de eerste verkenning (korte screening), om te kijken of men moet verder gaan. Het verschil tussen de eerste en de tweede zorgfunctie bij 1 nog niet uw cliënt, bij 2 wel. Let wel bij intake komt het voor dat de persoon opgenomen in huis wordt opgenomen, dus dat is eigenlijk een stap ertussen.
- Pas na 3 maanden (begeleidingsplan opgemaakt) begint de uitvoering. Maar tijdens die 3 maanden, worden cliënten al opgevolgd, maar het wordt niet gefactureerd. De financiering is vanaf de intake, maar voor de aanmelding is er wel een aparte functie/medewerker in bepaalde organisaties. Er gebeurt ook een kennismakingsgesprek, daarna kiezen of ze zich aanmelden (nog voor de aanmelding dus).

Activering

- Arbeid: Meer gestructureerd meer methodische uitgewerkt, meest strikt qua aanmelding, screening, indicatiestelling. Welk traject is mogelijk? Maar dit is ook soms het geval bij vrijetijdsbegeleiding (bijvoorbeeld: om als vrijwilliger aan de slag te gaan). Niet zozeer als men zelf een vrije tijdsinvulling zoekt maar wel als men als vrijwilliger ergens aan de slag wil gaan. Dus zowel betaald als niet betaald (vrijwilligerswerk).

3.4 Verzorging

Initiatieven beschut wonen

- Er is aandacht voor als dat nodig blijkt bij een zorggebruiker, maar de begeleiding zorgt er vooral voor dat de eerste lijn dat kan doen. De eerste lijn wordt gecoacht om dienstverlening te kunnen uitvoeren. Eerder dan dat zij dat gaan uitvoeren. Ze moeten alert zijn dat het nodig is, als onderdeel van begeleiding. Het kan zijn in uitzonderlijke gevallen dat er handelingen worden overgenomen.
- Een lid haalt aan om definiëring van verzorging breder te definiëren als *het overnemen van een aantal taken*. Verbreden: niet alleen lichamelijk, verzorging is ook het overnemen van een aantal taken (bijvoorbeeld dat er eten op tafel staat), het lichamelijke is er een stukje van. Vroeger meer binnen BW, nu meer eerstelijnsmaterie. Ruimer dan louter het lichamelijk disfunctioneren.
- Een lid van de werkgroep geeft aan dat er wel nog heel veel initiatieven BW zijn waar zorgkundigen werken en deze functie behouden. Hierbij wordt de bedenking gemaakt of dit nog wel het geval is. BW heeft in zijn normbeschrijving van het personeel alleen bachelors. In onze organisatie zijn geen zorgkundigen in het normpersoneel. Er wordt wel veel beroep gedaan op eerstelijnsmedewerkers, m.n. gezinshulp door bewoners. Deze mensen zijn wel zorgkundige van opleiding.

- Soms gebeurt het wel, als iemand in crisis is, dan neemt de begeleider het volledig over. Niet altijd, maar in crisissituaties. In gewone begeleiding gebeurt dit niet.

Activering

- Een werkgroep lid linkt de zorgfunctie verzorging aan activering. Bijvoorbeeld soms merk je die heeft al 2 weken niet gedoucht. Stimuleren op directe wijze douche aanbieden. Een ander lid geeft aan dat dit niet gaat om het echt wassen maar eerder begeleiden. Niet binnen de klassieke scope van de begeleiding, maar het is wel één van de domeinen die je mee opvolgt.

3.5 Begeleiden, ondersteuning, psycho-educatie

Initiatieven beschut wonen

- Ook huishoudelijke taken, samen gaan winkelen worden hieronder gezien als voorbeeld. Deze taken uitvoeren is een manier om contact te maken met de cliënt, om het gesprek aan te gaan.
- Hier gaat het over het aanleren, trainen van vaardigheden. Bijvoorbeeld: Wanneer een zorggebruiker onder bewindvoering staat en geen bankkaart heeft (enkel cash kan betalen) voor treinticket is er vaak een probleem. In veel treinstations is het niet meer mogelijk om cash te betalen dus dan moet je oplossingen zoeken. Maar ook indien hij niet met bankkaart kan werken moet hij/zij dit aangeleerd krijgen. Personen die jarenlang in een instelling hebben gezeten leren om bus te nemen... in traject samen met zorggebruiker hier stapsgewijs op inzetten. De tijd nemen om oplossingen voor praktische dingen te zoeken.
- Niet groepsmatig maar **individueel** vaardigheden aanleren en onderhouden. Geen trainingsmodules met verschillende mensen samen.
- Maar ook het onderhouden, in stand houden van vaardigheden. Dit moet zeker toegevoegd worden aan definitie.
- In deze definitie staan bijna alle zorgaspecten/zorgdomeinen in, een lid mist nog vooral het psychische en het lichamelijk functioneren an sich. Maar ook de aspecten rond het begeleiden van een zorggebruiker rond het psychisch ziek zijn en dit bespreekbaar maken. Dit heeft een link met sociaal-emotioneel leven maar de voorbeelden die aangehaald worden zijn gericht op relatie tot anderen, het groepsniveau (leefklimaat, recreatie...). Terwijl het sociaal-emotioneel leven ook op zich kan staan gelinkt aan het individu (Wat is de impact van mijn psychische beperking? Wat betekent dit voor mijn toekomst...). Ook fysieke klachten (bv. Kanker). Zingeving niet zo zeer vanuit geloof en overtuiging maar wat wil ik en waar wil ik naar toe in mijn leven.
- Belangrijkste component voor IBW = begeleiding. Hierbinnen zitten ook elementen van verzorging, behandeling, activering.
- Sociaal-administratief begeleiden: budgetbegeleiding, rechten verkennen, doorgeven briefwisseling, facturen betalen, justitie-luik, bewindvoering. Je treedt op als vertrouwenspersoon voor je cliënt (ook al wordt dat officieel niet altijd zo benoemd).
- De volgorde van de elementen die gedefinieerd worden is van belang. Niet elk benoemd element weegt even zwaar door. Meeste tijd wordt geïnvesteerd in het sociaal-emotioneel leven van de zorggebruiker (1) (zingeving), therapietrouw (afspraken nakomen) (2), sociaal-administratief (3), huishouden (4).

- Netwerk van mensen, contacten met het netwerk wordt sterk op ingezet (zie link functie 9 samenwerking).
- Psycho-educatie link met zingeving, sociaal emotioneel leven: hoe zit in elkaar, wat zijn mijn kwetsbaarheden, krachten, medicatie en therapietrouw op individueel vlak. Psycho-educatie wordt ook onder behandeling geplaatst door een aantal leden van de werkgroep.

Activering

- Begeleiden is de zorgfunctie die sterk aanwezig is binnen activering. Op alle levensdomeinen binnen elke pijler kan dit voorkomen. Ook dingen die niet binnen de klassieke scope van de begeleiding passen, maar wel één van de domeinen die je mee opvolgt. Bijvoorbeeld op tijd komen.
- Stilaan groeit het bewustzijn dat daar evenveel, zo niet meer moet in geïnvesteerd worden dan in begeleiding. Rond arbeidszorg is dit het best georganiseerd (Ronde Tafel Arbeidszorg → wat arbeidszorg binnen deze bepaalde doelgroep al jaren doet).

3.6 Specialistische en methodische behandeling

Initiatieven beschut wonen

- Psycho-educatie wordt zowel onder begeleiding als behandeling geplaatst door een aantal leden van de werkgroep.
- De werkgroep vraagt zich af of het nuttig is een discussie te openen over begeleiding en behandeling. Dat is een discussie over spreken van Therapie met een grote of kleine t. Grote T wordt dan zagezegd gedaan in het ziekenhuis, psychologen en therapeuten, kleine t door IBW.
- Gegeven definitie is zeker van toepassing. Begeleiding gaat over ondersteunen, overnemen, het instaannd houden van een aantal zaken..., terwijl behandeling gaat over het inzetten op het veranderingsgericht traject van de zorggebruiker. Maar dit kan ook een element van het begeleidingsplan zijn. Eerder onderscheid maken tussen gericht op in standhouden versus het gericht zijn op groeien, het verwerven van nieuwe competenties. De focus is anders. Niet of/of maar en/en (en erover waken dat behandeling niet geclaimd wordt door de therapeuten met grote T). Duidelijker aangeven dat het ene gericht is op het in stand houden en het andere behandeling op het nieuw aanleren en verandering aan te brengen. Behandeling staat naast begeleiding. Behandeling mag niet geclaimd worden door enkel grote T.
- Een werkgroeplid geeft aan te werken met gesprekstechniek 'open dialogue'. Dit is methodiek die goed ingeburgerd is om interactie tussen cliënt en naaste betrokken te stimuleren. Meer generalistisch, niet zozeer doelgroep specifiek. Bijvoorbeeld SRH-methodiek: dat is systematisch, gestructureerd, methodisch. Deze methodieken hebben een generalistisch karakter en minder doelgroep specifiek (wat wel kan gebeuren).
- We werken niet meer met disciplines, het zijn allemaal trajectbegeleiders. Dit is anders dan in een ziekenhuis.

Activering

- SRH model of Supported employment zijn bijvoorbeeld heel specifieke methodiek die de leden van de werkgroep linken aan specialistische en methodische behandeling omdat deze op een systematische, gestructureerde en methodische wijze uitgevoerd wordt.

3.7 Activering, tijdsinvulling, arbeid, bezigheid, vrije tijd, vorming

Initiatieven beschut wonen

- Iemand geeft aan dat hij/zij het hele luik van 'kwartier maken' mist in deze definiëring. Een ander lid geeft aan dat Kwartier maken één van de voorbeelden is zoals aanklappende zorg. Basisopdracht die iedereen op zich neemt in de organisatie.
- Ook binnen de zorgfunctie begeleiding zijn we bezig mensen te activeren. Moeilijk om activering enkel te linken aan arbeid, vrije tijd, tijdsinvulling.
- IBW doen een eigen aanbod op het vlak van activering die nog meer specialistisch is en als die activering die in begeleiding en behandeling aan bod komt. Het is één van de levensdomeinen waarop je op inzet. Of naar andere dienst toeleiding: GTB (werk) onderwijs (vorming, cursus)...

Activering

- Activering als zorgvorm/zorgaanbod linkt men aan een groepsactiveringstraject. Klassieke vorm IBW is meer een individuele trajectbegeleiding naar werk, vrije tijd...
- Activering staat open voor anderen: iedereen kan ernaartoe komen, niet alleen voor mensen die wonen in BW. Er wordt een programma gemaakt in antwoord op noden van de cliënten. Dit is op groepsniveau, heel specifiek gericht op bepaalde domeinen, maar niet gekoppeld aan bepaalde diagnostiek. Vooral kijken naar het functionele. Zonder te kijken naar medicatie en diagnostiek. De vraag is 'Welke handvaten heeft zorggebruiker nodig om bepaalde zaken te kunnen opnemen?'.

3.8 Dienstverlening, vorming, preventie, informatie en supervisie

Initiatieven beschut wonen

- Met deze zorgfunctie zijn we weinig bezig, het is niet onze core business.
- Organiseren wel intervisie en supervisie bijvoorbeeld gelinkt aan regulier thuiszorg. Maar dan is er wel een link met je eigen cliënten en is het patiëntgebonden.
- Weinig systematiek maar het gebeurt soms wel ad hoc, bijvoorbeeld SRH methodiek. Coaches die extern opleidingen geven, ons voorstellen huisartsenpraktijk...
- Een werkgroep lid geeft aan binnen het netwerk GGZ functie 1 op te nemen met verschillende partners: coaching, intervisie voor eerstelijnszorg voor andere zorgprofessionals.
- Op beleidsniveau, vele intersectorale overlegorganen bijvoorbeeld regionale welzijnsgraden in gemeenten, lokaal sociaal beleid. Investeren als BW om stigma rond GGZ te verminderen op regionaal vlak via opleiding, uitleggen geven... IBW liggen vaker in regionale gebieden en beleid mee krijgen voor hun doelgroep en verhaal overbrengen vraagt inzet. Dit linken we niet aan de functie samenwerken omdat hier nog geen samenwerking vaak is maar men wil de werking kenbaar maken. Is dat eerder functie uitwisseling? Wel uit mekaar halen, het is nog niet echt samenwerking, overleg,

maar eerder zoeken naar begrip, erkenning voor de eigen cliënten. Kenbaar maken van werking vorming en informatie verstrekken.

- Vormen van dienstverlening die in house verstrekt worden. Bijvoorbeeld: klusjesman, poetsdienst. Sommige leden van de werkgroep geven aan dat dit patiëntgebonden is.

Activering

- Bijvoorbeeld: werkgevers ondersteunen door bijvoorbeeld infosessies te geven, tot en met commerciële prospectie (opdrachten binnenhalen binnen sociaaleconomische tewerkstelling).

3.9 Wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, opleiding

Initiatieven beschut wonen, activering

- Stages vinden plaats.

3.10 Samenwerking, overleg, uitwisseling en samen inzetten van expertise van (netwerk)partners

Initiatieven beschut wonen

- Nu minder verzorging dan vroeger, alle tijd die men daarin stak is gegaan naar samenwerking en overleg. In veel gevallen nemen we de coördinerende rol op, nemen we het initiatief om partners samen te brengen, ook tussen initiatieven BW overleg, samenwerking, nieuwe initiatieven zoeken.
- Bij elke projectgroep zit je met verschillende partners samen (bvb. bemoezorg). Het intersectorale is zeker aan de orde. Bijvoorbeeld in kader van zorgcircuits, zorgpaden, therapeutisch programma samen met psychiatrische ziekenhuizen, samenwerking met CAWS, VAPH, ...

Activering

- Samenwerking is hier ook van toepassing maar dan met andere partners

4 Zorglocaties

- IWB:
 - Binnen de zorgvoorziening
 - Bv. Gesprek op kantoor
 - Binnen de thuisomgeving
 - Bv. de professional doet een huisbezoek bij de persoon thuis
 - Binnen een andere zorgeenheid binnen de gezondheidszorg
 - Bv. Langsgaan bij iemand die opgenomen is in ziekenhuis, revalidatiecentrum, wzc, assistentiewoning...
 - Buitenshuis
 - Bv. OCMW
 - Online

- Contact via skype, emails... voor zowel communicatie met zorgvrager als zorgverleners.
- Activering
 - Dit onderdeel werd niet volledig besproken binnen de werkgroep en is dus niet volledig.
 - Binnen de eigen zorgenheid/zorgvoorziening
 - Bijvoorbeeld: De professional organiseert een knutselactiviteit, en de persoon komt naar de voorziening om hier aan deel te nemen.

5 Soorten zorg binnen VSB

5.1 Planbare zorgtraject

5.1.1 Langdurig en kortdurend

- Observatiehuis in tijd beperkt (maar niet decretaal bepaald). In functie van de eigen werking.
- Projecten kortdurend verblijf in beschut wonen (respijt zorg) om mantelzorgers te ontlasten (op vakantie), maar niet decretaal bepaald (hotelformule). Kan je aanbieden maar is financieel minder interessant omdat de inkomsten minder stabiel zijn. Er is geen tussenkomst voor huisvesting dus moet je marktconform/ break-even proberen te houden. Komt veel werk bij kijken om 100% op te vullen. Zouden persoon wel thuis kunnen ondersteunen thuis bij respijt zorg.
- In principe allemaal langdurig, maar soms hanteren we eigen (minder of meer strikte) deadlines.

5.2 Niet planbare zorgepisodes

5.2.1 Niet planbare zorgepisodes met een urgent karakter

A. Urgentiezorg

- Dit komt zeker voor. Meestal wordt huisarts/100/politie erbij gehaald. Soms spoedprocedure gedwongen opname bij bijvoorbeeld suïcide, brandgevaar, agressie. Maar zelf geen aanbod in, IBW levert dit zelf niet, maar moet beroep doen op anderen. Soms zijn er wel procedures, handvaten hoe iets aan te pakken.
- Begeleiding stopt dan niet en wordt wat opgeschaald. Niet de levensbedreigende situatie zelf stabiliseren, maar coördinatie van de nodige hulp ligt op onze schouders (24 uur bereikbaar). IBW moet het niet meer zelf opnemen, maar er moet een afspraak zijn met andere GGZ-partner. Meestal is dat PAAZ of PZ. In de praktijk bellen ze toch BW als er een oproep is.

B. Crisiszorg

- Sleutelement in definitie is *acuut beleefde noodsituatie*. Voor de cliënt zijn het zo goed als allemaal acuut beleefde noodsituaties.
- IBW gaat er onmiddellijk op in om de situatie te stabiliseren en te overbruggen tot het reguliere aanbod het kan overnemen.

- Dit kan langer duren dan 24u, bijvoorbeeld heel intensieve begeleiding als overbrugging naar opname. De individuele medewerker kan dan niet meer aan de nood voldoen, het ganse team wordt ingeschakeld om de ondersteuning te bieden. Dit kan een paar dagen overbrugd worden. Als continu toezicht nodig is, komt er uiteindelijk een opname.
- Voor crisiszorg is er nu geen extra budget voorzien. In het beste geval zou je de intensiteit van de contacten moeten op schalen tot crisis gaan liggen is maar dat gaat niet altijd dus dan moet er toch nog vaak voor een opname gekozen worden.
- Het komt frequent voor, frequenter dan vroeger (minder stabiliteit).
- Vaak is het op dat moment roeien met de riemen die je hebt. Betrekken van het mobiel crisisteam is niet zo evident.
- Iemand geeft aan dat ze principieel crisiszorg zelf doen. Cliënten kennen je, het mobiel crisisteam is vaak onbekend. Bijvoorbeeld: probleem in groepshuis/ thuis dan kan er even gebruik gemaakt worden van de noodstudio. Dit aanbod kan alleen als je heel groot bent. Schaalgrootte is hierbij belangrijk en mikken op het evenwicht.

6 Extra opmerkingen/input bij voorbereidende document

- Herstelondersteunende begeleiding gericht op de volgende levensdomeinen. Levensdomeinen die ontbreken? Zingeving zou ook een element moeten zijn volgens de werkgroep. Sommige zeggen dat dit in alle domeinen terugkomt, andere geven aan dat het expliciet erbij zou moeten staan.
- Bij opzeg: nog aan 't factureren, maar grijze zone is beschikbaar blijven als BW gestopt. Hoe ver gaat dat? Hoe haalbaar is dat? We moeten garant staan voor goede overdracht, maar in sommige situaties lukt dit niet. Eenmaal gestopt bent moet je nog beschikbaar blijven, nazorg leveren.
- Kindreflex is nieuw bijgekomen.
- PZT: Activering + psychiatrische zorg in de thuissituatie → als project omschreven. Elk beschut wonen heeft (zeer beperkte) middelen gehad voor activering, maar niet voor het stuk psychiatrische thuiszorg (gelinkt aan mobiele teams maar niet bij alle initiatieven het geval maar wel binnen elke regionale zorgzones 1 BW dat geld krijgt voor PZT). Zowel activering als project als PZT maakt een klein deel uit van financiering. PZT dubbel opdracht (langdurige zorg en coaching eerste lijn ifv hoe regio eruitziet wordt op ene of andere ingezet.
- Activering maakt in omvang groot deel uit van de werking, maar de financiering voor activering is zeer beperkt. Er is ook geen financiering voor ondersteunende functies.

Verslag

Titel: Werkgroep 9a - persoonsvolgende financiering – forensische
Datum, uur: zorg 26/09/2019 9u30 – 12u30
Plaats: Hendrik consciencegebouw

1 Kenmerken van de zorgvormen/ algemene bedenkingen

- De vertegenwoordigers binnen deze werkgroep zijn werkzaam binnen:
 - 1 vertegenwoordiger forensische IBW of IBW die forensische zorg aanbieden aan geïnterneerden
 - 1 vertegenwoordiger daderteam van een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg: niet aanwezig op overleg
 - 1 vertegenwoordiger forensische PVT of PVT die forensische zorg aanbieden aan geïnterneerden
 - 1 vertegenwoordiger van een medium security-afdelingen binnen een algemeen psychiatrisch ziekenhuis (niet aanwezig op overleg- vertegenwoordiger – vertegenwoordiger PVT heeft ook kennis over deze afdeling en geeft input)
 - 1 vertegenwoordiger revalidatiecentra voor verslaving die forensische zorg aanbieden aan geïnterneerden (gedeeltelijk aanwezig).
 - 1 Netwerk coördinator: De netwerkcoördinator vormt een brug tussen justitie en de geestelijke gezondheidszorg met als doel adequate zorg te bieden aan personen met een interneringsstatuut. Hiertoe organiseert de netwerkcoördinator overleg tussen voorzieningen en werkt hij/zij mee aan een de uitbouw van een volledig zorgaanbod voor mensen met een interneringsstatuut.
- **Verslaving:**

Link met justitie m.b.t. probatie maatregelen, vrijheid onder voorwaarden, voorlopige in vrijheidstelling... Het statuut maakt zorginhoudelijk niet zoveel uit, maar vanop het moment dat iemand een forensisch statuut heeft, is die niet gedekt door de federale ziekteverzekering en kunnen we geen zorg aanbieden omdat onze financiering gelinkt is aan de ziekteverzekering en we per prestatie moeten factureren. We zouden

dat graag anders zien zodat we ook hulpverlening in de gevangenissen kunnen aanbieden. We doen wel iets maar er is geen financiering dus dit is eerder beperkt.

- **Beschut wonen:**

- Plaatsen voor forensisch beschut wonen. Dit wil zeggen plaatsen voor personen met een statuut internering. Aan de hand van een behandelplan wordt er, mits de nodige ondersteuning en begeleiding, gewerkt naar een zo hoog mogelijke vorm van zelfstandig wonen.
 - Deze organisatie beschut wonen heeft ook 16 plaatsen forensische outreachend. Een stukje van deze plaatsen zal opgenomen worden in de nieuwe forensische equipes die worden opgericht. Outreach is B4 gefinancierd. Extra financiering voor forensische project is federaal.
 - Gedetineerden worden ook opgenomen in reguliere plaatsen BW. Forensische plaatsen zijn voorbehouden voor geïnterneerden. Het verschil ligt in de omkadering die er geboden kan worden. Bij forensische plaatsen BW is er een begeleiding voorzien van 1/6 i.p.v. van regulier BW 1 op 8. Geïnterneerden en gedetineerden hebben vaak dezelfde omkadering nodig maar dit is moeilijk met een 1/8. Om dit dan toch mogelijk te maken, moeten we ook kijken naar andere partners in het netwerk om de begeleiding mogelijk te maken. We krijgen steeds vaker de vragen van PSD (psychosociale diensten van de gevangenissen) om personen in begeleiding te nemen.
 - Binnen beschut wonen kan je enkel in een forensisch traject instappen met een geïnterneerd statuut. Maar ook andere statuten hebben opvolging nodig, nood aan risicotaxatie, ...
- De vertegenwoordiger van de medium security-afdelingen geeft aan dat binnen het algemeen psychiatrisch ziekenhuis zij verschillende soorten ondersteuning kunnen geven:
 - Afdeling GoLF (dubbeldiagnose verstandelijke beperking):
De afdeling GoLF is een behandelafdeling voor personen met een interneringsstatuut met een verstandelijke beperking in combinatie met een psychiatrische problematiek, die nood hebben aan de omkadering van een gesloten medium-security.
 - Langdurige forensisch psychiatrische zorg (LFP):
Op de afdeling LFP ligt de focus op kwaliteit van leven en niet op behandeling. Het betreft een groep geïnterneerde mannen die omwille van hun risico op herval in delict een langdurig verhoogd beveiligingsniveau nodig hebben.
 - Algemene Psychiatrie
 - Dit project richt zich tot een groep geïnterneerden die binnen de huidige werking en behandelingsmodaliteiten van de afdelingen algemene psychiatrie (met een focus op het dagziekenhuis) kunnen functioneren (vb. geen extra veiligheidsmaatregelen nodig) met een bijkomend specifiek aanbod voor de doelgroep (risicotaxatie en risicomangement, ...).

- Het project binnen de afdeling OPM is gericht op de behandeling en begeleiding van mensen met een ontwikkelingsstoornis verstandelijke beperking en het statuut internering. Via de outreach kan men de opvolgingsmogelijkheden van personen met een interneringsstatuut vergroten en wordt getracht via hun expertise de doorstroom van deze personen te faciliteren en een netwerk uit te bouwen. Daarnaast worden de mogelijkheden van risicotaxatie verder uitgebouwd.
 - Upgrades bedden:
 - DD middelen/ verslaving: Enkele ziekenhuisbedden binnen het bestaand behandelaanbod werden geüpgrade voor personen met een interneringsstatuut met een dubbeldiagnose middelen/verslaving en een bijkomende psychiatrische problematiek. De vraag tot opname dient hanteerbaar te zijn binnen de setting van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis.
 - NAH/Korsakov: Enkele ziekenhuisbedden binnen het bestaand behandelaanbod werden geüpgrade voor personen met een interneringsstatuut met een niet aangeboren hersenletsel of het syndroom van Korsakov. De vraag tot opname dient hanteerbaar te zijn binnen de setting van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis
 - Crisisbedden:
 - Deze kunnen worden ingevuld in geval van crisis of herval in pathologie, met het oog op een zo kortdurend mogelijke opname ter stabilisering en/of heroriëntatie. Deze mogelijkheid bestaat voor personen die zich in een ambulante of (semi)residentiële context bevinden. Proactief aanmelden in kader van het uitwerken van een crisisplan is mogelijk en wordt aangeraden.
 - Time-out module
 - De time-out module biedt de mogelijkheid om voor een korte periode uit de verblijfs- of behandelcontext te worden gehaald omwille van een problematisch verloop. De focus van een time-out ligt op de tijdelijke onderbreking van de lopende behandeling/begeleiding. Geïnterneerde personen die in een ambulante of (semi-) residentiële setting verblijven, kunnen hiervan gebruik maken. Proactief aanmelden is mogelijk en wordt aangeraden.
 - PVT
- VAPH – directe financiering forensische zorg
 - Geïnterneerde personen met een handicap die verblijven in een gevangenis, forensisch psychiatrisch centrum, forensische VAPH-unit of erkende medium-security-afdeling (dat zijn specifieke forensische settings), moeten zodra nodig en wenselijk kunnen doorstromen naar een handicapspecifieke setting. Het VAPH voorziet omwille van de nood aan zowel vrijheidsbeperking als een behandelingssetting direct gefinancierde ondersteuning. Het zorgzwaarte instrument was niet valide voor de sector van forensische zorg. Cliënten kwamen

direct terecht in de hoogste categorie. Het direct gefinancierd budget zorgt voor een doorstroom vanuit de genoemde forensische settings naar een aanbod van het VAPH. Enkel een VAPH-erkenning van de geïnterneerde is voldoende om toegang te krijgen tot een handicapspecifieke setting. Op het moment dat de geïnterneerde persoon met een handicap zicht heeft op definitieve invrijheidstelling, is een toeleidingsprocedure voor een persoonsvolgend budget voorhanden die een automatische toewijzing in prioriteitengroep 1 voorziet.¹

2 Zorgvorm

2.1 Definitie zorgvorm

- Geen opmerkingen bij de definitie van zorgvorm.

2.2 Zorgvorm per zorgaanbod

Algemene opmerkingen

- Elke zorgvorm kan binnen de forensische zorg voor geïnterneerde van toepassing zijn behalve aanklampende zorg. Alle zorg die geboden wordt, is ongevraagd, het is een stuk dwang. Dus de definitie die hier gegeven wordt is volgens de netwerkcoördinator niet van toepassing omdat deze personen al onder toezicht staan.
- De enigste vorm die hierbij aansluit is het Inreach team in OPZ Rekem. Dit team richt zich tot personen met een interneringsstatuut in detentie en bereidt de opname voor in een medium security inrichting. Zij willen motiveren, bereidheid tot opname aanwakkeren.
- Aanklampende zorg is wel weer van toepassing wanneer iemand zich niet langer in dit geïnterneerde statuut bevindt. Dan kunnen we wel weer spreken van aanklampende zorg. Zij kunnen in principe niet meer gevolgd worden in interneringstrajecten maar in de reguliere zorg kunnen wel problemen opduiken. Wanneer er dan opnieuw nood is aan begeleiding, nemen we deze terug op omdat we de cliënt kennen en het zorgnetwerk in de problemen zit. Wanneer we deze begeleiding terug opnemen krijgen we hier geen extra financiering voor. We proberen hem of haar terug naar zorg toe te leiden.

IBW

- Onderscheid in residentiële zorg en residentiële woonzorg
 - Wat wordt er bedoeld met de term 'tijdelijk' in de definitie residentiële zorg?
 - Er zijn cliënten die 25 jaar bij een IBW verblijven, anderen blijven maar voor enkele maanden. Dit is afhankelijk van het traject van de cliënt. Het doel is doorstroming maar er zijn ouderen cliënten die een hun hele leven wonen in een IBW.
- Mobiele zorg: wanneer de zorggebruiker wordt opgevolgd, begeleid op zijn eigen adres (woning of huurwoning)
 - Activeringsprojecten zijn een onderdeel van IBW. IBW hebben 3 functies: woonbegeleiding, psychosociale begeleiding en activering.
 - Deze activeringsprojecten zijn dus een apart zorgaanbod binnen de IBW.

¹ <https://www.vaph.be/professionelen/vza-geïnterneerden/subsidiering>

- Het gaat hierbij om samenwerkingen met verschillende partners. Dit gaat zowel over partners uit de geestelijke gezondheidszorg als uit andere sectoren. Afhankelijk van de lokale context kan dit gaan ziekenhuizen, OCMW 's, ...
- Het doel is een zinvolle dagbesteding faciliteren, herstelondersteunend werken.
- De activeringsprojecten zijn ontstaan uit de reguliere werking van beschut wonen en zijn beschikbaar voor alle zorggebruikers van IBW (zowel personen in de reguliere setting als personen met forensische statuut als personen buiten de werking van IBW die nood hebben aan een zinvolle dagbesteding).

Verslaving

- Ambulant: medisch sociale opvangcentra (MSOC) - dagcentra
- Residentieel: ontweningsprogramma's, behandelprogramma's en therapeutische gemeenschappen
- Ook aanklampende zorg: huidige financiering laat het niet toe om voortdurend aanklampend te werken.
- Semi-residentieel: dagcentra met dagprogramma (komt eerder beperkt voor).

PVT

- Residentiële zorg of residentiële woonzorg?

3 Zorgfunctie

- Geen opmerkingen bij de definitie.
- Ervaringsdeskundige komen voor binnen de residentiële zorg bij verslaving. Ervaringsdeskundige zijn opgeleid dus vallen onder de definitie. Het zijn ook professionals.
- Vrijwilligers komen in beperkte mate voor volgens de leden van de werkgroep. Dit is het geval in kader van activering: activiteitencentra, ontmoetingscentra, lotgenoten contact, ... Dit kan bij de verschillende zorgvormen voorkomen.

3.1 Aanmelding

- Binnen een bepaalde regio worden alle zorgpartners die met internering bezig zijn rond de tafel gebracht om aanmeldingen te bespreken. Een aanmelding in een bepaalde regio kan ook gebeuren bij het netwerk. Aanmeldingen bij specifieke zorgpartners kan natuurlijk ook.
- Binnen bepaalde regio's is er een specifiek team dat aanvraag onderzoekt, extra informatie gaat opzoeken, aan risicotaxatie doet of opvragen en ook een specifiek inschalingsinstrument voor forensische zorg invullen om volgens met mogelijke partners om de tafel gaan zitten om te zien wie dat gaat doen en ook om te zien – indien het niet binnen Medium security-afdelingen voor geïnterneerden met een medium risk-statuuut kan of er een back-up voorzien kan worden binnen medium security- afdeling. Als iemand binnen de reguliere psychiatrie zou worden opgenomen en er doet zich een crisis voor of er moet een opname zijn binnen een hoger beveiligingsvoorziening dat die dan bij hun (medium security-afdeling) kan opgenomen worden. Daarvoor moet het akkoord gegeven worden voordat dat kan gebeuren.

- Binnen de forensische zorg heeft indicatiestelling een grote link met intake en diagnostiek. Het dossier moet grondig gekend zijn, zicht hebben op de risicotaxatie, ...

IBW

- Telefonische aanmeldingen en/of rechtstreeks met aanmeldingsdocument. Documenten worden kort gescreend door de hulpverlener en de psychiater en op basis daarvan wordt hij/zij uitgenodigd voor een intakegesprek. Daar worden eventueel voorwaarden gesteld alvorens begeleiding mogelijk is, wanneer er plaats is,... Vanuit dit gesprek bekijken welke woonst (observatiehuis, oriëntatiehuis, studio, groepswooning...) Kijken naar problematiek, risico's, waar zou iemand het beste passen.

Verslaving

- Aanmelding verschilt tussen ambulante en residentiële settings.
 - Een ambulante voorziening kan heel flexibel werken. Een aanmelding kan via een formele vraag maar het kan ook dat personen eerst anoniem contact proberen te maken (zoals bijvoorbeeld spuitenuitruil) en er zo een band wordt opgebouwd en er daarna pas een vraag naar hulp komt, naar meer intensievere begeleiding.
 - Een aanmelding in een residentiële voorzieningen is ietsje hoogdrempeliger. Hier is wel een formele intake met vaak een wachtlijst. Na intake moet men (om motivatie te tonen) één keer per week de voorziening zelf opbellen om te zien hoe staat het met zijn plaats op de wachtlijst, hij al kan worden opgenomen.

Schakelteam

- Bij een schakelteam kan aanmelding enkel gebeuren door een zorgprofessional of een justitieassistent. Een zorggebruiker kan zelf geen aanmelding doen.
- Bij alle andere residentiële zorgvormen zoals een medium-security-afdeling kan er wel een aanmelding gebeuren door een zorggebruiker. Het is aan een professional om een degelijke inschatting te maken van het dossier.

Medium security-afdeling

- Aanmelding kan door iedereen gebeuren. Doorgaans gebeurt dit door PSD (uit de gevangenis) of FPC
- We gaan een eerste selectie doen op basis van de informatie uit het dossier en onze eigen in- en exclusiecriteria om daarna een intake te gaan doen en op basis daarvan te beslissen of we een aanbod hebben voor die persoon ook kijken naar motivatie, enz. en beslissen of hij opgenomen wordt.

PVT

- Aanmeldingen bij een PVT gebeuren enkel (mits uitzonderlingen) via de ziekenhuizen dus intern. Wanneer we hiervoor externe aanmeldingen krijgen, vragen we om eerst kort in opname te gaan in het ziekenhuis. Dit is zo voor alle drie Vlaamse forensische PVTs. Deze zijn allemaal gelinkt aan medium security-afdelingen in ziekenhuizen.
- In elke regio heb je dan ook nog een aantal upgrades (dit wil zeggen een extra financiële incentive (van de FOD-volksgezondheid) om iemand te plaatsen met een interneringsstatuut) van PVT- bedden. Dit is afhankelijk van de lokale historiek of er dan een link is met een ziekenhuis of niet. Er komt zo goed als geen financiering vanuit justitie voor zorg.

3.2 Diagnostiek

- Diagnostiek en indicatiestelling zijn heel belangrijk binnen de forensische zorg voor geïnterneerden. Forensische zorg is geen zorgvorm. We onderscheiden immers verschillende de zorgvormen voor forensische zorg. De link met forensische zorg is zeer specifiek bij de zorgfuncties aanmelding en diagnostiek. Je zou het ook als een specialistische en methodische behandeling kunnen zien. Maar dan wordt de zorgfunctie diagnostiek en aanmelding onder belicht. Het is een specialistische vorm van psychiatrie.
- Er wordt meer aan diagnostiek gedaan binnen forensische zorg dan binnen de reguliere zorg. Via diagnostische instrumenten probeert men een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de symptomatologie van de patiënt en zijn kenmerkende gedragspatronen, met een bijzonder accent op delict gerelateerd gedrag. Diagnostiek is nauw gelinkt met de aanmelding en indicatiestelling. Enerzijds wordt er dus aan klassieke diagnostiek gedaan om de psychische kwetsbaarheid en psychopathologie in kaart te brengen. Anderzijds wordt ook er ingeschaald om na te gaan waar die persoon zich op forensische gebied situeert. Er wordt nagegaan waar de risico's liggen, welke criminogene factoren belangrijk zijn onder andere door aan risicotaxatie te doen. Dit wil zeggen dat men nagaat welke kenmerken en omstandigheden van die persoon en zijn omgeving bijdragen aan het plegen van delicten en daardoor ook ten aanzien van recidive een voorspellende waarde kunnen hebben. Dit vindt niet plaats binnen de reguliere zorg. Dit is extra. De essentie van forensische zorg is het beperken van recidieven en dit is nauw verweven en verbonden met de gezondheidstoestand van de cliënt. Naar behandeling toe is dit een ander spoor dan een klassieke psychiatrische behandeling.
- Risicotaxatie heeft tot doel om het recidiverisico te bepalen en het identificeren van de specifieke statische en vooral dynamische risicofactoren met behulp van risicotaxatie-instrumenten. Risicotaxatie gaat over het in kaart brengen van forensische zorgknoten en niet over psychische zorgknoten. Dynamische risicofactoren zijn risicofactoren die, in tegenstelling tot statische risicofactoren, te beïnvloeden zijn door de behandeling. De ontwikkelingen op het gebied van risicotaxatie laten zien dat het ook van belang is aandacht te schenken aan beschermende factoren. Beschermende factoren zijn kenmerken van de persoon en zijn omgeving die het risico op recidive verlagen.

Risicotaxatie gebeurt bij elke forensische patiënt maar kan niet door elke zorgvoorziening uitgevoerd worden. IBW doen beroep op criminologen van medium security-afdelingen ook forensische mobiele team kunnen een risicotaxatie uitvoeren.

- Binnen de forensische zorg is diagnostiek geen eenmalig gegeven aan het begin van de behandeling. Diagnostiek komt voor gedurende de gehele behandeling en is ook onderdeel van het behandelproces. Risicotaxatie speelt hierbij een belangrijke rol. Diagnostiek en risicotaxatie zijn zij nauw met elkaar verbonden.
- In het Referentiekader forensische wordt ook bijzonder aandacht geven aan het advies van de forensische zorg. Als de behandeling stopt binnen de forensische zorg, moet er een advies zijn naar een alternatief en beter passend traject voor de zorggebruiker. Al is dit niet voor elk echelon hetzelfde.
- Een instrument dat veel gebruikt wordt voor risicotaxatie is het 'Risk-Needs-Responsivity model 8'. Dit model wordt gehanteerd bij alle vertegenwoordigers in de werkgroep behalve binnen de verslavingszorg. Verslavingszorg is hoofdzakelijk gericht op personen met probatiemaatregelen, personen die vrij zijn onder voorwaarden of een ander statuut. Een minderheid is geïnterneerd.

Medium security-afdeling

- Diagnostiek gebeurt doorgaans intern, na opname of het zou een heel specifieke problematiek moeten zijn dat we het doorgeven. Maar dit komt nauwelijks voor. Wij hebben bijvoorbeeld een gespecialiseerde NAH deling in het ziekenhuis. Bij vermoeden worden zij gecontacteerd om tot een diagnose te komen stellen.

PVT

- Doen niet aan diagnostiek van psychische klachten. Alle diagnostiek is al gebeurd op een ziekenhuisafdeling. Men gaat naar een PVT omdat de psychische toestand vaak gestabiliseerd is (niet altijd zo bij forensische) maar de zorgbehoefte het niet toe laat om terug in de maatschappij te re-integreren en risico blijvend moet worden opgevolgd.
- Er wordt dus wel aan risicotaxatie gedaan.

Long-stay

- Ziekenhuisafdeling waar geplaatste interneerden komen wonen. Hier wordt niet aan diagnostiek gedaan. Diagnostiek is al gebeurd.

IBW

- Cliënten hebben meestal een diagnose als ze van het ziekenhuis komen.
- Observatie en oriëntering is wel iets wat sterk aan bod komt. Dit observatie- en oriënteringshuis is gericht op geïnterneerden. Niet alle IBW met forensische plaatsen hebben zo een huis. Als het duidelijk is welke huis, welke richting iemand uitgaat is het eenvoudig maar een observatie- en oriënteringshuis specifiek om na te gaan wat de beste plaats is voor iemand. Het kan zijn dat het uiteindelijk tot een andere optie wordt een ziekenhuis, een PVT of alleen gaan wonen of een studie of een groepswoning.

- Bij een casus waar we niet zeker zijn hoe deze persoon, na een ziekenhuisopname, zal omgaan met zijn nieuwe vrijheden binnen BW is het goed om deze observatie en oriëntering te kunnen doen.
- Bij de overgang van de ene woonvorm naar de andere gebeurt er een risicotaxatie. Dit doen we niet zelf maar laten we doen door een ziekenhuis of het risicotaxatie team. Maar er is geen criminoloog in dienst om de risicotaxatie uit te voeren. Dus er is een samenwerking met het ziekenhuis die dit dan afnemen. Dit is gelinkt aan één van de projecten van het forensisch meerjarenplan.

Verslaving

- Residentieel
 - MSOC's: Diagnostiek is hier niet echt mogelijk. Dit werkt niet bij iemand die in ontwenning is. Je kan dan geen valide resultaten behalen. Wel na de ontwenning wanneer er vermoedens van bijkomende problematieken zal men daar wel mee aan de slag gaan.
 - Na het ontwenningprogramma ((na 6 weken - residentieel) krijgt iemand een oriëntering met een advies van het team voor een vervolgbehandeling. Dit kan zijn ambulant, residentieel regulier, ...
 - Een instrument dat gebruikt wordt: De Europese Addiction Severity Index (EuropASI) De EuropASI is een instrument dat de ernst van de verslaving uitdrukt in scores. Meerdere leefgebieden worden daarbij in kaart gebracht vanuit de visie dat een verslavingsprobleem nooit een geïsoleerd probleem is.
- Ambulant
 - Dagcentra: Gebruikt instrument addiction Severity Index (ASI). Dit is een multidimensioneel interview dat in Amerika werd ontwikkeld om de ernst van problemen op een aantal gebieden die vaak met het gebruik van verslavende middelen geassocieerd worden, te kunnen vaststellen.
 - Somatische diagnostiek: om na te gaan of personen hepatitis C hebben.

3.3 Verzorging

IBW

- Ondersteunen bij algemene dagelijkse levensverrichtingen komt voor wel maar als er verzorging en/of medische handelingen gesteld moeten worden dan zullen we de eerste lijn inroepen, namelijk de thuiszorgdiensten. Dit kan ook verschillen tussen de verschillende IBW. Sommige IBW zullen wel nog medicatie toedienen en dergelijke maar wij doen dit bewust niet omdat we een netwerk proberen uit te bouwen rond de cliënt en het netwerk kan daarna ook mee kan doorstromen met de cliënt.

PVT & Medium security-afdeling

- Wanneer er veel negatieve symptomen zijn van bijvoorbeeld een psychose en er moet ook verzorging gebeuren, moeten de ADL taken ook ondersteund worden. Dit is geen verschil met reguliere zorg.
- Dit is een bijkomende zorgfunctie geen hoofdfunctie. Deze is belangrijker binnen een PVT en long stay. Dit heeft te maken met de populatie en de doelstelling. Het is geen kerntaak.

Verslaving

- Dagcentra hebben wel een dagprogramma ADL-training voor hun cliënt. Dit zit niet in alle voorzieningen in hun aanbod.
- MSOC voorzien ook wondzorg bij wonden van injecteringen.

3.4 Begeleiding

IBW

- Met alle elementen die worden opgesomd is men binnen BW dagdagelijks bezig.

Verslaving

- Werkt ook op al deze opgesomde domeinen.

PVT

- Wat de cliënt zelf kan doet hij zelf maar waar hij ondersteuning nodig heeft nemen we over.
- Deze taken worden vooral overgenomen, cliënt wordt in mindere mate ondersteunt om het zelf te doen. Sociale administratie taken, huishoudelijke taken worden overgenomen.

Ziekenhuisafdelingen:

- Eerder de nadruk op het aanleren van de opgesomde elementen en bekijken hoe ver iemand deze zelf zou kunnen uitvoeren. Hoe meer iemand zelfredzaam is, hoe verder hij kan doorstromen, re-integreren.

3.5 Behandeling

- Onderscheid tussen behandeling en begeleiding is een eeuwige discussie. De werkgroep vindt het dan ook moeilijk om het onderscheid te maken.

IBW

- Doen minder aan behandeling, richten ons voornamelijk op de begeleiding en ondersteuning
- Gaan wel gesprekken aan met cliënten. Er is een RNR-model dat er wordt toegepast.
- Waar ligt de grens tussen begeleiding en behandeling? Dit is een eeuwige discussie. Elke begeleider werd methodes als die bezig is met hervalpreventie. Je hebt met cliënt een stappenplan uitgewerkt en je neemt dat bij elk huisbezoek terug op. Je bekijkt in welke fase zitten we, hoe zit het met de verslaving, ...
- Afhankelijk van waar cliënt staat is er meer behandeling en ondersteuning nodig. Als deze in crisis gaat dan gaat je ook heel vaak langsgaan, meerdere keren per dag. De intensiteit neemt dan toe. We volgen de crisis op en werken volgens het signaleringsplan.

Verslaving

- Cocaïne begeleiding: specifiek methode waarmee gewerkt wordt.
- Samenwerking met Gasthuisberg waar mensen die gescreend worden op hepatitis C en positief zijn naar toe mogen gaan om onmiddellijk een behandeling op te starten.
- Therapeutische gemeenschap: gaan heel methodisch en specialistisch te werk. Er zijn verschillende modules die je moet doorlopen.
- Substitutie therapie: enkel voor heroïneverslaving

Ziekenhuiscontext

- Is dit heel erg aan de orde. De core business van de ziekenhuizen is specialistische behandeling. Voor de forensische zorg komt daar nog bij dat risico bij en criminogene factoren: delict ketens uittekenen (in diagnostische fase), herstel preventie

PVT

- Zet meer in op de begeleidingscontext dan behandeling.

3.6 Activering

- Werkgroep vindt activering moeilijk te onderscheiden van behandeling. Soms is het een deel van de behandeling om terug te gaan activeren.
 - Iemand zonder goede dagstructuur is moeilijker te behandelen. Activering en behandeling zijn nauw met elkaar verweven. Dit gaat hand in hand.
 - Activering is vaak een onderdeel van de behandeling. Er gaat gewoon nog meer aandacht naar toe binnen meer ambulante setting. Bij een BW en PVT wordt er meer op ingezet. Binnen de structuren van een ziekenhuisafdeling hoort het er ook wel bij maar het is een maar een onderdeelje ervan.
- Activering is zeer belangrijk richting re-integratie in de maatschappij. Wanneer iemand zelfstandig gaat wonen wordt activering meer belangrijk om vrije tijd en arbeid zinvol in te vullen. De voorbereiding daarnaar gebeurt binnen een behandeling context. Ook hier zijn criminogene factor verbonden. Iemand die zwalpt en geen dag invulling heeft zal immers sneller tot feiten overgaan dan iemand met een zinvolle bezigheid.

IBW

- IBW hebben activiteitencentra, ontmoetingscentra.
- Activering is ook belangrijk om signalen opvangen over het verloop van het traject. Wanneer er iets misloopt bij vrije tijd of vorming dan gaan er alarmbellen af en moeten we er zeker op ingaan. Dit is nog anders dan bij iemand van regulier beschut wonen. De risicofactoren gelinkt aan internering zorgen ervoor dat er meer nood is aan opvolging. We moeten nagaan wat de reden is dat het mis loopt, iemand niet op het werk geraakt en daarbij inschatten of er een risico is of niet op herstel. Er moet sneller gereageerd worden dan bij reguliere zorggebruikers. Het statuut faciliteert wel een snelle interventie.

Verslaving

- Zonder dagbesteding is er een grote valkuil om terug te beginnen.
- Zeker bij residentiele voorzieningen wordt er erg ingezet op activering. Er zijn programma's van 's morgens tot 's avonds.

- Ambulant minder. Er zijn wel ambulante voorzieningen die groepsactiviteiten organiseren. Dat is eerder gelinkt aan sleutelmomenten doorheen het jaar. Bijvoorbeeld met Kerstmis, Pasen, samenkomsten.

3.7 Dienstverlening

Algemeen

- Er is aandacht voor preventie. Dit is afhankelijk van waar de cliënt zich in het traject bevindt. Bijvoorbeeld wanneer we oriënteren naar een bepaalde context zijn er instrumenten die dit in kaart brengen op basis daarvan worden activiteiten aangepast. Als iemand naar regulieren zorg doorgaat, gaan we ook mee om die gezondheidswerkers ook te gaan ondersteunen voor het begeleiden van de forensische patiënt.

Nazorg

- Er wordt nazorg voorzien vanuit residentiële naar niet-residentiële setting binnen de forensische zorg. PVT moet 6 maanden nazorg leveren. Specifiek forensische: iemand zijn internering stopt en die is in een PVT opgenomen dan kunnen we die maximaal nog 6 maanden begeleiden. Maar stel iemand stroomt door van een PVT naar mobiel team en we dragen deze persoon over dan kunnen we nog 6 maanden mee begeleiden – indien nodig - maar houden zijn bed wel geen 6 maanden vrij. Op zich kan men 2 jaar later nog gebeld als dat nodig blijkt en kan die terug worden opgenomen binnen een behandel context. Ook IBW blijven ondersteuning bieden, nazorg. Zorg is dan niet altijd meer nodig. Enkel contact wanneer cliënt er nood aan heeft, achter uitgaat.

Verslaving

- Binnen de conventie is er de opdracht tot het geven van vorming (link spuitenuitruil) gericht op groenwerkers die in contact kunnen komen met zwerfspuiten. Niet gericht in op de context waar de patiënt zichzelf bevindt.

Medium security-afdeling

- Heeft de opdracht om expertise uit te dragen naar andere actoren.

IBW

- Kwartier maken: ruimte maken in de maatschappij voor de patiënten die we begeleiden. Dit kan ook één op één zijn. Bijvoorbeeld iemand wil aansluiten bij een bepaalde vrije tijdsclub. Maar heeft bepaalde handvaten nodig om te kunnen functioneren dan wordt dit samen bekeken.
- We benaderen ook sociale woningmaatschappijen om ook ons cliënteel toe te laten. Zodat ze meer kennis hebben van de doelgroep. We geven ook aan hoe zij op ons beroep kunnen doen als er iets is. Al deze zaken maken een verschil en zorgen voor meer begrip voor onze doelgroep. Het is moeilijker voor forensische patiënt om van het stigma af te geraken.

3.8 Wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en opleidings

- Er wordt ingezet op wetenschappelijk onderzoek nu meer als vroeger om na te gaan wat good practices zijn.
- Link met referentiekader forensische zorg dat is opgesteld. Hier is ook extra aandacht voor onderzoek.
- Medium security-afdelingen bezig zijn bezig met onderzoek op verschillende thema's van de praktijk. Zij doen geen fundamenteel onderzoek.
- Deelnemers worden vaak gevraagd om mee te werken aan onderzoek
- Meewerken aan stages doet iedereen.
- Ondersteuning thesissen.

3.9 Samenwerking, overleg en samen inzetten van expertise van (netwerk)partners

- Voor het IBW dekt samenwerking niet de lading. IBW neemt een belangrijke rol op in de zorgcoördinatie. We helpen allerlei diensten om rond de cliënt een netwerk uit te bouwen: Huisarts, verpleegkundige, bewindvoering, externe dagbesteding, ... en ook in contact te staan met deze diensten en samen de zorg op te nemen voor de cliënt. We blijven op de hoogte houden van het traject van de cliënt en vangen noodsignalen tijdig op om deze aan elkaar door te geven. Dus zorgcoördinatie is een belangrijke rol die we opnemen. Zowel voor onze reguliere werking als de forensische werking. Bij de forensische doelgroep komt justitie daar ook nog eens bij kijken.
Zorgcoördinatie krijgt meer aandacht hoe meer je richting re-integratie gaat.
- In de definitie wordt ook gesproken over 'gemeenschappelijke thema's': netwerkcoördinatoren nemen hier een belangrijke rol op. Hiervoor is best veel aandacht binnen forensische zorg
- Forensische zorg is categoriale zorg die inzet op criminologen behandeling. We merken dat men binnen de reguliere zorg niet dezelfde taal wordt gesproken en daar gaan we naar opzoek. Om de cliënt gemakkelijker door te laten stromen naar niet categoriale settings. Doelgroep is onbekend en daarmee ook vaak onbemand.
- Samenwerking binnen residentiele setting verloopt goed. Zijn voorzien van multidisciplinaire teams maar vanaf het moment dat iemand gaat re-integreren dan wordt dat belangrijker om meer specifiek in te zetten op die zorgpartners om deze rond de tafel te krijgen. De outreach en mobiele teams nemen dat op zich en IBW.
- Daarnaast zijn er ook te weinig middelen om tijd te investeren in overleg. MDO's kunnen daarbij helpen maar worden slechts onder zeer specifieke voorwaarden gefinancierd.

4 Zorglocatie

- Online hulpverlening binnen forensische hulpverlening komt bijna niet voor. Ook begeleiding buitenhuis en buiten een zorgeenheid komt zelden voor bv. zwemmen of uitstapjes doen.
- Aanmelding kan online gebeuren maar geen specifieke hulpverlening.
- Beschut Wonen: Ofwel verblijven ze binnen het IBW of komen ze voor dagelijkse bezigheden.
 - Residentieel: verblijven bij ons
 - Ambulant
 - Semi-residentieel: dagbesteding, activeringsactiviteiten.

- Buitenhuis en buiten een zorgenheid: begeleiding mee naar externe dagbezigheid, mee opzoek gaan en op bezoek gaan bij sportclub, ...
- Mobiele hulpverlening
- PVT
 - Residentieel
 - Buitenhuis en buiten een zorgenheid: uitstappen
- Verslaving: zie verslag vergadering deel 2 Forensische zorg voor CGG & verslaving & verslag vergadering werkgroep verslaving
- Medium security-afdelingen
 - Dagziekenhuis: semi-residentieel
 - Residentieel

5 Zorgtrajecten: Langdurig of kortdurende zorgtrajecten

- Binnen de forensische zorg zijn er zo goed als geen kortdurende trajecten. Tenzij je kortdurende trajecten van zorg ziet in het kader van een langer traject. Iedereen heeft een traject in langdurige zorg. Internering is immers een veiligheidsmaatregel van onbepaalde duur. Er kan wel een einde gesteld worden aan deze veiligheidsmaatregel via de definitieve invrijheidstelling.
- Vertegenwoordigers hebben een probleem met de woorden “vooraf afgebakend” in de definiëring. Niemand heeft immers een glazen bol om te bepalen hoe een traject eruit zal zien.
Binnen de forensische zorg is het namelijk het risico aspect dat niet goed voorspelbaar is. Dit kan toenemen of afnemen. Men probeert naar een afname te werken maar door externe factoren of factoren gelinkt aan de patiënt zelf kan dat anders gaan. Eigen aan de doelgroep is impulsiviteit.
- De tijdsduur dat je van gesubsidieerde crisis en time-out modules in de hulpverlening voor geïnterneerden gebruik kan maken is op voorhand afgebakend. Maar dit kadert altijd binnen een langer zorgtraject. Time-out maakt geen deel uit van een zorgtraject, crisis wel. Time-out 1 maand en maximaal 1 keer verlengbaar. Time-out module is federaal gefinancierd via de FOD Volksgezondheid.

6 Urgentiezorg

- Definieer in de definitie voor wie het levensbedreigend moet zijn. Bij forensische zorg kan je je afvragen of het urgent is voor de zorggebruiker zelf of voor een derden. Als iemand een levensdelict heeft gepleegd onder invloed van een psychotische opstoot dan is dat urgent voor derden.
- Urgentie zorg voor de cliënt wordt uitbesteed. Vaak is er somatische zorg nodig, een opname op spoed in een algemeen ziekenhuis.
- Active suïcide wordt opgenomen binnen het ziekenhuis zelf.
- Bij urgentie komt ook altijd justitie kijken. Zij grijpen ook in.

- Bij urgentiezorg is ook werk voor de voorziening zelf waar de crisisgebeurde. Contact met het netwerk van de cliënt, contact met justitie, medebewoners indien die betrokken zijn, begeleiders indien zij geconfronteerd zijn geweest met gewelddadige situaties.
- In residentiele setting is de observatiegraad hoger en kan de zorg sneller opgeschaald worden indien nodig. Iemand kan in afzondering geplaatst worden. Zo kan men 24u op 24 geobserveerd worden en kunnen bedreigende zaken uit de buurt van de cliënt gehouden worden. In een ziekenhuiscontext kan dit meer omdat er meer personeel aanwezig is.
- Door het statuut van de persoon kan er sneller gereageerd dan in reguliere setting. Iemand kan sneller gedwongen worden tot zorg dan in de reguliere psychiatrie. Er kan ook meer preventief gewerkt worden. Ook veel basisgegevens zijn bekend bij de opname.

7 Crisiszorg

- Crisiszorg komt vaak voor bij alle zorgvormen.
- De periode waar crisiszorg nodig is fluctueert. Binnen een ziekenhuissetting kan het wel gaan zijn dat iemand tot een maand of anderhalve maand in een crisisbed inneemt. Dit kan ook korter zijn. Maar vanaf een bepaald moment spreken we niet langer van een crisis meer van een heropname.

IBW

- Dit IBW heeft een crisisstudio waarvan men gebruik kan maken. Niet elk BW heeft deze mogelijkheid. Vaak wil men opname vermijden. Indien sociale woning of groepswoning even niet meer mogelijk is kan men van de crisisstudio gebruik maken om even weg te zijn van zijn context gedurende een bepaalde periode.
- Crisiszorg gebeurt heel vaak maar het is ook ingebed in de werking. Zo wordt er gewerkt met signaleringsplannen². Signaleringsplannen worden op voorhand opgesteld en dienen ervoor te zorgen dat een psychische crisis in de toekomst wordt voorkomen op basis van vroege voortekenen van een terugval. Hierbij hoort ook een actieplan met een beschrijving van wat men het beste kan doen wanneer er een terugval dreigt. Zo kan men heel waakzaam zijn voor signalen en op tijd ingrijpen.
- Medewerkers zijn getraind om een crisis op te sporen.

Andere

- Elk medium security-afdeling heeft linken met 'zijn' PVT en BW. Bij die ziekenhuisbedden zitten automatisch een aantal crisisbedden. Wanneer er een crisis bij een PVT of BW die niet intern kan worden opgelost kan men dus beroep doen op de crisisbedden gelinkt aan de medium security-afdeling.
- Extra geld van FOD Volksgezondheid voor crisisbedden binnen ziekenhuizen. Bij medium-security ook crisisbedden voor geïnterneerden in de reguliere psychiatrische zorg. Ziekenhuisbed dat extra gefinancierd wordt om te dienen voor iemand met internering statuut. (4 in elk hof van beroep, Brussel 2). Crisiszorg in forensische hulpverlening komt veel voor.

² (https://geestelijkegezondheidszorg.wordpress.com/client-signaleringsplannen/#_ftn1)

Verslag

Titel: Werkgroep 9b - persoonsvolgende financiering - verslaving en CGG

Datum, uur: 12/11/2019 - 14u-16u

Plaats: VAC Hasselt

In wat volgt, wordt een overzicht gegeven van de input van de werkgroepleden.

1 Kenmerken van de zorgvormen/ algemene bedenkingen

CGG

- Niet alle CGG hebben een specifieke financiering om personen met een apart juridisch statuut te behandelen. Dit valt vaak gewoon binnen de reguliere werking.
- Er zijn 10 CGG's die een specifieke financiering hebben voor daderteams binnen hun enveloppe. Dat is gestart met het samenwerkingsakkoord met het team voor seksueel delinquenten. Vervolgens is er een uitbreiding gekomen in 2008 voor het strategisch plan hulp aan gedetineerden, specifiek voor de zorg aan gedetineerden zowel in de gevangenis als voor mensen die daarna post-penitentiair gevolgd moeten worden. Die teams hebben dan vaak nog andere financieringsbronnen vanuit projecten. AGM projecten (project Alternatieve Gerechtelijke Maatregelen), dat is dan vanuit justitie gefinancierd. Family Justice Centre en zo zijn er nog een aantal anderen.
- De inhoud van de vraag is belangrijk, om te bepalen of je zorgvraag iets is wat echt door een forensische equipe moet opgenomen worden of dat dat een reguliere vraag is. Het is niet omdat u een interneringsetiket heeft meegekregen dat u automatisch hier terecht komt. Het hangt er ook vanaf of het justitie is die zegt dat u een behandeling moet volgen of dat u zelf zegt dat u een behandeling wil. De cliënt zelf gaat dat niet bepalen, het hangt van de vraag zelf af en welke expertise er nodig is.
- Expertise bij een forensische equipe:
 - Expertise in het samenwerken met justitie.
 - Deze speciale equipes binnen het CGG hebben ook meer kennis van risicotaxatie, meer psychodiagnostische kennis rond antisociale problematiek, ook rond morele ontwikkeling. Vaak is de ernst van de feiten niet recht evenredig met de ernst van de

problematiek. Soms zie je mensen met relatief licht feiten maar waarvan je denkt oei dit is echt heel erg, maar eigenlijk is dat een heel diverse groep. Er zit ook een groep bij die in een probatie zitten, die niet in de gevangenis komen, die tijdens hun verplichte behandeling gewoon in de maatschappij zijn, die aan het werk zijn, die zitten daar ook.

- Het is vooral ook meer oog hebben voor deze levensdomeinen van de cliënt. Soms is dat heel specifiek, als je bijvoorbeeld via 'Stop het NAU' een aanmelding krijgt van iemand met pedoseksuele gevoelens, dan vraagt dit toch een andere expertise dan iemand die zegt ik ben depressief. Maar dat is niet zwart wit. Het is vooral beseffen dat je wat voorbij het verhaal van mensen moet kijken, dat je goed moet weten dat er een hele context rondhangt. Stel dat wij alleen maar personen zouden werken zonder juridisch statuut, wat vaak in psychiatrie is, die zijn op een bepaalde manier betrouwbaarder mensen met een forensisch statuut want daarvan weet je dat die bepaalde grenzen overgaan. Als je dat weet dan moet je in je achterhoofd houden dat die mogelijkheid er is.

Verslaving

- TANDEM staat voor toeleiding en aanmelding na detentie van gedetineerden naar de geestelijke gezondheidszorg, inclusief de verslaafdenzorg. In eerste instantie was dat voor verslaving maar nu is dat uitgebreid naar de brede GGZ voor gedetineerden, om de brug te maken naar hulpverlening buiten.

De module 'aanmelding en toeleiding na detentie' staat in de toekomst ten dienste van alle gedetineerden met een geestelijk gezondheidsprobleem, zonder exclusie omwille van problematiek, afkomst, leeftijd, ... Hierbij staat een globale en geïntegreerde visie op geestelijke gezondheid centraal. Omwille van de historiek, de reeds bestaande samenwerkingen en de uitgewerkte methodieken, mag er prioritaire en bijzondere aandacht gaan naar gedetineerden met een verslavingsproblematiek.

Algemene vraag

- Forensische zorg & een zorgticket?
De leden van de werkgroep vragen zich af hoe iemand in de forensische zorg een zorgticket zou krijgen? Men vraagt zich af over welke groep van cliënten die ze nu zien, het dan gaat en welke finaliteit er is? Wat betekent financiering? Krijgen ze een ticket voor forensische zorg of om reguliere zorg te krijgen? Het is justitie die bepaalt dat een persoon forensische zorg moet ontvangen. Terwijl justitie toch niet gaat bepalen of iemand een zorgticket krijgt? Men kan zich wel voorstellen dat we iemand in zorg hebben, die een zorgticket heeft en die ook feiten gepleegd heeft maar daar ligt dan niet de nadruk op. Het geld komt nog altijd van zorg. Maar als je verder gaat kijken, bijvoorbeeld voor internering is dat niet, daarbij komt het geld niet van zorg maar van justitie.

2 Zorgvormen

2.1 Definitie zorgvorm:

Alle leden van de werkgroep hebben bedenkingen bij de term 'niet-medische' in de definiëring. Geen grote bedenkingen bij de andere termen van de definitie.

Verslaving

- Wij hebben ook artsen, psychiaters, die een belangrijk aanbod doen. Zowel medicamenteus als de psychiatrische inschatting, zij hebben daar een nog belangrijkere rol om te bepalen wie hebben we hier voor ons en gaan we verder in een traject met deze cliënt. Alle psychiaters hier hebben veel kennis van forensische psychiatrie.

CGG

- Psychiaters zijn er binnen een CGG. Maar niet iedereen binnen de forensische zorg van een CGG wordt door een arts gezien, dat is niet haalbaar.

2.2 Zorgvorm per zorgaanbod

CGG

- Vooral ambulante zorg.
- Mobiele zorg kan ook maar het hangt ervan af of we aan huis gaan of in de gevangenis. Dat is zeker niet regulier.
- Vanuit het juridisch kader kan je zeggen dat we aan aanlampend zorg doen want het 'moet' vaak. Op dat vlak is het ongevraagde zorg. Dat betekent niet dat het in de feitelijkheid ook ongevraagde zorg is. Het start wel vaak als ongevraagde zorg maar de doelstelling is wel dat daar evolutie in komt, dat mensen daar toch anders tegenaan gaan kijken. Maar aanlampende zorg kan ook binnen onze ambulante en mobiele zorg voorkomen. Ambulante zorg moet dus niet benoemd worden als aparte zorgvorm.

Verslaving

- TANDEM doet een stukje indicatiestelling om dan te kunnen verwijzen en informeren over behandelvormen. Dat is een soort dispatch om een toeleiding over te maken. Maar alleen voor de complexe dossiers, anders moet het rechtstreeks via PSD, medische dienst, ...
- Voor Hasselt gaan wij op intake in de gevangenis. Wij verplaatsen ons naar de gevangenis. Dit is mobiele zorg (buiten de gezondheidszorg). Maar dit doen we niet wanneer een vraag komt uit een gevangenis in de Kempen. Dan vragen wij dat men een uitgangsvergunning krijgt, penitentiair verlof, om op intake te komen. Dat is dan ambulante zorg. Dit is ook moeilijk te organiseren met justitie, dan moet de hulpverlener heel flexibel kunnen zijn. En dan is er soms overlap met andere centra, die dezelfde cliënt gaan zien, omdat je niet van elkaar weet bij wie de cliënt allemaal een aanvraag gedaan heeft.

2.3 Zorgfuncties

- Opmerking bij definitie CGG en verslaving:
Belangrijk is het multidisciplinaire, dat er verschillende disciplines zijn die elk hun eigen stuk doen. Zoals de arts, psychologe, eventueel maatschappelijk werker. Dat zou je als een zorgfunctie kunnen noemen. Bij de forensische doelgroep is het multidisciplinaire nog belangrijker dan bij anderen. Omdat je juist al die levensdomeinen in de gaten moet houden. De justitiehuisen en de justitieassistenten nemen ook een deel mee op, wat voor anderen door maatschappelijk werkers binnen het CGG zou gebeuren. Weliswaar vanuit een andere finaliteit maar ze doen het wel.

2.4 Aanmelding, screening, intake

CGG

- Aanmelding gebeurt in de gevangenis. Zij maken een rapportbrief op. Dat kunnen mensen van de PSD zijn die aanmelden maar de gedetineerden zelf kunnen ook de vraag stellen. Het kan ook via justitieel welzijnswerk lopen. Voor de groep die niet in de gevangenis zit, is de aanmelding vaak via justitie (de cliënt moet wel zelf contact opnemen maar ze worden door justitie doorverwezen).
- We hebben medewerkers die 1 tot 2 dagen effectief aanwezig zijn in de gevangenis. Zij zien daar ook mensen in het kader van een aanmelding, screening of intake. Het is pas als de problematiek complexer is dat er naar TANDEM wordt doorverwezen (zie verder).
- De definitie klopt wel voor ons. Maar ik denk dat er wel meer indicatiestelling al gebeurt op dat moment. Aanmelding en indicatie is niet apart. Bij zo een doelgroep is dat toch echt goed kijken wat er precies aan de hand is. Soms krijg je al heel veel info van een PSD en dan is dat toch echt al op het niveau van een indicatiestelling.
- Doorverwijzing kan ook voorkomen. Het gebeurt ook dat mensen niet worden weerhouden omdat de hulpvraag niet gepast is, omdat sommige mensen residentiële zorg nodig hebben. Of omdat mensen totaal niet gemotiveerd zijn en dat gaat niet over dat ze niet graag komen. Meestal doen we wel een aantal gesprekken of zelfs 10 gesprekken maar als mensen op dat moment blijven ontkennen en dat we geen enkele opening vinden, dan worden ze niet weerhouden.

Verslaving

- TANDEM werkt alleen maar in de gevangenissen. Dus mensen op probatie die niet binnen zitten, kunnen geen gebruik maken van het project. TANDEM vroeger heette dat CAP is een initiatief geweest binnen de verslavingszorg zelf. Om te voorkomen dat we met meerdere centra dezelfde kandidaat gingen zien. Eerst is dat met eigen middelen gefinancierd. Dan is dat eerst overgenomen door justitie, dus alle intakes werden gedaan door het CAP. Toen er de vraag kwam naar verdere financiering is dat TANDEM geworden en is dit opengetrokken ook naar de bredere GGZ-problematieken. Dus dan is ervoor gekozen om alleen voor complexe dossiers TANDEM in te schakelen, met uitzondering verslavingszorg. Hiervoor blijven alle intakes door TANDEM gebeuren.

2.5 Indicatiestelling, diagnostiek, evaluatie, observatie, oriëntering, onderzoek, advisering

CGG

- Over diagnoses krijgen we soms informatie vanuit justitie. Wanneer we niets krijgen dan gaan we zelf aan psychodiagnostiek doen, we proberen dat te beperken omdat dat enorm tijdsintensief is. Risicotaxatie proberen we wél regelmatig af te nemen.
- Diagnose en indicatiestelling is wat verweven met de aanmelding en vaak zijn er meerdere gesprekken nodig. We komen er meestal niet met één gesprek. Voor de seksueel delinquenten

doen we dat stuk samen met het CAW, die hebben ook een daderteam en daarmee hebben we de afspraak dat we de instroom samen organiseren en dan kijken wat is voor hen en wat is voor ons.

- In de forensische zorg, bijvoorbeeld voor mensen met een interneringsstatuut ga je toch een erg grondige indicatie doen. Maar wanneer je al heel veel info hebt dan kan het dat je dat toch op één gesprek kan doen. Maar je gaat meestal meer info hebben dan dat je een ambulante cliënt krijgt.

2.6 Verzorging

- Is geen functie die wordt opgenomen door een CGG of binnen de projectwerking van TANDEM.

2.7 Begeleiding, ondersteuning, psycho-educatie

CGG

- De elementen die opgesomd zijn in de definitie zijn herkenbaar maar binnen een CGG ligt de focus meer bij de volgende functie 'specialistische en methodische behandeling'. Wat niet betekent dat we dit niet doen. Het is soms heel moeilijk om dat strikt van elkaar te scheiden. Het hoofddoel is de behandeling. Begeleiding en activering maakt er een onderdeel van uit. Het is en en maar de hoofdfocus ligt op het specialistische en methodische. Het gebeurt zelfs vaak dat we niet opstarten met een zorggebruiker omdat er onvoldoende begeleiding is op de thema's die opgesomd worden bij de functie begeleiding, er geen zinvolle dagbesteding/activering is, er geen woning is waar hij/zij kan verblijven. We starten dan niet aan omdat ze geen stabiele basis hebben en dat is toch met deze doelgroep belangrijk.

Verslaving

- Binnen de forensische equipe zoals die nu is, maar dan niet binnen verslavingszorg, is de hoofdfocus de specialistische en methodische behandeling. Je hebt ook mensen die door de justitieassistent mee opgevolgd worden en daar is ook OCMW vaak betrokken en andere zorgprofessionals. Zij nemen ook elementen op die opgesomd zijn bij begeleiding. Ik denk wel dat het onze taak is om een overzicht te houden over al deze verschillende factoren, om alles wat samen te houden en te zien of alles wel loopt. Het houdt immers ook risico's in als zorggebruikers op allerlei vlakken beginnen uit te vallen. Als ze bijvoorbeeld geen goede tijdsinvulling hebben.

2.8 Specialistische en methodische behandeling

- De definitie die omschreven staat is heel ruime. Onze werking past hier zeker onder.

2.9 Activering, tijdsinvulling, arbeid, bezigheid, vrije tijd, vorming

CGG & verslaving

- Wij bieden dat niet aan. Een psycholoog kan het hebben over de tijdsinvulling van een cliënt. Maar dan zal het meestal zoeken zijn naar waar ze terecht kunnen. (zie ook uitleg onder zorgfunctie begeleiding).

2.10 Dienstverlening, vorming, preventie, informatie, supervisie

CGG

- Wij doen dat specifiek naar de gevangenis van Hasselt, naar de cipers. In de vorm van opleiding geven, ook coaching ter plekke in het omgaan met, gelinkt aan verslaving. Dit doen we samen met het CAW. Eigenlijk gaat dat over de gevangeniscontext en hoe je daar je expertise binnenbrengt en probeert te zorgen voor een cultuurverandering. Ook suïcidepreventie.
- Suïcidepreventie is meestal in een duo met de suïcidepreventie van de specifieke centra. Maar wij nemen dat ook mee op. We hebben een draaiboek uitgewerkt over 'wat als'.
- Voor forensische gebeurt dat ook wel. Bijvoorbeeld LCO (Lokaal Cliënt Overleg), dat gaat dan over een specifieke patiënt.

Verslaving

- Soms, bijvoorbeeld voor netwerk 107, was er een dag 'Nolem gaat vreemd' en daar konden dan mensen uitleg geven. Daar is een van de mensen van de forensische equipe uitleg gaan geven rond seksueel grensoverschrijdend gedrag. Voor mensen die er helemaal niet mee bezig zijn of er niets van af weten. Sowieso proberen we dat met onze provinciale stuurgroep, om de reguliere zorg te sensibiliseren en te ondersteunen.

2.11 Wetenschappelijk onderzoek

Verslaving

- De klemtoon ligt bij verslaving niet op wetenschappelijk onderzoek. Maar opleiding en stages dat zeker wel. Cipers mogen bijvoorbeeld bij ons stage lopen.

CGG

- Bij forensische zijn er ook psychologen in opleiding, soms mensen van een sociale hogeschool.
- We doen geen wetenschappelijk onderzoek maar er wordt wel vaak gevraagd om mee te werken en dat proberen we wel te doen. We zijn er wel selectief in.

2.12 Samenwerking, overleg, uitwisseling en samen inzetten van expertise van (netwerk)partners

- Binnen forensische zorg is het uitwisselen van informatie een hele belangrijke. Je moet sowieso samenwerken met justitie op casusniveau. Je hebt dus sowieso een extra partner binnen forensische zorg. Het driehoeksoverleg tussen justitieassistent, cliënt en hulpverlener is onderdeel van de begeleiding.
 - Binnen verslaving is dit driehoeksoverleg standaard. Dit vindt niet iedere week plaatsvindt, maar er wordt wel van onze bewoners verwacht dat zij justitie ook informeren dus daarom wordt de justitieassistent ook uitgenodigd.
 - Binnen een CGG is er voor de seksueel delinquenten een soort van prestatieverbintenis tussen de cliënt de hulpverlener en de justitieassistent. Daar worden een aantal afspraken gemaakt, rond communicatie naar elkaar toe, engagement voor,...
- Het is niet eenvoudig op personen met een interneringsetiket binnen te krijgen binnen de reguliere zorg. Op dat moment ben je ook info en expertise aan het uitwisselen.

- Bijvoorbeeld je hebt een cliënt die zorg nodig heeft die eigenlijk niet meer strikt forensische zorg is. Het is een persoon met een psychische problematiek dus die zou ook terecht kunnen binnen de reguliere zorg. Dan zien we dat we meer informatie moeten uitwisselen om deze personen binnen de reguliere zorg binnen te krijgen. Zelfs als het verplichte kader al weggevallen is, worden personen gestigmatiseerd. De ene groep is meer gestigmatiseerd dan de andere, bijvoorbeeld bij seksuele problematiek zie je dit vaak.
- *Binnen het CGG en de verslavingszorg werken we nauw samen met verschillende partners:*
 - De medium en high security afdelingen
 - Beschut wonen. Zij hebben specifieke plaatsen voor forensische cliënten. Beschut wonen neemt alles rond het wonen op zich en wij meer de andere dingen, andere levensdomeinen, de specialistische en methodische behandeling, enz.
 - Met een PVF werken we minder samen omdat dat al over mee chronischere zorg gaat. Soms gebeurt dit wel dat we iemand daar begeleiden maar dat is toch minder vaak.

3 Zorglocaties

CGG

- Ambulant: voornamelijk in CGG vanaf moment dat persoon uit gevangenis is of onder voorwaarden vrij is in een bepaald statuut.
- Mobiele zorg: Heel af en toe gaan we naar een thuiscontext, maar dat is niet systematisch. Ook niet bij personen met een statuut.
- *Buitenhuis en buiten een zorgenheid: werking CGG binnen de gevangenis*
Binnen de gevangenis is er een gesloten circuit. Personen melden zich aan via een brievenbus aan. De medewerker ziet dan deze persoon binnen de gevangenis.
 - Vraag naar post-penitentiair traject
 - Bijvoorbeeld intake in het kader van een voorwaardelijke vrijheidsmaatregel
 - Bijvoorbeeld heeft iemand een woonst, wordt die ondersteund, hoe zit het met de context, heeft die een zinvolle dagbesteding en ook de problematiek waar iemand mee zit. Vinden wij het haalbaar ambulant gezien de problematiek?
 - In die gevallen waarin iemand uit de gevangenis komt en naar de hulpverlening wil gaan, zijn wij het die beslissen of iemand hulp kan krijgen bij ons, maar het is wel nog altijd de rechter die zegt of het veilig genoeg is om iemand in vrijheid te stellen. De rechter bekijkt het ganse plaatje, dat is iets dat wij niet beslissen. Wij beslissen alleen of we die cliënt in zorg kunnen nemen, gegeven dat aan bepaalde voorwaarden voldaan moet zijn.
 - Vraag naar reguliere zorg.
 - Dat is niet zorg niet opgelegd binnen bepaalde voorwaarden want dat kan je niet opleggen op dat moment als iemand gedetineerd is.
 - Bijvoorbeeld als je iemand hebt die seksuele feiten gepleegd heeft en die in de gevangenis zit en zich aanmeldt voor een zware depressie, dan zal ook de focus op de feiten liggen maar minder dan wanneer die zich aanmeldt met de vraag om eerder naar buiten te mogen. In het eerste geval is de focus het behandelen van de depressie.

- *Online hulp:*
 - Iemand zal niet online gevolgd worden in het kader van een verplichtte behandeling opgelegd door de rechter. De voorwaarde zal niet enkele en alleen gefocust zijn op online hulpverlening. Maar het kan wel passen binnen het hulpverleningstraject.
 - Bijvoorbeeld: blended hulpverlening. De persoon komt op gesprek maar krijgt ondertussen ook bepaalde opdrachten. Dit is niet hetzelfde voor alle doelgroepen die we binnen een CGG begeleiden. We maken daarin geen onderscheid tussen de verschillende groepen. Als het kan en het is nuttig dan wordt het gebruikt.
- *Binnen een andere voorziening binnen de gezondheidszorg*
 - *Bijvoorbeeld een gedetineerde is opgenomen in een algemeen ziekenhuis.*
 - Onlangs lag een cliënt in het ziekenhuis met een klaplong, dan gaan wij iedere dag sowieso langs. Ook de justitiële partner moet op de hoogte zijn van wijzigingen in het traject van de cliënt en hiermee akkoord gaan.
 - We gaan ook langs om afspraken te maken vanaf het moment dat personen terug naar huis mogen om *zorgcontinuïteit te garanderen*. Als het om een langdurige opname gaat, is dat nog iets anders. Bijvoorbeeld iemand met een seksuele problematiek wordt opgenomen in Aster binnen de gespecialiseerde eenheid dan gaat dit over een opname van een half jaar. We plegen dan pas overleg en maken afspraken vanaf het moment dat we in de overgangperiode zitten.
- *Verslaving*
 - Specifiek voor forensische gedeelte
 - Ambulant
 - Buitenhuis en buiten een zorgeenheid: gevangenis

4 Soorten zorg binnen VSB: Zorgtrajecten

4.1 Planbare zorgtrajecten binnen de VSB

CCG

- Personen die in probatie zitten, een alternatieve gerechtelijke maatregel opgelegd krijgen, daarvan weet je de periode. Justitie bepaalt dan de tijdsduur, niet de periode van zorg. Dit hoeft alleszins niet de periode van zorg te zijn. Soms zijn er personen die nog langer komen om allerlei redenen of korter.
- Vanuit de inhoud van de zorg, zorgvraag, weten hoe lang zorg nodig is, is heel moeilijk. Indien justitie bijvoorbeeld aangeeft dat het gaat om bemiddeling in strafzaken en dat duurt een half jaar dan moet die persoon komen gedurende die periode. Dat is 'vooraf' bepaald. Maar vanuit de zorgvraag is het moeilijk om te zeggen dit is die problematiek, bij die persoon, nu weten we hoe lang een traject gaat duren.
- AGMs (alternatieve gerechtelijke maatregelen) zijn wel erg afgebakende trajecten. Maar dat zijn middelen die niet binnen de enveloppen vallen. Dit zijn middelen afkomstig van justitie. Dit is niet altijd ideaal. Bijvoorbeeld in Limburg heb je het **Lin-project**. Dit zijn vier sessies waarvan je gebruik kan maken en dan is het klaar. Dan kan deze persoon wel verwezen worden voor verdere hulpverlening maar dan is dat op vrijwillige basis.

4.2 Niet-planbare zorgepisode

4.2.1 Urgentiezorg

CGG

- Binnen de CGGs hebben we soms mensen in begeleiding die bijvoorbeeld ineens acuut suïcidaal zijn. Dan zoeken wij welke zorg op dat moment helpend kan zijn omdat wij door ons aanbod dan onvoldoende zorg kunnen bieden. Wat niet betekent dat we niets aanbieden van urgentiezorg. We gaan onmiddellijk zoeken met die persoon, met een huisarts, met de omgeving wat de mogelijkheden zijn. Dit kan ook een opname zijn.
- Bij urgentie moet je nu meteen iets doen, crisiszorg kan binnen de 24u bijvoorbeeld. Of het om crisis- of urgentiezorg gaat, hangt van de tijd waarbinnen een interventie nodig is maar ook van hoe concreet het risico is. Er hoeft niet zoveel verschil te zijn tussen een forensisch publiek of niet. Het verschil bij een forensisch publiek is dat er soms meer risico is voor de personen die binnen de context leven van de cliënt. Hiermee bedoelen we dat we ons zorgen kunnen maken om de omgeving omdat er een risico of risicovolle situatie zich voordoet dat er zich opnieuw feiten voordoen. Bijvoorbeeld een cliënt met een pedoseksuele problematiek die ineens zegt dat hij een nieuwe vriendin heeft met twee kleine kindjes en dat die vrouw het hele weekend werkt en dat hij dan aangeeft dat hij niet weet of het wel goedkomt. In zo een gevallen wordt justitie verwittigd. Dan wordt er eerst samen met de arts, het team en de cliënt gekeken naar een risico inschatting. Soms heb je mensen die dan zelf zeggen dat het geen goed idee is dus ik ga bijvoorbeeld dit weekend bij mijn moeder slapen dus die wel zelf bereid zijn om barrières in te bouwen en actie te ondernemen. Maar je hebt dus ook cliënten waarvan je zelf inschat dit komt niet goed. Op dat moment ondernemen we actie. We nemen contact op met het parket.
- Sommige dingen zijn niet levensbedreigend maar toch urgent omdat er nu gehandeld moet worden in functie van derden. Bijvoorbeeld in de situatie van het voorbeeld dat juist werd aangehaald van de kinderen en de cliënt met een pedoseksuele problematiek, dan moet je wel acuut actie ondernemen want het is een gevaarsituatie. Maar is dat dan een zorgnood? Het is justitie die op dat moment moet tussenkomen. Dat is iets anders dan iemand met een psychiatrische of medische nood. Hier is het wel zorg in de hele brede zin. Je gaat niet zelf handelingen stellen maar handelingen stellen zodat iemand anders gaat ingrijpen.

Verslaving

- De omschrijving van urgentiezorg die het CGG aangeeft, is ook van toepassing binnen verslaving. Wij hebben niet de omkadering. Dus wanneer iemand echt suïcidaal is dan verwijzen wij die wel door naar de PAAZ.

4.2.2 Crisiszorg

- Een crisis die je niet saneert, wordt urgenter en urgenter. In de definitie van crisiszorg staat ook 'onmiddellijk' dus dat is verwarrend.

CGG

- Wij hebben hulp nodig van een netwerk als het om een crisissituatie gaat. Als je als hulpverlener 6 of 7 afspraken hebt op één dag, en één van die personen gaat in crisis, dan is er een probleem. Je kan in extreme situaties proberen om de cliënt sneller te zien, maar sommige personen

hebben veel meer nodig op dat moment. Dus je moet dan ook meer zorg kunnen bieden. Dan zoeken wij naar meer hulp of naar een opname. Om zo een versnelling hoger te schakelen in de zorgcontinuïteit. Het is eigenlijk intensifiëring van je zorg wat je op dat moment probeert te doen maar dan in samenwerking met anderen. Maar ik denk dat dit niet zo heel specifiek is voor forensische, dat is voor de hele ambulante sector.

Verslaving

- De justitieassistent moet ook bij crisiszorg betrokken worden. Niet zozeer omdat de cliënt kan hervallen in feiten, maar omdat er wel een goedkeuring moet zijn dat die tijdelijk ergens anders naartoe gaat om de crisis op te vangen. Of wanneer we zeggen dat er een opname nodig is dan moet justitie wel goedkeuring geven. Of als ze onder elektronisch toezicht staan bijvoorbeeld. Je moet dus altijd met justitie rekening houden in deze situatie, anders komt je cliënt in de problemen.
- Zie voor meer input werkgroep 16 verslaving.

Verslag

Titel: PVF Werkgroep 10: Psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen

Datum, uur: 03-10-2019, 9u30 – 12u30

Plaats: Zaal Epicurus 1C05 – Hendrik Consciencegebouw

1 Opmerkingen/bedenkingen van deelnemers werkgroep

1.1 Opmerkingen van deelnemers bij voorbereidingstekst

- Er zijn ontbrekende categorieën in de lijst van mogelijke patiënten in psychosociale revalidatiecentra
 - Bv. ontwikkelingsstoornissen (ASS)
 - Staat niet in DSM, maar ook niet in de lijst van exclusiecriteria
 - → Op basis van eigen methodiek wordt gekeken of die persoon gebaat is bij aanbod van psychosociale revalidatiecentra (PSRC)
 - Bv. Verslavingsproblematiek
 - Het is geen hoofddoel van de centra, maar die personen hebben vaak een multiproblematiek
 - Om juiste zorg te bieden moet PSRC partner zoeken die gespecialiseerd is in deze problematiek. Dit wordt echter niet aangemoedigd door financiering.
 - Indien er geen partner wordt gevonden, moet die persoon naar een specifieke verslavingscentra
 - Organisaties rond verslavingsproblematiek mogen niet op dezelfde moment gebruikt worden, en gefinancierd worden
 - Bv. Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC), De Spiegel, De Sleutel
 - Die problemen rond afstemming worden opgesomd in nota over ander overleg van deeltijdse psychiatrische (Yves Wuyts) zie verder.
 - Het gevaar van een “rugzak vol centen” zoals bij VAPH
 - Als je de mensen/organisatie niet vergoedt voor die groep, gaat dit averechts werken en niet aanzetten om die gespecialiseerde zorg ook aan te bieden
- Doelgroep is heel verschillende in groep van deelnemers
 - Door de verschillende conventies
 - Conventie Tsedek: Vanaf 16j en geen bovengrens

- Conventie Mirabello, Sonar: Vanaf 16j tot 65j
 - Conventie De Evenaar: In het jaar dat u 18j gaat worden
 - De leeftijd van de patiënt is arbitrair vastgelegd, en het past vaak niet in het werkingskader
 - De mensen zijn soms ouder, en soms jonger
 - Jongvolwassenen kunnen ook residentieel worden opgenomen
 - Oude conventies hebben geen leeftijdscategorieën (Conventie 1)
- Revalidatie-activiteiten verwijzen naar levensdomeinen
 - In de PSRC spreken velen niet over patiënt, maar cliënt
 - Andere gebruiken wel “Patiënt” omdat dit afkomstig is uit het woord “Patience”, wat betekent “Tijd nemen voor de persoon”

1.2 Arbeidscoaching

- Arbeidscoaching is ook een zorgvorm waar ook de zorgfuncties van bekeken dienen te worden.
- Volgens de werkgroep mag arbeidscoaching samenlopen met de werking in PSRC
 - Het is een heel ingewikkelde kwestie
 - De vormgeving van arbeidsintegratie gebeurt intern, en varieert enorm van regio tot regio
- Op dit moment mag een arbeidscoach aan arbeidscoaching doen terwijl de persoon in een ambulante psychosociale revalidatie verblijft
 - Een van de werkgroepleden werkt in een hybride vorm van beide (een team van jobcoaches en een team van het PSRC)
 - De andere werkt met zijn PSRC historisch gezien al samen met verschillende netwerkpartners en biedt geen jobcoaching aan
 - De andere werkt in een regio waar er geen aanbod is voorzien in de buurt om die jobcoaching taken aan door te geven.
- In de conventie ligt de finaliteit van ‘jobcoaching’ bij betaald werk
 - Bv. Bij BW is dit anders, hier past activering, tijdsbesteding en zinvolle dagbesteding beter
- De werkgroep is voorstander voor het oplossen van de ‘puzzelfinanciering’, maar vraagt extra aandacht voor het deel rond arbeidscoaching. Dit is namelijk iets dat naar hun mening niet ontkoppeld moet worden.
- “Arbeidscoach GGZ” is een zorgvorm, en vertrek van de zorg en gaat naar de arbeidsmarkt
 - De zorgfunctie is “activering”, maar strookt niet met de definitie van voorbereidende nota, maar heeft altijd te maken met de finaliteit van betaald werk
 - Inhoud is steeds hetzelfde overheen de regio’s, maar manier van organiseren is zeer verschillend overheen de regio’s en is dan ook historisch gegroeid
- Ook arbeidscoaching dient in het groter geheel bekeken te worden, daarvoor is een zoektocht naar zorgvormen gelinkt aan arbeid voor nodig. In de huidige werkgroepen wordt hier echter niet apart op gefocust.
 - Arbeid is een zorgvorm binnen zowel BW als PSRC
 - “Arbeid” in de enge zin van het woord, en niet activering en tijdsbesteding en zingeving
 - Bv. stages organiseren
- Bij PSRC moet die arbeidscoaching steeds behoren tot een bestaande organisatie, en in BW is er geen finaliteit zittende die jobcoaches daar soms vast
 - Nu kan iemand het project in PSRC doorlopen en als die dan toch geen betaald werk kan doen, dan wordt continuïteit doorbroken en doorgestuurd naar een andere dienst.

2 Zorgvorm(en)

2.1 Definitie zorgvorm

Bedenkingen bij de term “Niet-medische” hulp of dienstverlening in de definiëring:

- Medisch handelingen worden vaak gezien als handelingen in een ziekenhuis, maar PSRC hebben vaak een mengeling van beide
 - Voornamelijk in residentieel revalidatiecentra
 - Die medische handelingen worden echter niet gefinancierd door Vlaamse Overheid
- Bv. Medicatie voorschrijven
 - *Is dat een medische handeling?*
 - Het gebeurt sporadisch, maar in residentieel revalidatiecentra is er ook sprake van medicatie verstrekking
- Er is steeds een arts gebonden aan team
 - Residentieel PSRC:
 - Arts consult is gebonden aan dagprijs/forfait
 - Een individueel consult bij de RC wordt niet gerekend, maar zit in de dagprijs
 - Ambulante PSRC:
 - Psychiater is een coördinerend iemand, maar geen behandelende arts
 - Conventie bepaalt welke mensen mogen komen (lijst + exclusiecriteria)
 - Alles wat psychiater doet, hoort binnen globale financieringsnorm
 - Persoon wordt aangeraden om zelf een psychiater te hebben die hem/haar behandelt
 - Dit bezoek aan de psychiater gebeurt best op een andere dag dan de dag van het bezoek aan het PSRC omdat de PSRC anders die dagprijs niet mogen aanrekenen
 - Bij sommige PSRC zit er ook een huisarts in het team
 - De aanwezigheid van een arts is van belang:
 - Om toegang te krijgen tot PSRC hebben de personen een diagnostiek nodig van DSM, en dus moet een arts steeds diagnosticeren
 - De arts van het PSRC moet de aanvraag ondertekenen, ook al heeft een andere psychiater hem/haar doorgestuurd

2.2 Zorgvormen

2.2.1 Ambulant zorg vs. Semi-residentieel

- Bij “ambulant” spreekt men eerder over enkele uren, terwijl “semi-residentieel” spreekt over meer dan een dagdeel
 - Maar PSRC is allebei: Bij ambulant PSRC spreekt men over 3u of 6u.
 - Dit kan dus passen bij beide zorgvormen
- Er is een lopende werkgroep (Naam: Deeltijdse Psychiatrische Zorg) vanuit de interkabinettaire overleggen over dagbehandeling: Met Yves Wuyts van Zorgnet-Icuro
 - De nota is bijna klaar, maar moet nog worden voorgelegd aan overlegorgaan
 - Yves Wuyts was de voorzitter van die groep
- PSRC willen liever niet spreken over semi-residentiele zorg, want die benaming en definiëring past niet in de herstelvisie
 - Het dekt de lading niet en heeft andere connotatie. Zo hangen de activiteiten van een PSRC niet vast aan het gebouw
 - Het centrum is hier niet het vertrekpunt

- Ze bieden ook geen mobiele zorg, maar geven eerder ‘intensievere ambulante’ zorg
 - Een dagziekenhuis, of een DVC is geschikt semi-residentieel voorbeeld, en dit is volgens de werkgroep niet van toepassing op PSRC
- Het is allemaal afhankelijk van hoe dat je het bekijkt:
 - Wanneer het gelinkt is aan uren zorg → Semi-residentieel
 - Wanneer het gelinkt is aan de verschillende zorgfuncties → Ambulant
- In ambulante PSRC wordt er meestal geen eten gegeven aan de patiënten
 - Het is heel afhankelijk van de noden van de persoon en het aanbod van de centra.
 - *Heb je de mogelijkheid om het aanbieden?*
 - *Of bied je het aan omdat die personen de nood hebben?*
 - *Of is het deel van een activiteit zoals een kookprogramma?*

2.2.2 Residentiële zorg

- Men wil spreken over residentiële zorg, en niet woonzorg
 - De deelnemers hebben verschillende maximumtermijnen, dit is arbitrair afgeklopt door RIZIV
 - In oudere conventies staat er geen begrenzing op termijn
 - In het revalidatieconcept staat er wel termijn vastgesteld, maar dit werd in overleg met RIZIV vastgelegd
 - 1 deelnemer spreekt van een maximumtermijn van 13 maanden, met max verlenging van x-aantal maanden, maar alleen mogelijk als dit gemotiveerd wordt
 - 1 deelnemer spreekt van een maximumtermijn van 9 maanden opname en 18 maanden dagbehandeling
 - Maar dit is vastgelegd op basis van interne regelgeving
- Wanneer men het traject voortzet van doorgestroomde patiënten, dan kan men spreken van semi-residentieel, en dan is de link met uw centrum nog zeer duidelijk
 - Behandeling voortzetten ligt ook weer op 2 raakvlakken: ambulant en semi-residentieel
 - Semi-residentieel is voor de werkgroep elke dag een bezoek brengen
- *Wat met die woon- en leefkosten?*
 - Patiënten krijgen in residentieel PSRC warm eten aangeboden
 - Naast andere functies die worden opgenomen (zekere “hotelfuncties” worden vaak door gewoonte in het aanbod gepast
 - Maar de insteek is dat een als die persoon thuis is, hij/zij dit zelf moet kunnen doen
 - De belangrijkste vraag hier is: *Waar situeert het PSRC zich in het herstelproces, en welke functies zijn daarvoor nodig?*

2.2.3 Aanklampende zorg

- Zowel voor ambulante als residentiële PSRC is dit niet van toepassing.

3 Zorgfuncties

- Belangrijk dat in de praktijk de definiëring van de zorgfuncties niet te rigide wordt toegepast
 - In de realiteit doen mensen niet altijd handelingen die passen bij hun opleiding. Men kijkt niet meer diploma’s, maar gaat eerder uit van de kansen, ervaringen en mogelijkheden van de professionals.

- Teamleden hebben andere activiteiten en die handelingen die in de realiteit door hen worden gedaan, zijn niet altijd terug te vinden in hun opleiding. Het kan namelijk ook via werkervaring dat die persoon zijn vaardigheden verwerft. Daardoor is het vaak een te strakke definitie.
- Voorbeeld:
 - Vrijwilligers zijn ervaringsdeskundigen, maar werken eerder projectmatig. Ze zijn geen vaste krachten.
 - “Zorgverlener OF professional” is ruim genoeg verwoord, en geeft de voorzieningen de mogelijkheid om deze ruim in te vullen. Zo kan een vrijwillige ervaringswerker evengoed een zorgverlener zijn.

3.1 Aanmelding, screening en intake

- Algemene opmerking:
 - Zorgfuncties worden geschreven vanuit het hulpverlenersperspectief, terwijl het vaak gaat over wat de cliënt wil doen met het aanbod
- Er is vaak sprake van een korte telefonische screening
 - De intake kan pas gebeuren als er perspectief tot starten is: dit betekent concreet dat de wachttijd doorlopen is
- Deze zorgfunctie wordt niet per se door een “centraal geplaatste hulpverlener” in de organisatie gedaan, maar in realiteit gebeurt het wel vaak zo
 - Het doorsturen naar andere relevante organisatie wordt in de realiteit wel gedaan, maar PSRC spelen geen centrale rol in aanmelding en screening aangezien zij geen speciale dienst hebben door hun kleinschaligheid.
 - Op een netwerkniveau zouden de werkgroepleden graag zien dat deze zorgfunctie daar wordt uitgevoerd, en dat daar aan de hand van enkele centraal geplaatste hulpverleners goede doorverwijzing kan plaatsvinden.
 - De activiteit wordt wel gedaan, maar goed opgeleide hulpverleners dienen de functie op te nemen aangezien de intake van mensen door verschillende organisatie eigenlijk tijdsverlies is als die persoon geen plaats heeft in het PSRC.
 - “Elke intake die gedaan wordt is eigenlijk vrijwilligerswerk, aangezien dit toch steeds bevestigd dient te worden door een arts”.
- Extra voorbeeld:
 - Enkele PSRC organiseren maandelijkse rondleidingen in centrum om mensen meer informatie te geven, en om mensen een kans te geven extra informatie te vragen
 - Op zulke dagen is er eerst een rondleiding en dan pas een intake
- Men heeft 2 mogelijkheden:
 - De persoon moet een centraal persoon kunnen aanpreken
 - De persoon moet een centra kunnen aanspreken
- Het woord “Intake” past eerder bij indicatiestelling (4.2)

3.2 Indicatiestelling, diagnostiek, evaluatie

- Deze zorgfunctie is een opdracht die vanuit de conventie gevraagd wordt aan alle PSRC.
- Die verplichte diagnostiek door een psychiater om een aanvraag in te dienen is eigenlijk iets dat waar de werkgroepleden liever niet mee werken.
 - In de toekomst zou men liever die verplichte diagnostiek niet nodig hebben om recht te hebben op een zorgticket.

- Het is voor hen vooral een administratieve aangelegenheid, aangezien hier niet mee gewerkt wordt met de cliënten zelf.
- Verder werkt de herstelvisie met een diagnose.
- Het is eerder deel van de methodiek, en is geen expliciete zorgfunctie
 - Bv. Het introductiepakket van korte termijn (3 à 4 weken) in enkele PSRC is dat dan weer wel
 - Het echt onderzoeken of mensen ontwikkelingspotentieel hebben is zeer moeilijk aangezien dit mechanische denken in de realiteit niet haalbaar is
- Op dit moment bepaalt het type profiel “welke periode eraan geplakt wordt”; verschillende diagnoses hebben ‘recht’ op verschillende termijnen
 - Bij de ambulante PSRC:
 - Nieuwe lichting:
 - Samen met andere organisaties wordt bepaald om iedereen max 1 jaar revalidatie te geven
 - Oudere lichting heeft andere manier van aanvragen
 - In realiteit duurt het vaak langer/korter dan de maximumtermijn die vastgesteld is in de conventie
 - Bij de residentiële PSRC:
 - Dit wordt soms intern vastgelegd:
 - Bv. 9 maanden opname en 18 maanden dagbehandelingen
- Diagnosestelling is heel relatief, en heeft wel wat gevaarlijke implicaties.
- Daarnaast heeft diagnostiek ook verschillende vormen:
 - Diagnostiek adhv de DSM is zeer relatief
 - Maar bijvoorbeeld functionele diagnostiek wordt zeker wel gedaan, en ook gebruikt in het verder zorgtraject
- *Wat zou er gebeuren als die maximumtermijnen wegvallen en een diagnose niet meer nodig is? Wat als je het zomaar aanbiedt?*
 - De werkgroepleden wijzen op het gevaar van ‘nestgedrag’
 - Dat wil zeggen dat de persoon langer in het PSRC blijft dan dat het ‘nodig’ is.
 - Daarnaast kan het een invaliderend in plaats van activerend/stimulerend effect hebben
 - Personen hebben dan misschien minder motivatie om het eerder af te ronden
 - “Ik heb toch geen deadline, dus ik moet mij niet haasten”
 - De ervaring leert hen dat een maximumtermijn, en dus een einddatum maakt dat het tweede deel van die termijn het meest productieve is
 - Verder is eenzijdig bepalen van een termijn gevaarlijk
 - Voor het luik revalidatie: Er zijn bepaalde financiële voordelen.
 - Bijvoorbeeld 50 euro in de week voor een therapeut
 - Voor het luik nazorg: Er zijn geen financiële voordelen
 - Bijvoorbeeld zeer lange wachtlijsten in CGG’s

3.3 Verzorging

- Is geen zorgfunctie van de PSRC
- Residentiële PSRC hebben thuiszorgdiensten die deze taken dan opnemen.
 - Dit wordt niet door het zorgteam in de organisatie aangeboden
 - Bv. persoon met een rolstoel die moet gewassen worden, krijgt hulp door thuiszorgdienst

3.4 Begeleiden

- Valt voor de werkgroepleden onder de noemer **MAATSCHAPPELIJK HERSTEL**
- Het “aanleren en ondersteunen van vaardigheden” betekent voor hen dat het niet gelimiteerd is tot enkel gestructureerde activiteiten
- Inhoudelijk:
 - Er zijn 7 levensdomeinen in de herstelvisie
 - Sociaal administratief
 - Psychisch welzijn en persoonlijkheid
 - Netwerk en relaties
 - Lichamelijk welzijn (conditie, zelfzorg)
 - Huishoudelijke zelfstandigheid en wonen
 - Vrije tijd
 - Werk, leren en zingeving
 - “Werk, leren en zingeving” wordt niet opgenomen in de definitie van de zorgfunctie “Begeleiding” en is deel van die arbeidsintegratie door Bv. Een opleiding te volgen
- Op sommige momenten wordt er ook psycho-educatie gegeven
 - Bv. “Ik en de wereld”
 - Alle componenten kunnen een deel van psycho-educatie bevatten
 - Bv. samen gaan wandelen
 - Dit is voor sommige een wandeloefening, en voor andere een oefening om sociale contacten te leggen
- Het sociaal administratief domein is van toepassing voor ambulante en residentiële PSRC
 - Hier gaat het over de mensen correct te informeren en verder aan te sturen
 - Het herstel ONDERSTEUNEN, maar heeft niet de doelstelling om activiteiten over te nemen van de persoon
 - Men spreekt dan liever over het “Activering” dan begeleiden
- Enkele praktijkvoorbeelden
 - Sociaal administratief domein
 - Samen naar CAW gaan voor budgetbeheer
 - Tips geven om naar de slager te gaan
 - Dramatherapie
 - Het kan in zo’n drama therapie gaan over trauma’s, maar kan evengoed ook een oefening zijn voor die persoon om zich te plaatsen in de verschillende posities in de samenleving
 - Werkactiviteiten (Domein rond Werk, leren en zingeving)
 - Heeft andere finaliteit dan voorzieningen die werken rond arbeidsintegratie. Het gaat hier eerder om de persoon de mogelijkheid te geven om door te stromen
 - Bezigheid en tijdsinvulling is niet wat in PSRC wordt gedaan, maar ze zoeken samen naar een traject dat die persoon haalbaar lijkt
 - Bv. Zo is er geen weekplanning in een PSRC
 - De deelnemers kunnen een BBQ plannen elke zomer, en daar wordt begeleiding voorzien, maar de deelnemers bepalen en organiseren dat zelf
 - Prevocationale vaardigheden:
 - Wat kan je naartoe gaan om opleiding te volgen?

- Hoe moet je de opleiding volgen? Bv. Steeds op tijd komen, hiërarchie aanvaarden
 - → Allemaal randvoorwaarden om te kunnen gaan werken
- Als iemand naar het PSRC komt met de doelstelling om structuur in zijn leven te krijgen, dan past die niet in een PSRC, want dit is een “doorstromingcentra”. Die structuur zal die persoon eerder vinden in een dagactiviteitencentra
 - In de PSRC ligt de focus op evolutie en training
 - Als er sprake is van een ‘plafond’, dan worden die doorgestuurd naar een andere oplossing
- Opmerking uit voorbereidingstekst
 - Residentiële PSRC zijn voor zorggebruikers met ernstige psychosociale problemen voor wie een ambulante behandeling niet volstaat of een psychiatrische opname niet vereist, aangewezen is.
 - Ze kunnen terecht in internaten, maar waar het residentiële aspect is nodig
 - Die zorggebruikers kunnen ook in een kliniek verblijven, maar het verblijf in een huis heeft een ander effect dan verblijven in een ziekenhuis
 - De aanpassing van setting is soms aangewezen voor personen met bepaalde problematieken

3.5 Specialistische en methodische behandeling

- Valt voor de werkgroepleden onder de noemer **PERSOONLIJK HERSTEL**
- Behandeling gebeurt eerder in een ACT-groep¹ (Daar is men meer specialistisch en methodisch bezig)
 - Bv. 8 weken groepstherapie volgen is een stevige investering
 - Die mensen mogen pas mee doen als ze ontwikkelingspotentieel hebben
- Ambulante PSRC geven aan dat ze eerder een mengeling van de 2 (Begeleiding en behandeling) bieden, maar beide zijn wel van toepassing
- Residentiële PRSC geven specialistische en methodische behandeling als hoofd zorgfunctie
 - Omdat het concreet stellen van een doelstelling is voor residentiële settings vaker van toepassing
 - Ambulante PSRC hebben vaak mensen die al verder staan in dat herstelproces
- Het verschil tussen begeleiding en activering in PSRC heeft vaak te maken met hoe het historisch gegroeid is en met het aanbod
 - “We kunnen niet zomaar mensen doorsturen naar een andere groep als er geen in de buurt zijn.”
- Volgens de werkgroep zouden PAAZ en dagklinieken meer nadruk moeten leggen op Behandeling, maar liggen hun voornaamste zorgactiviteiten meer bij Activering en Begeleiding
 - Indien PAAZ en dagklinieken meer nadruk leggen op Behandeling dan zou er sneller kunnen worden doorverwezen naar die voorzieningen

3.6 Activering

- Is geen zorgfunctie van de PSRC
- Definitie sluit meer aan bij een dagactiviteitencentrum

¹ De ACT-groep (Acceptance Commitment Therapy) is er voor je wanneer je al langer worstelt met emoties, gedachten en klachten. (Bron: <https://www.eleos.nl/zorgaanbod/act-groep/>)

- Men kan in zo'n dagactiviteitencentra werken in een atelier, maar dit is niet gericht om re-integratie, daar is eerder sprake van een finaliteit
- Die manier van werken wordt niet gebruikt in een PSRC.
 - De definiëring van "Activering" past wel in "Begeleiding"
 - PSRC ondersteunen de mensen in hun weg naar arbeidsintegratie, maar bieden geen tijdsinvulling en bezigheid

3.7 Dienstverlening (NIET)

- Is geen zorgfunctie van de PSRC
 - "Je kan mee doen aan een actie van Te Gek?! maar dat is geen primaire doelstelling van het PSRC"

3.8 Wetenschappelijk onderzoek

- Wordt eerder gezien bij concrete vormen zoals stages begeleiden, maar deelnemen aan universitaire onderzoeken is geen primair doel
 - Ander voorbeeld is het geven van opleidingen aan ziekenhuizen
- In de conventies worden de PSRC gevraagd om outcome variables te verzamelen om outcome monitoring mogelijk te maken
 - De werkgroepleden verzamelen die outcome variables Bv. via IROQ
 - Dit gebeurt buiten het financieringskader en dient, volgens de werkgroep gezien te worden onder organisatiegebonden kosten

3.9 Samenwerking

- De definiëring is breed, maar tegelijkertijd ook eng
- Enge betekenis omdat het gefocust is op de functie van een therapeutische relatie tot een zorggebruiker en zijn context
 - Bv. Meegaan naar OCMW, maar ook familieleden ontvangen
 - Bv. Zorgtafels, Netwerkoverleg organiseren
 - Bv. Ouders, kinderen, partners betrekken
 - Belangrijk in **vervolg** om continuïteit van zorg te vrijwaren
- "Nazorg" bestaat niet, omdat er geen financiering bestaat voor deze zorgvorm
 - Het gebeurt immers na de termijn, en is dus niet gefinancierd
 - Haalbaar voorstel is om het CGG-model te gebruiken, en dus individueel te vergoeden en dit betaalbaar te maken
 - Maar in het revalidatiemodel momenteel moet er minimum 3 uur zorg en ondersteuning worden verleend, en deze overleggen en gesprekken horen daar niet onder
- Ruime betekenis omdat het deel van de opdracht van een PSRC is
 - Bv. participeren aan overlegorganen, intervisies
 - Er is namelijk geen begin- en geen eindstation
 - Door die heel brede doelgroep is samenwerking nodig
 - Die zorgfunctie past ook binnen het herstel continuüm
- Samenwerking is noodzakelijk voor continuïteit van zorg, en ook continuïteit van zorgorganisatie
 - Bv. samenwerking tussen ziekenhuizen en PSRC

4 Zorglocaties

- De zorglocatie is afhankelijk van het traject van de persoon, maar de verplaatsing wordt niet vergoed
 - Vanuit de nieuwe conventie worden de PSRC aangeraden om sporadisch buiten de residentiële setting zorgactiviteiten te organiseren
 - Vroeger werd dit door het RIZIV net afgeraden.
- Residentiële PSRC geven aan dat eigenlijk alle zorglocaties van toepassing kunnen zijn voor hen
 - Dat wil zeggen:
 - Binnen de eigen zorgeenheid/zorgvoorzienig (de zorggebruiker verplaatst zich naar de voorziening)
 - Residentieel
 - Semi-residentieel
 - Ambulant
 - Binnen de (eigen) thuisomgeving van de cliënt (mobiele hulpverlening)
 - Binnen een andere zorgeenheid binnen de gezondheidszorg
 - Buitenhuis en buiten een zorgeenheid
 - Alleen online wordt er geen zorg en ondersteuning geboden. Online wordt er enkel gecommuniceerd met de personen.
- Een voorbeeld van binnen de thuisomgeving is de intake. Deze kan namelijk thuis gebeuren.

5 Soorten zorg binnen VSB

5.1 Planbare zorgtraject

5.1.1 Langdurige en kortdurende zorgtrajecten

- Langdurige zorgtrajecten, zonder afgebakende periode zijn af te raden, en passen niet binnen PSRC en herstelvisie
- Zorgtrajecten hebben altijd, liefst, een bepaalde afgebakende duur
- “Bepaalde duur” en “onbepaalde duur” zijn betere benamingen dan kortdurend en langdurig

5.2 Niet planbare zorgepisodes

5.2.1 Urgentiezorg

- Bij ambulante PSRC is dit niet echt aanwezig
 - Het is een situatie die zich uitzonderlijk voordoet, maar ambulante organisatie zoeken andere hulpverleners om dit op te lossen
- Bij residentiële PSRC is dit een uitzondering
 - Bv. Wel bij patiënten met auto-mutilatieneigingen
 - Maar hier gaan ze de mensen ook aanmoedigen om zelf hun wonden te bekleden
 - Moest dit plaatsvinden in een levensbedreigende vorm, dan wordt wel een ambulance gebeld
 - Op het moment dat die persoon naar een ziekenhuis gaat, dan moet die naar een PAAZ. Als die persoon door een psychiater gezien wordt en daar wordt opgenomen, dan stopt de conventie. Dat wil zeggen dat daarna een nieuw aanvraag gestart moet worden als die terugkomt van zijn ziekenhuisopname

5.2.2 Crisiszorg

- “Acuut beleefde noodsituatie”

- Een soort stabiliteit van de situatie is vereist al inclusiecriteria, maar crisiszorg wordt wel gedaan tijdens het traject
- Ambulante PSRC:
 - “We doen dat, sowieso, maar langer dan we zelf willen, samenwerking met andere organisaties is vaak moeilijk, en die samenwerking vraagt heel veel tijd”
 - Daarom is die samenwerking zo een belangrijke zorgfunctie
 - Er kunnen ook aanmeldingen gebeuren door een mobiel crisisteam na 6 weken begeleiding
- Het is een noodzakelijk aanbod, maar gebeurt uitzonderlijk
 - Bv. Bij dreigende suïcide
- Residentiële PSRC zullen regelmatig die crisiszorg bieden aangezien hun doelgroep ook die mensen zijn die gebaat zijn bij een opname, en waar ambulante zorg vaak niet voldoende is.
 - “Je bent zo kleinschalig, en uw verbondenheid met de patiënt is anders, omdat het traject wordt doorgegaan.”

Titel:	Werkgroep 11 Ontwikkelingsstoornissen
Datum, uur:	08-10-2019, 9u30 – 12u30
Plaats:	Hendrik Consciencegebouw - Brussel

1 Kenmerken van de zorgvormen/ algemene bedenkingen

- De deelnemers van de werkgroep zijn werkzaam binnen:
 - Referentiecentra voor autisme (RCA) (2 deelnemers)
 - Centra voor Ambulante Revalidatie (2 autonome CAR en 1 universitaire CAR)
 - Conventie kinderpsychiatrische aandoeningen (7.74.0) (1 deelnemer)
 - 1 deelnemer GAUZZ

De vertegenwoordiger van GAUZZ kon niet aanwezig zijn. Een andere vertegenwoordiger met kennis van de werking van GAUZZ maakte de nodige aanvullingen voor GAUZZ. Het verslag werd naar iedereen verstuurd zodat de afwezige deelnemers alsnog aanvullingen konden maken.

- Ontwikkelingsstoornissen leiden vaak tot urgentiesituaties (bijvoorbeeld bij kinderen met autisme). Deze kunnen terecht bij de Provinciale netwerken en de crisisdiensten. Deze zijn federaal.
- Binnen de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg kunnen niet alle psychische problematieken zomaar in een vakje geplaatst worden. Men stelt zich de vraag of het de bedoeling is of dat CGGs ook met persoonsvolgende financiering moeten gaan werken? Hierbij wordt aangegeven dat men binnen een CGG niet gericht is op diagnostiek en classificatie maar vooral krachtgericht en ontwikkelingsgericht werken. Als de cliënt ernaar vraagt gaan we wel diagnostisch werken maar ook dan werken we met een spectrum. Veel jongeren ontwikkelen op adolescentie leeftijd een problematiek. Wij gaan dan een vorm van therapie opzetten. Wij gaan met een persoon aan de slag zoals de persoon zich aandient maar we gaan niet zomaar met diagnoses werken. Onze werking is zeer gevarieerd.
- Een lid van de werkgroep merkt op dat binnen bepaalde 7.72 centra personen met ontwikkelingsstoornissen niet terecht kunnen. ADHD, ASS is daar regelmatig een exclusiecriteria. Dit geeft problemen voor (jong)volwassenen die toch een revalidatieperiode

nodig hebben maar geen plaats vinden. De centra 7.72 bepalen de exclusiecriteria zelf. Een persoon met autisme die een zware depressie krijgt en daardoor langdurige zorg nodig heeft, kan er gebruik van maken omwille van de depressie. Maar vaak omwille de bijkomende problematiek, een ontwikkelingsstoornis (bv. autisme) stelt men ast dat er een verminderde efficiëntie is van de interventie indien er onvoldoende rekening wordt gehouden met de ontwikkelingsstoornisproblematiek. Er wordt de vraag gesteld om meer linken te maken tussen de verschillende settings die rond volwassenrevalidatie werken en ontwikkelingsstoornissen.

2 Zorgvorm

2.1 Definitie zorgvorm

- Er gebeuren wel medische handelingen binnen de conventies/ organisaties die deelnemen aan deze werkgroep. Enkele voorbeelden worden aangehaald:
 - Een CGG biedt medisch-psychiatrische en psychotherapeutische hulpverlening aan mensen met ernstige psychische problemen. Een psychiater maakt deel uit van het team.
 - Kinderpsychiatrische aandoeningen (7740): Het opvolgen en bijsturen van medicatie is een taak van de arts. De arts zit ook de besprekingen van de behandelingsplannen voor.
 - De Dauw: Het opvolgen en bijsturen van medicatie is de taak van de arts. De arts zit ook de individuele planbesprekingen voor en is eindverantwoordelijke voor de medisch inhoudelijke behandelingen.
 - In de conventie van de Appelboom staat vermeld dat de somatische factoren die aan de basis kunnen liggen van de gedrags- of ontwikkelingsproblemen door de arts in kaart gebracht worden. De arts moet dan doorverwijzen naar de specialist die hierbij kan helpen.
 - Ook bij GAUZZ staat in de conventie dat de somatische factoren die aan de basis kunnen liggen van de gedrags- of ontwikkelingsproblemen door de arts in kaart gebracht moeten worden. De arts moet dan doorverwijzen naar de specialist die hierbij kan helpen.
 - RCA: Binnen de conventie is het een verplichting dat 25% van de totale personeelscapaciteit arts is. Vooral de intellectuele prestatie worden geleverd door arts. Men moet ook verbonden zijn een ziekenhuis voor de technische prestaties.
 - In de autonome CARs werken artsen. Zij staan in voor het voorschrijven van medicatie, het opvolgen en op puntstellen ervan. Ze superviseren de behandelingen. Voor bepaalde doelgroepen is een specifieke specialisatie van de arts volgens de conventie vereist. Bijv. hersenletsels – neuroloog.
 - Universitaire CAR: Bij ons is het inherent aan het diagnostisch proces. Een arts vraagt een MRI, EGG, ... aan. Ook tijdens het behandelingstraject is er een heel duidelijke medische link maar alles hangt af van de comorbiditeiten. We zien kinderen met gehoorproblemen die al dan niet genetisch bepaald waar regelmatig gehoortesten

en bijsturing moet gebeuren door een revalidatiearts. Dit valt binnen de conventie. De arts wordt ook betaald met middelen uit de conventie.

2.2 Zorgvorm per zorgaanbod

- Aanklampende zorg is volgens de leden van de werkgroep ad hoc en cliëntgericht. Met andere woorden afhankelijk van de ernst van de zorgvraag. Het is geen structurele zorgvorm. Het kan binnen elke zorgfunctie voorkomen zowel aanmelding, gedurende behandeling...

CGG

- Binnen een CGG vinden we **ambulante** zorg, **mobiele** zorg en **aanklampende** zorg terug. De cliënt komt meestal naar ons maar als we een opdracht binnen het PANG¹ uitvoeren, gaan we ook aan huis en aanklampend werken (als er zorgmijding is en als het zorgwekkend is). De grootste groep komt wel zelf bij ons op gesprek. Dit is ambulante zorg.

CAR

- Voor de autonome CAR is **ambulante zorg** het meest van toepassing. Ook al wordt er ook aan mobiele zorg gedaan. Bijvoorbeeld: we gaan naar scholen en naar de thuissituaties voor observaties. Maar proportioneel gezien gaat de zorggebruiker zich dus voornamelijk naar ons verplaatsen. Maar er zijn momenten in het traject waar wij ons gaan naar hen verplaatsen. Dit wordt zorggebruiker per zorggebruiker bekeken. Bijvoorbeeld indien er een vermoeden is van autisme gaan we wel altijd naar de school of naar de thuissituatie in de diagnostische fase. Verder hangt het af van de noden en de hulpvragen. Binnen de behandeling is het afhankelijk van de zorgvraag of **mobiele zorg** van toepassing is. In onze revalidatieovereenkomst staat dat we ons 'in beperkte mate' mogen verplaatsen. We zijn vragende partij om meer mobiele zorg te mogen uitvoeren. Deze is nu ook beperkt omwille van financiële redenen. Als wij nu een interventie doen voor een leerkracht is die niet gehonoreerd. Er zijn bij ons wel mensen met een hersenletsel die **semi-residentieel** komen. We hebben ook een kleuterwerking waarbij de kleuters bijvoorbeeld een halve dag komen voor ontwikkelingsstimulatie en dit gedurende 3/4/5 halve dagen. Maar ambulante zorg is wel de kern.

RCA

- Binnen een RCA gaat het om zowel **ambulante** als **mobiele zorg**. Binnen het diagnostisch programma komen de cliënten vooral naar ons toe (ambulante zorg) maar we doen ook observaties op school, thuis, in de crèche, een oudergesprek... (mobiele zorg). Meestal gaat er bij ASS een diagnose gedaan worden tijdens de observatie. Dus een diagnostisch programma is meestal een combinatie van ambulante en mobiele zorg. Er is ook een coördinatieprogramma: het coördineren van het zorgplan. Na het diagnostisch programma wordt een advies gegeven, tijdens het coördinatieprogramma geven we verdere ondersteuning. Helpen we zorggebruikers op de goede weg. We delen expertise met de cliënt, ouders maar brengen onze expertise ook over naar andere settings (bijvoorbeeld de school, ...). Daar heb je dus weer de

¹ PANG (PANGG 0-18 is het samenwerkingsverband geestelijke gezondheid) is federaal.

combinatie tussen ambulante en mobiele zowel diagnostisch als op vlak van het coördinatieprogramma. De verhouding tussen ambulante en mobiele is afhankelijk van de zorgvraag van de gebruiker. Het is wel zo dat we daar niet voor gefinancierd worden in tegenstelling tot de conventie van GAUZZ. De verplaatsing is op kosten van de inrichtende macht op dit moment. Je wordt momenteel enkel vergoed voor het gesprek met de cliënt, ongeacht of je er een uur moet voor rijden. Er staat niet gestipuleerd dat je je niet mag verplaatsen.

- Het RCA Leuven heeft een functie binnen de **mobiele** zorg die niet zo in het schema past. Wij doen aan **in-reach** voor kinderen met autisme in de volwassenenpsychiatrie. Dat wil zeggen dat we bij residentieel opgenomen patiënten bijvoorbeeld diagnostiek doen bijvoorbeeld in combinatie met behandeling. Bijvoorbeeld iemand met autisme die in de volwassenenpsychiatrie opgenomen is en die wil een advies rond een casus of aanvullende diagnostiek dan gaan wij tot daar. Dat is mobiele zorg van de Vlaamse overheid naar residentieel zorg van de federale overheid. Wij gaan dus bij een opgenomen patiënt soms mobiele zorg doen in een andere sector binnen de gezondheidszorg. De andere RCA's doen dit niet.

Universitaire CAR

- Bij de universitaire CAR is er een combi van ambulante en residentieel zorg. Bij residentieel zorg gaat het meer over de neurologische aandoeningen (zie andere werkgroep). Ambulante zorg voornamelijk maar ook mobiele zorg. Voor mobiele zorg wil dit zeggen dat we ons verplaatsen naar scholen met kinderen met gehoorproblemen. Ad hoc is er dan ook nog de aanklappende zorg.

Kinderpsychiatrische aandoeningen (7740)

- Bij de Dauw is voornamelijk gericht op **residentieel** zorg. De behandelduur is gemiddeld 3 jaar en maximaal 5 jaar. Maar ook mobiele zorg komt voor. Zowel voor de observatie bij het inlooptraject als voor de nazorg. Dat is niet gefinancierd in onze conventie. Soms zijn er indicaties dat we ons best eens naar de thuissituatie begeven. Dit is dan ook in functie van de zorgvraag. Aanklappende zorg is ook ad hoc bijvoorbeeld jongeren met een jeugdrechtsbank dossier.
- Wat de appelboom betreft, gaat het vooral over **semi-residentieel** zorg. In de observatiefase is er ook wat mobiele zorg (naar het gezin, naar de school). In de uitstroom (nazorg) is er ook wat mobiele zorg. Daarvoor is momenteel een aanvraag hangende om ervoor gefinancierd te worden.

GAUZZ

- GAUZZ is **residentieel** zorg in Mortsel. Maar er is ook **mobiele** zorg in 3 equipes: West-Vlaanderen, Antwerpen en Limburg. Daar is ook een percentage **aanklappende** zorg binnen het mobiele en het residentieel gedeelte. Het gaat dan over mensen die niet helemaal over zichzelf kunnen beschikken, bewindvoering moet aanvragen. Aanklappende zorg is een functie die zich regelmatig voordoet. Het OCJ (Ondersteuningscentrum Jeugdhulp) zet daarop in. Voor GAUZZ moeten we het meer zelf doen.

3 Zorgfunctie

- Zorgactiviteiten worden voornamelijk opgenomen door zorgprofessionals aangezien de zorgactiviteiten voornamelijk gericht is op diagnostiek en behandeling. Dit kan niet door vrijwilligers worden opgenomen. Dit is zo voor de autonome CARs, RCA, universitaire CAR, CGG.
- Binnen de werking van De Dauw participeren er wel vrijwilligers in beperkte mate bij de vrijetijdsactiviteiten. Vrijwilligers gaan mee als begeleider naar een zorgboerderij, een schilderactiviteit.

3.1 Aanmelding

RCA

- Het RCA is geen organisatie. Het is een revalidatieovereenkomst die kan uitgevoerd worden door een bestaande organisatie. RCA is geen organisatie op zich. Het RCA is dus een soort van functie die uitgevoerd wordt door mogelijke andere diensten, door een andere entiteit/organisatie. In Gent wordt het een stuk uitgeoefend door COS. In Antwerpen en Leuven is dat gelinkt aan de kinderpsychiatrie en jeugdpsychiatrie. Brussel ook aan kinderpsychiatrie en stukje aan COS. In Brussel hangt het af van de leeftijd van de kinderen. Afhankelijk van de organisatie waaraan het RCA aan gelinkt is verloopt de aanmeldingsfase anders. De aanmeldingsfase is er wel maar soms kort. Aanmeldingen kunnen dus op een ander niveau gebeuren. Bij elke aanmelding gaat er wel gekeken worden of het voor het RCA is of dat er doorverwezen moet worden. De hoeveelheid werk verschilt ook wel. In Leuven en Brussel is het een telefonische/papieren aanmelding. Iemand die verbonden is aan het RCA doet de anamnese. Bijvoorbeeld in Leuven krijgen we door verwijzingen van CAR en deze zien we dan al als gescreend dus dan dient er enkel een verdiepende diagnostiek te gebeuren vanuit kinderpsychiatrie.

Universitair CAR

- Aanmelding gebeurt via een elektronisch aanmeldingsformulier. Onze aanmeldingscriteria zijn duidelijk gestipuleerd. We hebben een korte en een lange wachtlijst (dringend aanmeldingen en minder dringende) en de doorverwijzingen uit UZ Leuven zijn prioriteit.

Autonome CAR

- We kunnen ons vinden in de definitie van aanmelding. Bij de screening kan je dan doorverwijzen en dan valt daar wel al advisering onder. Sommigen doen telefonische intakes en sommige CAR doen dat zeer uitgebreid. De reden van het verschil is dat die fase niet gefinancierd is want je start nog geen aanvraag voor tegemoetkoming. Maar je moet het wel doen om de zorgernst te bepalen. Onze aanmelding moet ook steeds gebeuren via een medisch voorschrift. Ouders kunnen wel rechtstreeks contact opnemen maar we gaan hen altijd moeten bevragen en kijken of een arts de verwijzing steunt. Vaak raadt de arts de verwijzing aan maar soms nemen bezorgde ouders zelf contact op.

CGG

- Alles hangt bij ons samen. Aanmelding gebeurt telefonisch. Dan volgt een oriënteringsgesprek met een getrainde hulpverleners (o.b.v. bepaalde systemen). In dat gesprek wordt er ook weer verwezen naar andere hulpverlening of wordt in afwachting van het eerste intakegesprek nog taken opgenomen door andere voorzieningen (bijvoorbeeld CAW). Het oriënteringsgesprek vindt zo snel mogelijk na de aanmelding plaats en dan kan het een jaar, anderhalf duren voor de intake plaatsvindt bij de hulpverlener.

Kinderpsychiatrische aandoeningen (7740)

- De Dauw: De intake is een lang traject. Deze vindt plaats met de therapeut, de maatschappelijk werker, de psychiater en de context van de zorgvrager. Er zijn verschillende contacten. Dan duurt het soms meer dan een jaar. Vlak voor opname is er nog een overleg met de equipe (de behandelingsequipe van de leefgroep) en de doorverwijzer. Alle kinderen worden wel doorverwezen via een externe kinderpsychiater naar ons, derde lijn. Al het voorgaande wordt niet gehonoreerd.
- Appelboom:

3.2 Diagnostiek

- Bij diagnostiek voor ontwikkelingsstoornissen volgen we wetenschappelijk onderbouwde adviezen, protocollen en richtlijnen zoals deze van de hoge gezondheidsraad en anderen. Diagnostiek kan heel breed geïnterpreteerd worden. Maar als we het binnen deze werkgroep over diagnostiek hebben, worden die protocollen gehanteerd. Dit is niet hetzelfde al een indicatiestelling. Het is een proces. We benoemen het ook als procesdiagnostiek. Zie website kwaliteitscentrum. Diagnostiek is geen moment opname maar een onderdeel van een proces.

RCA

- Diagnostiek is een van de belangrijkste functies van het RCA. Die is zowel categoriaal als behandelingsgericht. RCAs zijn er voor alle leeftijden. Je kan alles terugvinden in de richtlijnen van het Kwaliteitscentrum Diagnostiek.
- We doen ook procesdiagnostiek. Daar is ook zeer veel aandacht voor heroriëntering. RCA hebben als specifieke opdracht heroriëntatie op zeer lange termijn. De CARs hebben bijvoorbeeld maar 3 maanden voor hun diagnostiek maar binnen een RCA kan dit traject over een langere periode gaan bijvoorbeeld 3 jaar, 15 jaar, 25 jaar... In de conventie is ook voorzien dat je 10 sessie hebt voor herevaluatie en oriëntering om de 5 jaar. Misschien noem je dat best trajectdiagnostiek dan procesdiagnostiek.
- Bij een indicatie van differentiaal diagnostiek wordt er tijdens het therapeutisch proces ook al bijgestuurd en aan bijkomende diagnostiek gedaan. Maar dit gebeurt dan binnen het traject van de behandeling die al lopende is.

Autonome CAR

- We volgen adviezen van de Hoge Gezondheidsraad. Als we het over diagnostiek hebben spreken we over de protocollen en handleidingen die gevolgd worden. We moeten binnen 3 maanden aan diagnostiek doen. Bij sommige mensen kan het op een dag gedaan worden. Anderen vragen meer tijd.

Universitaire CAR

- Het woord diagnostiek is te eng gedefinieerd. Er moet een onderscheid zijn tussen etiologische en behandelingsgerichte en differentiële diagnostiek. Ik mis ook dat het gaat over het bijsturen van het zorgtraject en niet alleen over het initiëren. Herevaluatie en heroriëntatie zijn ook belangrijke onderdelen. Wij noemen dat soms procesdiagnostiek. Het is eigenlijk een deel van het traject en het verandert in de ontwikkeling. Het is soms dan ook een langdurig proces waarbij een eerste diagnostische setting gebeurt en dat een kind op weg gezet wordt waarbij er na een jaar opnieuw een fase is, in de diagnostische fase, om al dan niet een diagnose te bevestigen of bij te sturen.

CGG

- Wij volgen de visie van het kwaliteitscentrum rond diagnostiek. Zij geven aan dat diagnostiek verdergaat dan het louter identificeren van een stoornis, syndroom of beperking. Diagnostiek is ook niet hetzelfde als classificatie. Maar dat staat allemaal in het protocol. Het is wel per definitie behandelingsgericht.

Kinderpsychiatrische aandoeningen (7740)

- Bij de appelboom komen hele jonge kinderen met ontwikkelingsproblemen en je moet ook autisme hebben om binnen te geraken maar dan kijken wat zijn de noden om de ontwikkeling te stimuleren. Dit is anders dan GAUZZ waar je je focust op de co-morbiditeit.
- De Dauw: Bij De Dauw is een opnamecriterium de aanwezigheid van een diagnose ASS (of vergelijkbaar). De kinderen en jongeren die bij ons aangemeld worden hebben vaak al meerdere diagnoses gekregen en er is dus vaak sprake van comorbiditeit. We zijn derdelijn en vaak is er al veel categoriale diagnostiek gebeurd en richten wij ons meer op handelingsgerichte diagnostiek.

-

GAUZZ

- Doen niet aan classificerende diagnostiek, enkel aan behandelingsgerichte diagnostiek. Ze bekijken wat het aanmeldingsprobleem is bij GAUZZ zijn dat gedragsproblemen. De diagnostiek is er dan op gericht om te achterhalen waar komen die handelingsproblemen en waarom zijn die er. Dus niet de vraag heeft dit kind autisme maar vooral waarom doet het kind met autisme zo moeilijk.

3.3 Verzorging

- Is voor de meeste deelnemers niet van toepassing, met als uitzondering:
 - Bij GAUZZ wordt er wel aan verzorging gedaan. Zeker binnen de residentiële setting is dit een belangrijke functie. Je zit met ontwikkelingsleeftijden. Je hebt daar kinderen tussen 1-8 jaar. Ze zijn dus ook in wisselende mate afhankelijk van verzorging.
 - Als universitaire CAR nemen wij ook canulezorg op.
 - Kinderpsychiatrische aandoeningen (7740)
 - Bij de Dauw is verzorging een belangrijk deel van de dagtaak. Ook de medicatie op punt stellen. We doen alles wat met het fysieke te maken heeft: een spuit, een wondverzorging, assistentie soms wassen/aankleden, begeleiden in de stappen...
 - Bij de appelboom is er de gewone verzorging van kleuters tussen 2 en 6 jaar.

3.4 Begeleiding

CGG

- Psycho-educatie doen we zeker wel maar die andere activiteiten die vermeld worden onder deze functie nemen we niet op. Therapie betekent dat de zorggebruiker zelf mee beïnvloedt welke weg ze gaan en welk doel ze willen bereiken. Zeker bij ontwikkelingsstoornissen. De context maakt ook deel uit van het behandelingsplan.

Autonome CAR

- Veel zaken die onder begeleiding staan streven we ook na binnen de functie behandeling (bijvoorbeeld psycho-educatie bij een kind met ADHD, zijn netwerk; sociaal emotioneel zelfstandiger worden...). Het is moeilijk om die twee uit elkaar te trekken. Binnen de behandeling worden er bepaalde begeleidingen gedaan. Ik zeg daarmee niet dat behandeling en begeleiding hetzelfde zijn. We doen het wel maar het is niet onze core business.

Universitaire CAR:

- Wij zien de psycho-educatie die we aan ouders geven meer onder begeleiding vallen. Maar het kan ook een onderdeel van behandeling worden. Binnen de richtlijnen van de hoge gezondheidsraad valt psycho-educatie onder behandeling.
- Voorstel om begeleiding apart te houden omdat het niet gefinancierd wordt. Er is een hiaat in de conventie. Indien onze sociaal assistent aan 10 ouders uitleg geeft over het aanvragen van verhoogde kinderbijslag dan is dat niet gelinkt aan één patiënt. We doen het wel en het dekt een andere lading dan behandeling. Het is niet onze core business maar we doen het wel.
- We geven ook voedingsbegeleiding. Dan leren we de mama bijvoorbeeld ook hoe ze een flesje moet geven etc.

Kinderpsychiatrische aandoeningen (7740)

- Voor De Dauw klopt deze beschrijving wel. Kinderen en jongeren hebben individuele therapieën maar ze leven ook samen in een leefgroep. Vooral in de momenten buiten de therapie is begeleiding heel belangrijk. Bijvoorbeeld het creëren van een therapeutisch veilig leefklimaat is al een heel belangrijke om tot therapie te komen. Veel jongeren zitten boven hun emotionele leeftijd. We hebben veel werk naar conflicthantering toe. Sommigen worden bij ons meerderjarig. Dan moeten we een bewindvoerder aanstellen, juridische elementen komen er dan ook bij kijken, budgettering...
- Bij de Appelboom is het zoals beschreven werd voor de Dauw. Er is enkel begeleiding doorheen de dag. Psycho-educatie van de ouders is een zeer belangrijke functie.

RCA

- Het coördinatieprogramma past hier voor een stuk onder maar het is toch ook iets anders dan wat er in de definitie staat. We gaan ondersteunen bij administratieve zaken, psycho-educatie geven, ... Psycho-educatie, sociaal-administratief zaken zijn de elementen in de definiëring die het sterkst sterk naar voren komen. De begeleiding van het behandelstelsel past hier niet bij. Het gaat hierbij over rondetafelgesprekken waarbij je wetenschappelijke input in het behandelstelsel met de ouders, de school, CAR, VAPH-voorziening, OCJ... inbrengt. Het RCA gaat dus kennis over autisme inbrengen in het behandelstelsel binnen deze rondetafelgesprekken. Dat is ambigu omdat we officieel geen behandelaars zijn. Het is op naam van de cliënt maar het gaat er om alle mensen die een therapeutische relatie hebben met de cliënt aan één tafel krijgen om één gemeenschappelijk behandelplan te maken.

GAUZZ

- GAUZZ heeft buiten psycho-educatie officieel geen begeleidingstaken maar in de praktijk komt het sociaal-administratieve sterk op de voorgrond aangezien. Gezinnen die veel administratieve begeleiding nodig hebben.

3.5 Behandeling

- Alle deelnemers missen de woorden evidence-based en multidisciplinair in de definiëring die momenteel staat bij behandeling.

RCA

- Als het over behandeling gaat, gaat het RCA niet aan bod komen. Door onze coördinatiefunctie hebben we op het herstel wel een impact maar niet via systematische en methodische behandeling.
- Behandeling met psychofarmacologie is wel toegestaan in het RCA. Daar zit je dus wel met veel gespecialiseerde zorg en vragen van kinderartsen etc. Er is dus wel evidence-based psycho-farmacologische behandeling.

Autonome CAR

- Binnen een CAR gebeurt behandeling intensief. Na de diagnostische fase is er categoriaal behandelgerichte diagnostiek en het eindpunt dient een behandelplan te zijn, een afgestemd zorgplan. Waarbij je multidisciplinair doelen hebt per zorggebruiker en dan start men de behandelfase. Afhankelijk van de noden, problematieken is er nood aan logopedische, kinesitherapeutische, psychotherapeutische ondersteuning, medische opvolging, ect. Al die zaken maken deel uit van de specialistische behandeling.
- De behandeling is dan gestoeld op wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen. KCE geeft bijvoorbeeld aan wat er voor bepaalde doelgroep het meest onderbouwd is om toe te passen in het behandelplan.
- Een CAR heeft 3 maanden voor de diagnostiek om zowel categoriaal als behandelingsgericht diagnostiek te doen. Vervolgens kan er een behandeling worden opgestart op basis van een aantal inschrijvingsvoorwaarden die bepaald zijn in de revalidatieovereenkomst. Voor heel veel groepen is dit de diagnose maar ook de nood aan die nood aan multidisciplinaire therapie. Het gaat niet om monodisciplinaire behandeling. Als een zorggebruiker voldoet aan de voorwaarden die in de revalidatieovereenkomst bepaald zijn, wordt er aan de mutualiteit (zorgkascommissie) een goedkeuring gevraagd voor de start en dan wordt die goedkeuring na een jaar gegeven. Er is zelden een weigering. Voor alle doelgroepen gelinkt aan ontwikkelingsstoornissen (ASS, verstandelijke beperking, ADHD), zijn er revalidatieperiodes bepaald of een maximaal aantal zittingen. Die periodes zijn maximale periodes maar die worden niet sowieso ingezet als zijnde: hier heeft u recht op en we gaan die opgebruiken. We kijken naar de evolutie en gaan na of behandeldoelen bereikt worden. Men kan nadien ook heraanmelden tot de leeftijd van 19 in hetzelfde centrum of in een ander centrum. In de conventie staat dat het recht op het maximaal aantal zittingen geen opeisbaar recht is. Wij kijken naar het ontwikkelingsgerichte. Er moet een evolutie zijn. Als die er niet is, dan is het niet meer voor het CAR. Alles vertrekt vanuit het behandelplan en van daaruit bouwen wij de dialoog. We bespreken dan dat het doelen zijn waar we het over eens zijn.
- Voor bepaalde doelgroepen is een specialisatie verplicht. Je moet bv een neuroloog in huis hebben. En die valt ook onder de conventie. Het is vooral voor de intellectuele act maar ook voor het voorschrijven van medicatie.
- Wanneer we aangegeven dat de behandeling zijn limiet heeft bereikt, merken we steeds vaker op dat meer en meer ouders het maximumaantal zittingen als een recht zien en willen afdwingen ook al zien wij het nut er niet meer van in. De conventie geeft bij ons aan dat het maximale aantal zittingen iets verzekeringstechnisch is maar dat het geen opeisbaar recht is. Zo kunnen we verklaren dat we het niet toestaan dat de maximale periode opgebruikt wordt. Wij kijken vooral naar het ontwikkelingsgerichte en er moet een evolutie, vooruitgaan inzitten. Dus als ouders vragen voor 'onderhoudsbehandeling' dan is dit voor buiten de autonome CAR.

- Men mist het woord evidence-based en multidisciplinair in de definiëring van behandeling.
- Missen de link met ICF. Behandeling is ICF gestuurd. Het gaat niet over het verworven niveau van functioneren niet enkel gaat over hoe praat bijvoorbeeld dit kind maar ook wat doet dit kind met zijn taal binnen het klasgebeuren. Het gaat dus ook over activiteiten, participatie en perceived handicap. Definitie die er momenteel staat zou dus aangevuld moeten worden met activiteiten en participatie '... het herstellen, het veranderen, of het behouden van een verworven niveau van functioneren, *activiteiten en participatie*'. Je kan het niet herleiden naar revalidatie gericht op functie te korten. Dit is ook belangrijk voor de autonome CAR.
- Bij ons is het inherent aan het diagnostisch proces (MRI, CGG,...). Ook tijdens de behandeling is het belangrijk. Dit valt binnen de conventie. De arts zit in de conventie.
- Wanneer we aangegeven dat de behandeling zijn limiet heeft bereikt, merken we steeds vaker op dat meer en meer ouders het maximaal aantal zittingen als een recht zien en willen afdwingen ook al zien wij het nut er niet meer van in.

Kinderpsychiatrische aandoeningen (7740)

- Binnen De Dauw zijn het allemaal kinderen die al een multidisciplinaire behandeling gehad hebben in ambulante vorm maar die niet voldoende is. Onze equipes en leefgroepen zijn multidisciplinair samengesteld en wij werken vooral met het doel dat dingen die ze leren dat ze die kunnen generaliseren. Kinderen en jongeren met autisme hebben zeer veel moeite om de dingend ie ze ergens geleerd hebben toe te passen in een andere context. Iets wat ze bij ons geleerd hebben, moeten ze ook in het dagelijks leven kunnen toepassen of gebruiken. Veel jongeren hebben ook comorbiditeiten (ASS en andere). De behandeling moet dus zeer op maat gemaakt worden. Wij hebben echt de kinderen met zware problematieken. Hen samen zetten geeft een andere dimensie aan je hulpverlening.
- De appelboom heeft te maken met jonge kinderen met een zware vorm van autisme. We moeten hen soms leren een mens te zien staan (functietraining). Als dat lukt gaan we kijken hoe we hen kunnen laten participeren op school. We doen dus eerst aan functietraining (in een eerste fase) en gaan ouders daar ook mee helpen. Evidence-based programma's worden hiervoor gebruikt en om ouders te betrekken in speltraining, ... Daarin verschillen we van een derdelijnsvoorziening zoals De Dauw.

GAUZZ

- Voor GAUZZ is het revalideren naar participatie de hoofdklemtoon. Er zijn jongeren die wel nog enkele zaken moeten aanleren. Vaak hebben deze kinderen ook een verstandelijke beperking. Je gaat voor hen kijken naar wat ze kunnen en bekijken hoe we deze kinderen kunnen integreren in buitengewoon onderwijs, VAPH-voorziening, in het gezin. Hun gedragsstoornis verstoort hun participatie wel sterk. We spelen vooral in op de comorbiditeit.

CGG

- Definitie komt min of meer overeen met hoe dit in het decreet staat. Maar we zijn steeds meer aan het evolueren naar een dialogisch proces waarbij cliënten mee verantwoordelijk zijn voor behandeling. Daarin passen evidence-based technieken. Maar dit gebeurt zeker niet systematisch, ook niet voor cliënten met ontwikkelingsstoornissen. Het kan er deel van uitmaken maar moet niet altijd zo zijn.

3.6 Activering

Enkel voor de conventies kinderpsychiatrische aandoeningen (7740) en GAUZZ maakt activering een onderdeel uit van de zorg en ondersteuning die gebouwen wordt.

- De Dauw: Activering is binnen onze werking één van de hoofddoelen. Wij willen de cliënten terug naar school of naar huis krijgen. Wij gaan een zorgtraject opstarten en proberen ook de school te integreren. We geven bv. onderwijs aan huis en gaan ook terugkoppelen naar de school. Wij trachten vooral de beperkingen van de stoornissen zo laag mogelijk te houden en gaan een netwerk opbouwen rond de thuissituatie. Bij de oudere jongeren is terugkeer naar school niet nodig. We gaan dan nagaan hoe we hen kunnen helpen om alleen te wonen. Het is begeleiden maar ook een stuk activering om ervoor te zorgen dat de omstandigheden zo gecreëerd worden dat de jongeren daar te recht kan.
- Voor de appelboom klopt dit ook. We gaan bv wel dag- en weekroosters maken voor de klas. We werken aan re-integratie in de klas. Er is een link met zowel activering als begeleiding.
- Bij GAUZZ gaat het echt om activering. De meesten gaan niet meer naar school. We gaan echt activeren in de eigen setting of in de residentiële setting. Dit kan zeer intensief zijn. De outreach kan oplopen tot 20uur per week. We gaan zorgen dat ze een dagschema hebben, dat ze vrijetijdsactiviteiten gaan doen. Gedragsverandering is de corebusiness maar activering is vaak een belangrijke hefboom tot gedragsverandering.

3.7 Dienstverlening

Dienstverlening is geen corebusiness voor de conventies die aan deze werkgroep deelnemen maar alle deelnemers kunnen wel voorbeelden geven van zaken die betrekking hebben op dienstverlening. Het zijn niet-patiëntgebonden activiteiten die dan ook niet gefinancierd worden.

- Universitaire CAR: Infosessies op scholen om te spreken over wat ze kunnen doen voor kinderen met gehoorstoornissen. Dit is dan eerder in functie van een zorgvraag. We doen dit maar dit is geen opdracht vanuit onze conventie. Maar we hebben ook sessies voor ouders met taalgestoorde kinderen en hieraan kunnen ouders vrij deelnemen. Sessies aan leerkrachten/CLB-medewerkers/...
- Autonome CAR: Soms krijgen we een algemene vraag van een school/CLB/Huis van het Kind om een infosessie te gaan geven. Dit valt buiten de opdracht van de conventie.
- RCA: Binnen de conventie is het verplicht om aan dienstverlening te doen. Informatie geven, supervisie geven, opleiding geven is een verplichting binnen de conventie van RCA. Dit is beperkt tot 2,5 dag per jaar.

- Kinderpsychiatrische aandoeningen (7740)
 - Appelboom: verplicht binnen de conventie om aan dienstverlening te doen.
 - De Dauw: Wij krijgen regelmatig vragen van studenten, scholen, andere dienstverleners rond de problematiek of onze werking. We doen actief mee aan uitwisselingsprojecten met andere voorzieningen (bijv 'vreemdgaan'). We hebben een bibliotheek met boeken rond de thematieken.
- CGG: We hebben zelfmoordpreventieteams die opleidingen geven in scholen.

3.8 Wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en opleiding

- Geen enkele zorgvorm die deelneemt aan de werkgroep wordt ervoor gefinancierd maar de mogelijkheid om het te doen wordt meer ondersteund in de bepaalde voorzieningen.
- Alle deelnemers begeleiden stages indien er een vraag is.

Universitaire CAR

- Wij gaan participeren aan grote onderzoeken of zelf onderzoeken opzetten en we gaan ook onderzoeksinstrumenten ontwikkelen en valideren. We worden hier niet voor gefinancierd. Wij vinden dat het een deel is van ons takenpakket maar het RIZIV gaf duidelijk aan dat we hiervoor geen financiering voor ontvangen en het wordt ook niet benoemd als functie binnen de conventie maar wordt het impliciet verondersteld.

RCA

- Wij gaan ook regelmatig participeren aan onderzoek.
- Het doen van wetenschappelijk onderzoek wordt benoemd als functie binnen het RCA maar men wordt er niet voor gefinancierd.
- Het RCA Leuven heeft een eigen onderzoekscentrum aan de KU Leuven die het RCA gebruikt als proeftuin. Er wordt veel wetenschappelijk onderzoek gedaan maar de financiering ervan gebeurt door de KU Leuven. Hoewel het moet volgens de conventie, worden we er niet voor gefinancierd.

GAUZZ

- Conventie laat toe om aan wetenschappelijk onderzoek te doen (wordt benoemd als functie) maar men wordt er niet voor gefinancierd.

CGG

- Wij vinden dat er te weinig veldonderzoek gebeurt bij onze onderzoekscentra. Onze doelgroepen en werking maken vaak geen deel uit van wetenschappelijk onderzoek.

Autonome CAR

- Wij gaan participeren aan onderzoek maar zelf onderzoeken opzetten is meer gelinkt aan de universiteit.

3.9 Samenwerking, overleg en samen inzetten van expertise van (netwerk)partners

- Financiering krijgen voor overleg verschilt van conventie tot conventie. Bij de autonome CAR kan je geen financiering vragen als de ouders of de jongere er niet bij is maar binnen een RCA kan dit wel. Een vertegenwoordiger van een CAR en een RCA kunnen met andere woorden samen zitten om een case te bespreken. De vertegenwoordiger van een RCA kan er financiering voor krijgen en deze van een CAR niet. Ook is er een cumulatieverbod dus zelf als de cliënt aanwezig is bij het overleg (zoals CAR-conventie stipuleert) mag dit toch niet gefactureerd worden omdat er al iemand een vergoeding voor krijgt.
- Er dient een onderscheid gemaakt te worden met de uitwisseling van informatie in functie van de therapeutische relatie en deze in functie van een doelgroep, netwerk. Dit zijn twee apart elementen. Intersectorale uitwisseling in functie van zorggebruiker gebeurt maar in functie van de doelgroep, wetenschappelijke thema's dan is er geen financiering voor.

Autonome CAR

- We doen wel aan samenwerking en uitwisseling met andere netwerkpartners op niveau van zorggebruiker. We kunnen daarvoor ook gefinancierd worden (in beperkte mate). Als de zorggebruiker of ouders aanwezig zijn op bijvoorbeeld een schooloverleg, CLB. Als zij niet aanwezig zijn dan kan dit niet aangerekend worden. Bij overleg in functie van een doelgroep (bv. Netwerken GGZ Kinderen en Jongeren) of een gemeenschappelijk thema krijgen we dus geen financiering. Het is uiteraard wel belangrijk en we besteden er enorm veel tijd aan. Overleg met zorgpartners enerzijds in uw regio anderzijds overleg met netwerken die georganiseerd zijn op provinciaal niveau, subregio's.

CGG

- Er wordt verwacht dat je samenwerkt maar je krijgt er geen aparte middelen voor.

RCA

- Op vlak van de zorggebruiker zijn er intersectorale uitwisselingen maar op vlak van de doelgroep is er geen financiering voor.

GAUZZ

- Voor GAUZZ gaat het zo ver dat je 3 jaar na de stop van de behandeling nog uitwisseling, bijscholing kunt/moet doen met de zorgprofessionals van de zorggebruiker waar hij nu verblijft maar je wordt daar niet voor betaald.
- Voor GAUZZ is er financiering gelinkt aan het systeem. Ook een overleg met een opvoeder, waar de cliënt niet bij is, mag gefactureerd worden.

Kinderpsychiatrische aandoeningen (7740)

- De Dauw: Bij ons is er een beperkte vorm van nazorg met uitwisseling. Dit wordt ook niet gefinancierd dus in de praktijk loopt dat tot een maand of drie. Uitzonderlijk kan het zijn dat we jaren later een vraag moeten beantwoorden van een andere partner.
- De Dauw: Zouden de mogelijkheid moeten hebben om (beperkt) de intensiteit van de begeleiding wat te laten fluctueren vooral in het begin van de revalidatie of op het einde. Bijvoorbeeld als een cliënt al meerdere dagen naar school gaat. Nu mag hij 15u naar school gaan en moet hij nog in het centrum slapen om ondersteuning te krijgen. Wat praktisch niet steeds mogelijk is als de school op zeker 1u rijden is van het centrum. We zijn het enigste centrum in Vlaanderen en je wil het kind naar school laten gaan in de buurt waar hij woont. Het zijn deze praktische elementen die een impact hebben op de re-integratie op een school en thuisomgeving. Daarom is het zinvol dat hij ook thuis mag slapen in de opbouw om naar huis te gaan.
- Appelboom heeft een aanvraag gedaan om die nazorg gefinancierd te krijgen.

Universitaire CAR

- Universitaire CAR: In de universitaire ziekenhuizen zit je met verschillende conventies onder 1 dak. Overleg in functie van een cliënt kan ons kan niet gefinancierd worden.
- De conventies faciliteren het niet om structureel samen te werken. Als we de conventies strikt volgen moet een patiënt soms nog eens het diagnostisch proces doorlopen ook al verwijzen we hem door naar een RCA binnen ons ziekenhuis. In die zin zou het beter zijn als we meer flexibel zouden kunnen werken en de middelen zouden kunnen inzetten. Maar ook in samenwerking met het COS.
- We werken nauw samen met CLBs rond richtlijnen en ontwikkelingsdysfasie. We maken de link tussen onderwijs en gezondheidszorg.

4 Zorglocatie

Er was gedurende het overleg geen tijd om dit onderdeel te overlopen.

Gelieve voor uw eigen zorgvorm aan te geven op welke verschillende locaties uw zorg verleend. Er kunnen meerdere antwoorden mogelijk zijn. Ik noteerde voor elke zorgaanbod alle mogelijkheden. Gelieve deze te schrappen die niet voor uw zorgaanbod van toepassing zijn en een voorbeeld te noteren, indien mogelijk.

- Universitaire CAR
 - Residentieel
 - Semi-residentieel
 - Ambulant
 - Binnen de (eigen) thuisomgeving van de cliënt (mobiele hulpverlening)
 - Online

- Binnen een andere zorgeenheid binnen de gezondheidszorg: bijvoorbeeld andere eenheid binnen een ziekenhuis
- Buitenhuis en buiten een zorgeenheid: Bijvoorbeeld op school
- Autonome CAR
 - Residentieel
 - Semi-residentieel
 - Ambulant
 - Binnen de (eigen) thuisomgeving van de cliënt (mobiele hulpverlening)
 - Online
 - Binnen een andere zorgeenheid binnen de gezondheidszorg: bijvoorbeeld andere eenheid binnen een ziekenhuis
 - Buitenhuis en buiten een zorgeenheid: Bijvoorbeeld op school
- RCA
 - Residentieel
 - Semi-residentieel
 - Ambulant
 - Binnen de (eigen) thuisomgeving van de cliënt (mobiele hulpverlening)
 - Online
 - Binnen een andere zorgeenheid binnen de gezondheidszorg: bijvoorbeeld andere eenheid binnen een ziekenhuis
 - Buitenhuis en buiten een zorgeenheid: Bijvoorbeeld op school
- CGG
 - Residentieel
 - Semi-residentieel
 - Ambulant
 - Binnen de (eigen) thuisomgeving van de cliënt (mobiele hulpverlening)
 - Online
 - Binnen een andere zorgeenheid binnen de gezondheidszorg: bijvoorbeeld andere eenheid binnen een ziekenhuis
 - Buitenhuis en buiten een zorgeenheid: Bijvoorbeeld op school

- GAUZZ
 - Residentieel
 - Binnen de (eigen) thuisomgeving van de cliënt (mobiele hulpverlening)
 - Binnen een andere zorgeenheid binnen de gezondheidszorg: bijvoorbeeld andere eenheid binnen een ziekenhuis
 - Buitenhuis en buiten een zorgeenheid: Bijvoorbeeld op school, in een VAPH-voorziening,...
- Kinderpsychiatrische aandoeningen:
 - De appelboom
 - Residentieel
 - Semi-residentieel
 - Ambulant
 - Binnen de (eigen) thuisomgeving van de cliënt (mobiele hulpverlening)
 - Online
 - Binnen een andere zorgeenheid binnen de gezondheidszorg: bijvoorbeeld andere eenheid binnen een ziekenhuis
 - Buitenhuis en buiten een zorgeenheid: Bijvoorbeeld op school
 - De Dauw
 - Residentieel
 - Buitenhuis en buiten een zorgeenheid: Bijvoorbeeld op school

5 Zorgtrajecten: Langdurig of kortdurende zorgtrajecten

Autonome CAR

- Plaatsen zich onder de planbare zorgtrajecten - kortdurende zorgtrajecten.
- Voor alle zorggebruikers is een afgebakende periode voorzien momenteel binnen de conventie. Als het gaat over ontwikkelingsstoornissen dan is er een onbeperkt aantal zittingen voor kinderen onder de 7 jaar. Na de 7^{de} verjaardag van het kind is het aantal zittingen beperkt tot een maximaal aantal zittingen. Voor de ene zorgvraag kan het 2 jaar of 3 jaar zijn en voor een andere minder.
- Men zou het beter vinden om de termen bepaald of onbepaald duur te gebruiken. Omdat de duur vooraf afgebakend is, de effectieve periode dat er zorg en ondersteuning geboden wordt, hoeft immers niet 'kort' te zijn. Dit zich spreiden over enkele jaren. Het is een risico om te spreken van kortdurende zorg omdat zorggebruikers dit als kort gaan percipiëren dat dit binnen een bepaalde periode gedaan is, wat niet zo hoeft te zijn.

- We kunnen ook niet op voorhand bepalen hoeveel zittingen iemand zal opgebruiken. Maar er is wel een maximaal aantal.

RCA

- Zijn ook voorstander om te spreken van bepaald en onbepaald in plaats van lang- en kortdurende zorg.
- Bij diagnoseprogramma is de periode bepaald maximum 3 jaar. Dit is ook het geval voor het coördinatieprogramma. Hierbij gaat het over een periode van 5 jaar. Dit is ook verlengbaar. Het is dus vreemd om te spreken van kortdurend zorg. Er is een maximum aan maar je kan dit steeds verleningen dus een deelnemer ziet dit eerder als zorg voor onbepaald duur. Soms zien we iemand als kleuter en dan stopt het voor 5 jaar. Na 5 jaar zien we hem weer. Dan weer een tijd niet en dan komt die weer terug. Bij het RCA is er geen leeftijdsgrens.
- In een RCA kan je iemand blijven zien binnen een diagnoseprogramma maar bij een coördinatieprogramma is er een maximum. Dit kan je maar één keer verlengen.

Autonome CAR

- Voor de ontwikkelingsstoornissen kunnen we ook op een bepaald moment stoppen en de behandeling vervolgens verderzetten op een later tijdstip. Er is wel een maximumleeftijd tot wanneer we kunnen helpen. Dit is 19 jaar.

Kinderpsychiatrische aandoeningen

- De opnameduur is maximaal 5 jaar op cliëntniveau en het stopt cliënt 18 wordt. Maar van op het moment dat de cliënt 19 wordt, kan hij nog dat lopende jaar uitdoen. Vervolgens stopt het.
- Appelboom: kortdurende zorg: maximum 4 blokken van 6 maanden en moet stoppen bij 8 jaar.

CGG

- De opdeling past niet voor ons. We stellen zelf de duur van een traject vast. Wij zijn niet gebonden aan maxima. Soms wordt de duur van het traject vooraf met de cliënt bepaald. We kunnen zelf in overleg met de cliënt en de eigen expertise een traject en een duurtijd uitstippelen maar we zijn er niet aan gebonden.
- Er wordt niet gedacht vanuit doelgroepen. CGG heeft een heel brede omschreven doelgroep, namelijk een vermoeden van psychische of psychiatrische aandoeningen. Zien zowel kinderen als volwassenen met ontwikkelingsstoornissen ook voor diagnostiek.

Universitaire CAR

- Binnen onze setting gaat het per definitie over bepaalde duur, volgens de conventie bepaald. Maar zitten met heel wat comorbiditeiten. Het gaat bijvoorbeeld over Cochleair implantaat (CI). Dit gaat over problemen die je voor het gehele leven mee draagt. Ook al behandelen problemen dit stopt niet nadat de tijd van de conventie verstreken is. Vanaf dan leveren we wel nog de zorg maar factureren die aan de cliënt zelf. De conventie beperkt de ondersteuning tot vier jaar nadat het cochleaire implantaat ingepland werd. Maar de zorg eindigt niet na 4 jaar. Je hebt in je leven wel één of meerdere herfittingen nodig. Je probleem stopt niet na 4 jaar.

GAUZZ

- Contingent systeem: maximum 15 sessies, gespreid tussen 6 en 25 jaar. Dit is dus bepaald in de tijd.

6 Urgentiezorg

- Alle deelnemers geven aan dat zij geen specifieke urgentie zorg leveren. Wel wordt er de ambulance gebeld indien nodig. Maar ze zien dit niet als een aparte vorm van zorg die men aanbiedt.
- De universitaire CARs geven aan dat binnen de context van ziekenhuis elke zorgverlever verplichting is om basic life support te kunnen leveren. Men wordt hier ook op gecrediteerd. Hierbij wordt de opmerking gemaakt dat dit gelinkt is aan federale regelgeving van het ziekenhuis.

7 Crisiszorg

CGG

- Dit komt voor binnen de federale netwerken. Sommige CGGs doen ook aan ambulante crisiszorg. Bij de volwassenen is er een apart systeem dan bij jongeren. Zij zitten wel in de federale netwerken. Wij worden vanuit de enveloppe wel voor crisiszorg gefinancierd. We hebben het wel meer en meer uit handen gegeven bij het ontstaan van de netwerken.

Autonome CAR

- In het geval van een crisissituatie doen wij beroep op de netwerken. Wij gaan vooral participeren aan de toeleiding naar de mensen van het crisisteam. Zelf nemen we geen crisiszorg op. Je steekt veel tijd eerst in de toeleiding. Je kent immers de zorggebruiker maar er gebeurt een crisis. Dan is er een andere soort van hulp nodig dan diegene die jij op dat moment biedt. Wanneer de crisis voorbij is steek je ook weer tijd in het natraject.

RCA

- Er zijn soms crisissen die bij ons terechtkomen maar we gaan de crisiszorg niet op ons nemen. We gaan toeleiden en doorverwijzen. Je investeert er wel tijd in zowel met betrekking tot toeleiding als achteraf. Het kunnen kinderen zijn die bij ons een traject lopen of ze kunnen ons bellen omdat ze ons kennen maar we gaan het zelf niet opnemen.

Universitaire CAR

- Bij ons wordt het opgenomen binnen de universitaire centra voor materiële veiligheid. Als het om kinderen die CI hebben waarbij het materiaal defect is, zorgen wij voor crisiszorg. Dit wel zeggen dat dit onmiddellijk hersteld wordt want op dat moment kan het kindje niet horen en het UZA zet daar zelfs een weekendwacht voor in. Maar dat is niet voor alle universitaire CARs van toepassing. Een gehoorstoornis is geen ontwikkelingsstoornis maar dit komt vaak voor in comorbiditeit met een ontwikkelingsstoornis.

Kinderpsychiatrische aandoeningen

- De Dauw: Bij ons zijn er regelmatig crisissen. Wij zetten sterk in op communicatie, non-violence assistance. Er is ook een afzonderingsruimte die kan worden ingezet. Maar we zijn niet bereikbaar van buitenaf – zoals een spoeddienst – om externe crisissen op te vangen. We zoeken soms naar plaatsen voor time-out voor korte tijd maar vaak is alles volzet.
- Bij de appelboom zijn er wel gezinscrisissen gedurende periode dat de kinderen er aanwezig zijn. Dit wordt tijdens de dag opgevangen.

GAUZZ

- GAUZZ heeft intern dagelijks crisissen maar vangen geen externe crisissen op. Zelfs als een ex zorggebruiker van GAUZZ in een andere voorziening is en die zou in crisis gaan dan laat de conventie niet toe dat we aan crisiszorg daar gaan doen.

Verslag

Titel:	Werkgroep 12 persoonsvolgende financiering vroegtijdige stoornissen kinderen-ouders (moeder-baby eenheden (MBE))
Datum, uur:	10-10-2019, 9u30 - 12u30
Plaats:	Brussel, Herman Teirlinckgebouw

In wat volgt, wordt een overzicht gegeven van de input van de werkgroepleden.

1 Reacties/vragen op de voorbereidende nota voor deze werkgroep

- De psychologen bij ons zijn verbonden aan de polykliniek werken op zelfstandige basis en moeten door de zorgvrager zelf betaald worden.
- Vrouwen op het einde van hun zwangerschap kunnen zij opgenomen worden? Dit blijft onduidelijk. Uitzonderlijk kunnen we deze vrouwen opnemen indien er een aanvraag komt. Een lid van de werkgroep geeft aan dat zij ze niet opnemen omdat het interfereert met de rest van de patiënten op de afdeling. We kunnen wel extern ondersteunen, via outreach. Een ander lid geeft aan dat ze soms wel zwangere vrouwen opnemen voor medicatie op puntstelling of heel kort voor de bevalling. Bij persoonlijkheidsproblematieken is het soms wel goed om op voorhand de zorg al te starten in de ambulante setting. Het is eerder uitzonderlijk.
- Therapeutische re-integratiedagen worden ingezet om de aanknopings met de thuiscontext te behouden en therapeutische interventies tijdens behandeling geïntroduceerd, thuis effectief toe te passen. Het effect ervan wordt terug in het therapeutisch proces meegenomen. Deze re-integratiedagen worden niet vergoed.
- Soms blijft men langer dan 3 maanden in opname.
- Mobiele equipe is een van de drie behandelmodules binnen een MBE. Deze is dus wel geïntegreerd binnen de werking. Dit zowel in een behandelmodule op zich (rechtstreeks toegankelijk) als in een nazorgtraject. Het ene werkt opnamevoorkomend, het andere zorgt voor een vroegere afronding in opname waarbij de overgang en integratie naar de thuiscontext beter afgestemd en geleidelijk kan gebeuren.

2 Zorgvormen

2.1 Definitie zorgvorm

- We verstrekken ook medische hulp. Er kan dus niet enkel gesproken worden over niet-medische hulp. Het is een opname in een psychiatrisch ziekenhuis, de eenheid moeder-baby en de dagbehandeling en de ambulante nazorg vinden plaats in het psychiatrisch ziekenhuis. De financiering van de psychiater wordt opgenomen in het forfait. Dus dat is een medische component die ook wordt voorzien. In die zin klopt 'niet-medisch' niet voor deze conventie.
- Onze werking gaat in principe uit van de dyade. Dit wil zeggen dat zowel de moeder als de baby worden opgenomen. Ook de partner en context worden betrokken in het therapeutisch traject. Indien de moeder bij ons verblijft en de baby niet, dan krijgen wordt er slechts een deelforfait vergoed. Andersom, wanneer de baby blijft en de moeder niet (in het geval van op weekend gaan, of urgente opname op een andere afdeling) krijgen we geen vergoeding. Dit komt heel weinig voor. Het is de dyade en de bereidheid om vanuit die interactie te werken dat onze werking typeert. We zetten in op baby, moeder en partner.

2.2 Zorgvormen

- Volgende zorgvormen worden aangeboden:
 - Ambulant is geen "dagbehandeling". Ambulant slaat op enerzijds thuisbehandeling (mobiel) in combinatie indien nodig met aanvullende therapeutische sessies in het centrum. Deze laatste zijn beperkt in aantal uren, al zijn deze beperkingen qua uren niet bepaald in de reva-overeenkomst.
 - Residentiële zorg: opname in het ziekenhuis
 - Semi-residentiële: dagbehandeling: langer aantal uren dan ambulant (3 tot 6u)
- Een lid spreekt over aanklampende zorg. Hierop komt er reactie dat we niet ongevraagd hulp gaan bieden. Er moet een vraag zijn vanuit de mama, de omgeving, of anderen. Hierbij geeft het andere lid aan dat dit niet de definitie van aanklampende zorg is. Soms worden ze gecolloqueerd, dus is dat aanklampende en niet-vrijblijvende zorg. Als een baby in gevaar is, dan moeten we ingrijpen. Omdat er steeds een baby is betrokken, is het niet vrijblijvend. Een lid geeft aan dat de definitie van aanklampende zorg hem/haar doet denken aan outreach. Gedwongen, niet vrijblijvende zorg kan in alle zorgmodules voorkomen, aangestuurd door het team en het sociaal netwerk rond de patiënt. De behandeling kan binnen een opname, maar wanneer het niet noodzakelijk is residentiële zorg te bieden, gaan mobiel verder doen, maar wel gedwongen. Een lid geeft aan dat het volgens hem geen aparte werking is, aanklampende zorg, waar we aparte zaken voor gaan doen. Aanklampende zorg is een functie die in alle modules aan bod kan komen. Een voorbeeld wat wel past binnen de gegeven definiëring van aanklampende zorg is Asis (assertieve zorg in de samenleving). Deze zorg wordt geboden vanuit het psychiatrisch centrum Gent: dan gaat men de stad in en op zoek naar kwetsbare personen, samen met straathoekwerking. Ze hebben geen resultaatverbintenis. Een lid sluit zich hierbij aan en geeft aan dat dat deze omschrijving van aanklampende zorg (Asis) niet past inderdaad niet binnen hun werking. Het is wel relevant in de betekenis gelinkt aan gedwongen opname of omdat de jeugdrechter dat vraagt. In die zin is het wel relevant als je denkt aan het 'ticket'. Ook bij personen met

een psychose die gedwongen worden opgenomen.

Vanuit zorg op maat, proportionaliteit/subsidiariteit/continuïteit hebben sommige dossier iemand nodig die deze zorg vasthoudt. Aanklappend werkt in het belang van de baby.

- Er wordt geen residentiële woonzorg geboden. Indien er geen context is waar de moeder en de baby kunnen wonen, dan heeft de behandeling geen zin. Dus als er geen context is, dan proberen we er één te regelen, te organiseren in samenspraak met talrijke zorgpartners in de betreffende regio van de patiënt. CGG kan er daar een van zijn, maar doorgaans gaat het over veel diverse partners, in een geïndividualiseerd netwerk, op maat van de patiënt in diens regio.

2.3 Zorgfunctie en zorgactiviteiten

2.3.1 Definities

- Geen opmerkingen m.b.t. definitie zorgfunctie.
- Vrijwilligers zijn ook aanwezig. Zij zorgen mee voor de baby's bij bijvoorbeeld een opleidingsdag. Zij voeren geen therapeutische activiteiten uit.
- Wordt er gewerkt met ervaringsdeskundige? In het personeelskader is alles gebetonneerd, alles is vastgezet in regels. Bijvoorbeeld een bepaalde functie geeft recht op zoveel VTE. Ik zie een ervaringsdeskundige als iemand die wel activiteiten kan opnemen in die zorgvorm en daarvoor heb je wettelijk kader nodig. We zijn voor ervaringsdeskundige maar het kader en de financiering blijft achter waardoor we het niet kunnen inzetten in de praktijk. Ervaringsdeskundigen hebben geen statuut. We zetten vrijwilligers in op twee manieren, ten eerste in een grootouderfunctie. Zij brengen het 'gewone' binnen. Zoals mee naar het dorp gaan met mama of naar K&G. Ze zijn niet op de hoogte van de ziekte die speelt. Ze doen dagdagelijkse dingen. Ten tweede hebben we ook ervaringsdeskundigen die worden ingezet op verschillende bij bijvoorbeeld een themabespreking met ervaringsdeskundigen, of wanneer iemand nood heeft aan een gesprek, mee begeleiden van info avonden, spreken over hun ervaringen met familie, mama's, in een vorming.

2.4 Aanmelding, screening, intake

- Wij geven veel aandacht aan screening omdat de plaatsen beperkt zijn, naast psychiatrische screening is het ook de context die bevraagd wordt, we schetsen ook de geschiedenis van de persoon, enzovoort. We krijgen ook veel vragen voor advies en plannen ook intakegesprekken. De vraag die we ons stellen bij intake is 'kunnen wij baby-mama helpen'? Zo niet, waar kunnen ze dan naar toe? Deze laatste vraag valt buiten de conventie. Terwijl we eigenlijk willen vermijden dat het tot een opname komt. We hebben een voortraject nodig om een opname te kunnen vermijden. Daarom geven we dus ook telefonisch advies, doen we aan intakegesprekken waarna er nog personen kunnen afvloeien, en gaan dan indien nog over tot opname. Pas bij opname komen we in aanmerking voor centen, start het Vlaams deel (= zorgforfait, zie ook uitleg op het einde van de werkgroep). Het voortraject dat we doen om een wachtlijst te voorkomen daar worden echter niet voor gehonoreerd
- Het is belangrijk dat we zo snel mogelijk kunnen reageren wanneer een zorgvraag komt. Dit is voor de baby erg cruciale tijd, om een negatieve vicieuze cirkel te voorkomen. Dit onderscheidt ons van

bijvoorbeeld verslavingszorg. Het gaat echt om personen in een algemene crisis, die niet meer slapen, waarbij het niet meer gaat. Het is een acute zorgvraag.

- Er rust veel taboe op het stellen van een hulpvraag als moeder, slechts 60% worden gedetecteerd, slechts 10% krijgt echte hulp. Dus elke vraag is een crisishulpvraag. Daarom mag je eigenlijk geen wachtlijst hebben. Dit heeft twee redenen: wanneer je niet tijdig hulp biedt, kan dit op het niveau van mama leiden tot chronisch psychische problemen. Een tweede reden is dat de eerste maanden van de baby een belangrijke basis zijn voor de verdere ontwikkeling. Dat is een ander verhaal t.o.v. de klassieke wachtlijst. We hebben een race tegen de tijd te doen. Maar toch hebben we wachtlijsten, spijtig genoeg.
- Het woord 'kort' in de definiëring is niet echt correct voor ons. Het intakegesprek is meer dan een uur. Dit is voor een deel therapeutisch en dan nadien moet er worden rondgebeld. Dat is erg arbeidsintensief. Er komt heel wat bij kijken. Soms geven we enkel advies, soms zijn er situaties waarin we meer moeten bevragen, echt een stuk analyse maken om een gerichte doorverwijzing te doen. We worden ook gedefinieerd als expertisecentrum. We nemen dus die functie op, maar worden daar niet voor vergoed. Dat is vrijwilligerswerk.
- Screening komt niet bij elke dyade voor. Dit is afhankelijk of er al een psychiatrische inschatting gemaakt is of niet. Binnen K&G, vroedvrouwen kan dit niet gemaakt worden en dient dat dus een screening in het centrum te gebeuren.

2.5 Indicatiestelling, diagnostiek, evaluatie, observatie, oriëntering, onderzoek, advisering

- Een indicatiestelling start tijdens de intake, maar loopt verder. Binnen een opname zijn er verschillende multidisciplinaire intakes, elke discipline maakt eigen inschatting van die zaken: psycholoog, sociale dienst, psychiatrisch verpleegkundige, ergotherapeut enzovoort. Dat komt samen. De patiënt wordt ook hierin meegenomen. Al deze visies leggen we in een 1ste teamvergadering samen als basis voor een behandelingsplan. De indicatiestelling loopt dus tot die eerste teamvergadering. Een lid geeft aan dat dit bij hen niet het geval is. Bij de intake doet iedere discipline een stukje. Het andere lid geeft aan dat zij de indicatiestelling tijdens de opname zelf doen.
- Een lid geeft aan dat de zorg die ze bieden zich slechts strekt overeen korte behandelingsperiode van ongeveer 6 weken. Daarna stellen we ons de vraag welke alternatieven zijn er na het traject bij ons? Dus na 6 weken behandeling wordt met de mama en partner een procesoverleg gedaan. Tijdens dit overleg wordt besproken waar we staan, waar we naar toe gaan. In dit overleg zijn de relevante zorgverleners betrokken en ook context. Het gaat hierbij dus over evaluatie, bijsturing van het behandelingstraject. Het andere lid geeft aan dat zij ook in gesprek, overleg gaan met de patiënt en zijn context maar ze dit niet benoemen als een procesoverleg.

2.6 Verzorging

- Het verzorgende zit op het babyniveau, als mama therapie heeft, neem je de verzorging van de baby over. Als mama er wel is, zit de zorg in een continuüm met autonomie als uiterste op het continuüm. Wat aan kan mama daar wordt ze in gecoacht om zich te verbeteren. Dus naast verzorging is er ook coaching. Bij ons is verzorging geen passief begrip. Het zit op een continuüm van een passief naar een actief begrip. Op het niveau van mama zit verzorging op het niveau van zelfzorg. Ook daar gaan we coachen. Als we daarop moeten inzetten, zetten we ook in op de baby. Je kan ze niet scheiden, inzetten

op het één is inzetten op het ander. Het gaat om het contact, de relatie en mama weet wel wat er moet gebeuren voor de verzorging van haar baby, je kan dat niet zomaar 'respectloos' overnemen. Soms heeft ze fysiek ondersteuning nodig (spuit, medicatie, ...) en ik zie dat eerder onder verzorging. Coaching is mee een stuk behandeling/ begeleiding. De fysieke verzorging is inderdaad beperkt. We doen meer aan coaching. Buiten 's nachts, dan wordt de zorg voor de baby overgenomen. Het contactstuk, dat we faciliteren en remediëren van de interactie, zit meer in de zorgfunctie 'begeleiding'. Verzorging zit in het fysieke. Maar het reguleren van een baby is meer dan fysieke verzorging. Soms kan je dat meer behandeling noemen. Het kan niet losgekoppeld worden van elkaar. Je kan geen verzorging doen zonder begeleiding. Bijvoorbeeld wanneer een verpleegkundige de zorg volledig zou overnemen van de baby wanneer de moeder te ziek is om haar baby te verzorgen, zou dit betuttelend en vernederend zijn voor de mama. Dus het is begeleiding dat we bieden.

2.7 Begeleiding, ondersteuning, psycho-educatie

- Alle activiteiten die onder 'begeleiding' vallen zoals het wordt beschreven, worden uitgevoerd op onze eenheid. Het zit er allemaal in. Maar ook hier weer: we werken dyade gericht. We doen het op niveau van (1) mama, (2) baby en (3) de relatie van beiden. Dit onderscheidt de moeder – babyeenheid van een andere psychiatrische behandeling. Het is een multi-focus van de hulpverlener, baby, moeder en hun band en ook de bevoorrechte context. Dit begeleidingsstuk zit op al deze domeinen.
- Dit onderscheidt ons inderdaad van reguliere psychiatrische behandeling. Het hier en nu, het functioneren, het reflecteren en het therapeutisch dit onderscheidt ons. Als de mama zich slecht voelt is het zeer moeilijk om aan de slag te gaan. De integratie van het relationele in het dagdagelijkse ritme is van belang, maar ook wat betekent dit voor de mama en de link met het psychiatrisch ziektebeeld. We werken transdisciplinair: zo zal de invulling van vrije tijd of huishouden over disciplines heen geïntegreerd worden. Sommige disciplines zullen zich meer richten op coaching en andere meer op reflectie. Onder het stuk begeleiding, mis ik het therapeutische, het gaat over de integratie van het functionele en het reflectieve, de ervaringswereld.
- Ook het administratieve is gelinkt aan mama en baby. Bv. de aangifte van de baby, jeugdrechtsbank, kindergeld.
- Het contact is erg belangrijk. We compenseren veel aan contactbehoefte van de baby wanneer mama het niet kan geven.

2.8 Specialistische en methodische behandeling

- We doen aan methodische behandeling en deze draait rond baby-mama dyade, alsook het stuk individuele begeleiding. Maar werken ook samen. Bijvoorbeeld persoonlijkheidsstoornis moeten ook begeleid worden door specialisten. Via de ziekenhuiscontext bieden we veel behandelprogramma's aan in het ziekenhuis en we kunnen mama's ook laten deelnemen in een sessie op een andere afdeling. Heel het specialistische doen we wel (moeder – baby) zelf, alsook het stuk individuele begeleiding. Maar in ondersteuning en behandelingen geven zijn andere meer gespecialiseerd en deze kennis wordt ook ingezet. Een lid geeft aan dat indien ze de middelen hadden ze het wel zelf zouden doen. Een ander lid reageert hierop dat ze niet alles zelf zou willen doen. Neem nu het voorbeeld van persoonlijkheidsstoornissen. Ik wil niet de pretentie hebben alles te kunnen. We willen ons richten op perinatale zorg en mama's zo snel mogelijk uit depressie en psychose te helpen. Onze methodische behandeling draait rond baby-mama.
- Het psychiatrisch stuk, de ondersteuning hierin is specialistisch behandeling. Het feit dat de baby er is beïnvloed de behandeling van het psychiatrisch ziektebeeld. Het heeft invloed op elkaar en is onlosmakelijk verbonden met elkaar.

2.9 Activering, tijdsinvulling, arbeid, bezigheid, vrije tijd, vorming

- In de residentiële module en de dagbehandeling wordt er een weekschema gegeven waarop staat welke groepstherapieën er zijn. Maar er kan ook iets ingepland zijn met de bedoeling om structuur te geven. In die zin is deze zorgfunctie herkenbaar.
- Op niveau van opname zijn baby en mama vaak gedereguleerd. Dus structurering is erg belangrijk. Sommige ziektebeelden vragen ook om activering (depressie), bezigheid of tijdsinvulling. De tijdsinvulling aanpakken met de moeder nu er een baby is wordt ook bekeken. Tijd krijgt een andere dimensie na een baby. Veel mama's hebben nood aan ondersteuning. Dus psycho-educatie, schema's en structuur van een afdeling. Deze nemen ze vaak mee in de thuiscontext. Dus onze organisatie is doordacht, niet puur praktisch, maar therapeutisch. Ze kunnen dit model doortrekken naar de thuiscontext. Het klimaat, de structuur die wordt geboden, is op zich een therapeutisch incentive. Zowel bij residentieel verblijf als in de dagbehandeling. Het gaat om aankleden, verzorging geven aan de baby, eetmomenten, slaap enz. Vorming, bezigheid, vrije tijd, ... zijn allemaal onderdeel van het proces. Het moet allemaal passen in het therapeutisch behandeltraject. Er wordt niet zomaar aan vrije tijd opvulling gedaan of psycho-educatie gegeven. Het moet wel ondersteunend zijn aan het behandeltraject. Deze zorgfunctie komt voor, is een belangrijk onderdeel van de zorgfunctie specialistische en methodische behandeling. Zonder therapeutisch behandeltraject komt deze zorgfunctie niet voor. Het moet altijd allemaal passen in het therapeutisch behandeltraject.

2.10 Dienstverlening, vorming, preventie, informatie, supervisie

- Binnen de netwerken doen we aan dienstverlening waarin we voorzien in vorming, perinatale consultaties, dat is heel divers. We doen daar verschillende zaken in: alle disciplines die te maken hebben met baby's worden ondersteund.
- www.wolkinmijnhoofd.be bijvoorbeeld is website die we hebben ontwikkeld.
- We hebben ook bijvoorbeeld een onlinecursus gemaakt voor K&G. Dat zijn serieuze engagements. Dit is vrijwilligers werk.
- De diensten hebben een eigen website met informatie.
- Binnen elke organisatie is er iemand die de coördinatierol op zich neemt maar hiervoor is geen vergoeding.
- Vanaf het moment dat iemand gestart is in het ambulante model, kan je wel die niet-patiëntgebonden activiteiten gaan doen. Het voortraject is van belang. Als je voor intake terplekke gaat, kan je veel meer de andere zorgverleners bereiken.

2.11 Wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, opleiding

- De begeleiding van stages.
- Opleiding en vorming geven doen we vanuit de eenheid. Binnen het netwerk hebben we ook een werkgroep over het creëren van een opleiding perinatale zorgverlening en denken we na over hoe we in bestaande opleidingen kunnen doorbreken (zoals opleiding verpleegkunde, gynaecologie, enz), Wat moeten toekomstige zorgprofessionals zeker weten? Wat moet in hun opleiding aan bod komen? De opdracht van de werkgroep is advies te leveren voor de eindtermen van zo'n opleiding en hoe we dit onderdeel niet-vrijblijvend kunnen maken.

- We nemen ook deel aan wetenschappelijk onderzoek. Zelf doen we wel een evaluatie van onze werking a.d.h.v. schalen, we doen een semigestructureerd interview na 6 maanden. Ook schakelen we onze ervaringsdeskundigen in voor feedback.
- De patiënttevredenheid wordt bevraagd, alsook de tevredenheid van familie. Zo houden we voeling met: zijn we goed bezig? Dat is niet wetenschappelijk. In het netwerk is er wel een vertegenwoordiging van universiteiten. Dat zal in de toekomst wel leiden tot implementatie van onderzoek. Er zijn immers slechts twee eenheden.
- We participeren op vraag, maar deze functie is kleiner dan de tijd die we steken in de zorgfunctie dienstverlening.

2.12 Samenwerking, overleg, uitwisseling en samen inzetten van expertise van (netwerk)partners

- Samen met de netwerkpartners doen we aan casuïstiekbespreking. Daar zit een stuk vorming bij natuurlijk.
- De zorgpaden zijn een manier van verankering, een omschrijving van de samenwerking die er nu al is. Dit netwerkdenken, zonder een formeel contract komt veel meer op. We zitten in veel verschillende netwerken. Dit wordt ook verwacht vanuit overheid dat wij als de moeder-babyeenheden erin zitten als het gaat over de perinatale periode. Er zijn heel wat netwerken: de perinatale netwerken, de MCT'S, intersectorale jeugdhulp, eerstelijnsnetwerken, ... Daar zitten we overal in. We zitten hier ook op suprasectoraal niveau. De twee perinatale netwerken zijn er ook gekomen om daar meer structuur in te krijgen. Het laatste deel, daar is het intersectorale een goed voorbeeld van. Als het gaat over teams kinderen en jongeren. We werken ook samen met justitie. Psychiater of rechter? Er is afstemming nodig tussen welzijn en justitie bij bevoordeeld ontslag indien er een gedwongen opname plaatsvond. We proberen ook de brug te maken via jongerenwelzijn.
- Het netwerken in functie van de cliënt en in functie van een doelgroep/gemeenschappelijk team moet voor de leden van de werkgroep niet specifiek uit elkaar gehaald worden. Het is vooral belangrijk dat beide functies opgenomen worden.
- Belangrijk dat we in de toekomst meer incentives krijgen om ambulante te werken zodat we makkelijker kunnen netwerken. Vraag is of we dat kunnen linken aan BelRAI. BelRAI is weinig herstelgericht. We werken vaak in crisis, in korte tijd is de situatie vaak anders. Dan een instrument moeten gebruiken is niet haalbaar. Op het Vlaams overlegplatform hebben we ook telkens gezegd dat BELRAI niet zou werken voor ons.

3 Zorglocatie

- **Residentieel** bij een opname. De zorgvrager bepaald niet a la carte welke zorg hij wil en voor hoe lang, het is een gezamenlijke beslissing. Er is overleg tussen arts – patiënt – team, maar er zijn beperkingen in wat nodig is. Elke 4 weken gemiddeld is er evaluatie en bijsturing. De dyade kan in behandeling blijven tot babyleeftijd max 18md. Ook naar ontslag toe is het van belang dat dit niet aan de patiënt wordt overgelaten. Langer blijven in een goede omkadering is altijd gemakkelijker dan naar huis terug te keren. Ze zouden lang blijven, want is gemakkelijker. Na drie maanden wordt er steeds een evaluatie gemaakt. Men kan maximaal blijven tot 18 maanden babyleeftijd. Dat is voor revalidatie. Maar in theorie mag je langer, maar dat doen we niet. Een peuter (van 14 maanden) heeft op die leeftijd een ander actieterrein nodig en dat valt buiten onze expertise. De 5 nazorgsessies kan je wel gaan spreiden. Als het na drie maanden nog niet OK is, dan moeten we gaan kijken naar wat er nodig is voor een

vervolgtraject. Dan moeten er alternatieven gezocht worden. De beperkte behandelduur geeft druk maar heeft ook voordelen. Bijvoorbeeld iemand die eerst in psychose was en nadien een depressie heeft, kan eventueel langer blijven. Dit wordt bekeken in de procesvergadering 'wat is de meerwaarde voor een langere opname bij ons?' Een langere periode is niet mogelijk want dan red je het niet met 14 bedden. Dan is er nood aan een ander concept, een ander zorgaanbod.

- Het aantal uren en de indicatie speelt een rol. In een **ambulant** traject is er de thuisbehandelingsmodule aangevuld met ambulante therapeutische sessies in het centrum, wanneer dat voldoende is voor de problematiek om het ambulant te doen. Het aantal uren is dan beperkt. In **semi-residentieel** zijn er meer uren. Dus, de soort zorglocatie heeft met de indicatie te maken.
- Vanuit de afdeling bevat niet één van onze zorgvormen een **online** opvolging. Dus als behandeling op zich bieden we dat niet. Wel als ondersteuning, bijvoorbeeld de website. Het zit eerder op macroniveau. Een ander lid geeft aan dat ze soms ook advies online geven. Het is geen behandeling, wel een aanspreekpunt. Veel aanmeldingen komen via e-mail binnen.
- Zorg en behandeling wordt enkel binnen de zorgeenheid gegeven. Wel gebeurt het dat we in een liaisonfunctie zwangere zorggebruikers gaan bezoeken in het eigen ziekenhuis. Dit kan gezien worden als '*binnen een andere zorgeenheid binnen de gezondheidszorg*'. Maar het is niet zo dat we de patiënt behandelen in een andere afdeling.
- **Binnen de (eigen) thuisomgeving van de cliënt:** module thuisbehandeling (mobiel). Deze module bestaat op zich, los van een voor of natraject.
- **Buitenshuis en buiten een zorgeenheid:** Ervaringsdeskundigen gaan wel bijvoorbeeld naar de winkel met patiënten ... Als de patiënt bijvoorbeeld niet de tram durft pakken, dan wordt dit wel aangepakt. Dan gaan we buitenshuis naar de tram. Samen met de moeder en kinderen gaan zwemmen. Het doen van uitstappen bijvoorbeeld als het goed weer is. Omdat mama's ook weer over verschillende dingen moeten nadenken bijvoorbeeld over de luiertas. Het normaliseren en integreren van uitstappen is een belangrijk aspect.

4 Soorten zorg binnen VSB: Zorgtrajecten

4.1 Planbare zorgtrajecten binnen de VSB

- Het gaat om langdurige zorg. Maar met die indicatie dat het niet voorspelbaar is, factoren die eigen zijn aan het ziektebeeld zijn met zoveel dat het een niet-voorspelbaar zorgtraject is.
- Wordt er gewerkt met een vooraf afgebakende periode? Als 6 weken kortdurend is, dan is het kortdurend. We zijn afgebakend in de tijd. Maar het is beter om te spreken over afgebakend en niet-afgebakend of bepaald en onbepaald zorgtrajecten dan kort- en langdurig. Dat is zo een subjectief begrip. We focussen zelf op een afgebakend traject, maar er is wel ruimte om langer hulp te bieden als dat nodig blijkt. We wensen de zorggebruikers niet langer te houden, maar als ze dit nodig hebben doen we dat. De huidige timing van 6 weken zit goed. Dit moet niet langer zijn. Alle leden van de werkgroep kunnen zich hierin vinden.
- Afgebakende zorg dus in functie van de zorgvraag met ongeveer een maximum tot de baby 18 maand is. Nadien is het niet meer onze specialisatie. Men kan zowel terugvallen op infant als psychiatrische zorg ambulant, maar voor opnames niet. Mama en kleuter kunnen niet meer worden opgenomen. Dan kan de mama terecht in het reguliere circuit, zonder baby. Gezamenlijke zorg kan wel nog voorkomen

binnen de verslavingszorg en integrale gezinszorg. Maar dan gaan de kinderen gaan gewoon naar school.

4.2 Niet-planbare zorgepisodes

4.2.1 Urgentiezorg

- Wanneer het levensgevaarlijk is, bijvoorbeeld iemand die suïcidaal is of in acute psychotische episodes is er een risico op infanticide. Zo een urgentie kunnen wij niet managen bij ons op de afdeling. Als de urgentie is gaan liggen, dan is het crisiszorg en dan is de moeder wel welkom. We zijn een open eenheid. Wij doen geen urgenties. Bij urgentie tijdens opname werken we samen met de gesloten unit. De baby blijft bij ons en we gaan dan naar de mama op bezoek. We nemen de observaties van de baby ook mee om de urgentie in te schatten. We worden niet vergoed voor de zorg voor de baby op zo'n moment. Een lid geeft aan een suïcidaal iemand kan wel verblijven bij hen omdat ze een studio hebben waarvan ze gebruik kunnen maken. Daar kan de partner mee aanwezig zijn. Dat is dus niet overal zo het geval. Er zijn natuurlijk gradaties in suïcidaliteit. Code 1,2 is toezicht, 3 is een precair punt voor verhoogd toezicht en dan kan het zijn dat we overschakelen. Daar is nog inschattingsruimte. 4 is 4, dan is het verplaatsing. Bijvoorbeeld een PAAZ of EPSI. Vanuit het protocol in het ziekenhuis zo geregeld. Verwijdering van de afdeling proberen we te vermijden. Dit komt niet zo regelmatig voor, ongeveer 4 of 5 keer per jaar.
- Gevaar voor derden kan ook een teken zijn voor urgentie maar dit is niet opgenomen in de definitie. Dit moet zeker toegevoegd worden. Bijvoorbeeld automutilatie is ook een tegenindicatie, dan moet de mama worden opgenomen in een andere afdeling. Of openlijk agressief gedrag.

4.2.2 Crisiszorg

- Veel van onze aanmeldingen, opnames zijn crisisvragen, nadien kom je in een behandelconcept waarin je de beweging kan maken naar huis toe. Maar het start in crisis. We hebben 24-uurs permanentie, 's nachts komen er veel vragen.

Bijvoorbeeld wanneer de mama in weekend is en ze belt, zeggen we 'kom dan nu maar af'. Dat is een crisisinterventie en dan is het nodig om soms extra personeel op te roepen. Ook bij crisis bij aanmelding wordt er gescreend en een advies gegeven. Je krijgt een hulpvraag en je kan dan niet zeggen 'we hebben geen plaats' zonder meer. Maar dan zoek je dokter van wacht, zoek je contact met MTC, dat is ook crisiszorg in het aanmeldingsstuk. Je stuurt mee aan, ook al kan je de zorg binnen de eigen eenheid niet bieden.

Bijvoorbeeld wanneer de partner suïcidaal is. Dan moet je ook doorverwijzing en gepaste zorg bieden. Daarom is de multidisciplinaire setting zo een voordeel. De context van het ziekenhuis is erg belangrijk, we hebben dat nodig om die linken te leggen met andere afdelingen maar ook voor de infrastructuur, personeelsomkadering, de nachtdiensten, het verpleegkader, de beschikbaarheid van de psychiater enz. Alles is gelinkt aan die ziekenhuiscontext. Ook de aard van de activiteit vraagt om een ruimer kader. Het kan niet op zichzelf staan.

Verslag

Titel: Werkgroep persoonsvolgende financiering: Kinderen met Respiratoire en neurologische aandoeningen (7.76.5)

Datum, uur: 15-10-2019, 14u00 – 17u00

Plaats: Brussel, Ellipsgebouw

In wat volgt, wordt een overzicht gegeven van de input van de werkgroepleden.

1 Algemene bedenkingen/opmerkingen

- Op voorstel van de werkgroepleden wordt de onderzoeker aangeraden om volgende publicatie door te nemen: Verté, E., Gemmel, P., Van de Velde, D. (2019). Een verkennend onderzoek naar de noden van het aanbod in Vlaamse revalidatieconventies. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Ook personen van + 21 jaar kunnen binnen de conventie terecht maar dit wordt niet aangeboden. Vroeger kwam dit wel voor om te voorkomen dat personen die lijden aan een ziekte met een lage levensverwachting de laatste jaren naar een andere arts moesten gaan. Vandaar dat de organisatie deze personen bleef opvolgen. Dit is echter niet meer nodig omdat de levensverwachting sterk gestegen is. De opvolging van de patiënt kan dus doorgegeven worden aan artsen die zich richten op volwassen (buiten de organisatie). De artsen en specialisten zijn allemaal pediaters binnen de organisatie. Men is voorstander om de leeftijdsgrens van 21 te behouden. Procentueel zijn de 20-21jarigen bij ons ook in de minderheid.
- Men zou graag ook outreachend willen werken om de opgebouwde expertise binnen de organisatie ook buiten de eigen organisatie te kunnen delen. Voor cases die niet eerst binnen de organisatie zijn opgenomen geweest, kan men niet zomaar naar 'buiten trekken'. Deze middelen heeft men niet ter beschikking. De meeste middelen worden ingezet binnen de eigen organisatie. Dat is een van de dingen die ook uit dat onderzoek (zie supra) komt. Outreachend werken in het huidige financiële kader is niet mogelijk.
- De conventie is gelinkt aan de derde lijn. Dit omwille van de expertise die er aanwezig is. Patiënten worden naar het revalidatiecentrum doorverwezen omdat de specifieke kennis en behandeling met betrekking tot het doelpubliek voorhanden is. Dit kan gelinkt worden met de *Missie* van de

organisatie 'Revalidatiecentrum Pulderbos is een toonaangevend interdisciplinair diagnose-, behandel- en expertisecentrum op gebied van revalidatie voor kinderen en jongeren die medische problemen hebben met een belangrijke impact op hun functioneren.' en *visie* van de organisatie 'Via interdisciplinaire revalidatie op maat streven we naar optimaal herstel, comfort en kwaliteit van leven. Patiënten kunnen rekenen op een wetenschappelijk verantwoorde medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke en paramedische behandeling. Dit bieden we aan in een kindvriendelijk, gezinsvriendelijk en pedagogisch verantwoord klimaat.'

- Aangepast onderwijs wordt zo vroeg mogelijk ingeschakeld.
- Voor elk kind dat opgenomen wordt, heeft de organisatie recht op een vaste forfait. Een kind wordt aangemeld en er wordt nagegaan bij opname hoeveel therapie, medicatie... een kind allemaal nodig heeft. Het kan zijn dat er per dag aan een patiënt meer medicatie moeten geven dan dat het forfait opbrengt. Het voordeel is wel dat er veel minder administratieve rompslomp is, niemand ingeschaald moet worden. Het ene kind heeft veel medicatie nodig het andere minder. Dit heft elkaar op.
- Cumulaties die niet mogelijk zijn en voor problemen zorgen in het zorgaanbod zijn onder andere:
 - Enkel de conventies voor diabetes, beademing, zuurstof kunnen samenlopen met een opname in het revalidatiecentrum. Aanvragen voor deze conventies verlopen via de conventiecentra verantwoordelijk voor deze behandeling.
 - Er bestaan nog heel wat conventies waarbij bijvoorbeeld medicatie terugbetaald wordt door het RIZIV aan de patiënt mits die beantwoordt aan de voorwaarden voor terugbetaling. Deze terugbetaling stopt op het ogenblik van de opname in het revalidatiecentrum waarbij deze dure medicatie volledig ten laste komt op het revalidatiecentrum. Dit brengt het risico met zich mee dat men zou kunnen gaan onderbehandelen wat medico-legaal. Dit is natuurlijk geen optie. Bijvoorbeeld: Synagis, groeihormoon, medicatie voor patiënten met mucoviscidose (mucolytica, pancreasfermenten, vetoplosbare vitaminen, ...) maar ook weesmedicatie.
- Buiten de dagelijks medische opvolging is er bij deze doelgroep ook sprake gespecialiseerde medische zorgen zijn bijvoorbeeld:
 - Beademing +/- zuurstof
 - Tracheostomie (tracheacanule)
 - Wondverzorging postoperatief na multileveloperatie/scoliosefusie
 - Afstellen van nervus vagusstimulator
 - Intra-veneuze behandeling via port à cath of hickman: TPN of antibiotica
 - Sondevoeding via gastrostomie
 - Opvolgen en aanpassing van dosis Baclofen via Baclofenpomp (+bijvullen van de pomp)
 - Intensieve ademhalingskinesitherapie bij respiratoire exacerbaties tot 3à4 keer per dag zo nodig
 - Vaccinaties
 - Subcutane behandeling (insuline, immuunglobulines, ..)
 - Voorschrijven aan aangepast materiaal in het kader van revalidatie
 - Monitoring (saturatiemeting)
 - Longfunctie(meting)

- EEG (kort en langdurig, tot soms >72u zo nodig) met video-EEG monitoring, uitlokking epilepsie, gelijktijdige gedragsobservatie, neuropsychologische diagnostiek + interpretatie mits interdisciplinair kinder-neurologisch overleg
- Aanprikken port à cath bij status epilepticus
- Blaassondering
- Stomaverzorging
- aanleren van bovenstaande medische, verpleegkundige handelingen aan mantelzorgers (ouders, hulpverleners, ...)
- Opmerking bij de opsomming van medische staf in de voorbereiding: er is ook een arts fysische geneeskunde

2 Zorgvormen

2.1 Definitie zorgvorm:

- Alle leden van de werkgroep hebben bedenkingen bij de term 'niet-medische' in de definiëring. Geen grote bedenkingen bij de andere termen van de definitie.
- Medische handelingen én verpleegkundige handelingen komen voor. De artsen doen aan diagnostiek, volgen het medicatiebeleid op. Daarnaast doen zij ook echt klinisch werk, kinderen van kop tot teen onderzoeken, behandelen. Ze nemen medische handelingen zelf op of delegeren dit naar verpleegkundigen, therapeuten, psychologen... Het is ook de arts die het geheel coördineert (de behandeling) en die eindverantwoordelijke is. Hij/zij stuurt de verschillende interdisciplinaire teams aan. Ze zijn ook dagelijks aanwezig, volgen het behandelplan van het begin tot het einde op. Bijvoorbeeld een kind met epilepsie, een hersenletsel, een longaandoening... Het zijn de artsen en specialisten die beslissen of een kind wordt opgenomen of niet. Vanaf het moment dat een arts goedkeuring geeft voor opname worden de andere actoren (psychologen, pedagogen...) ook betrokken. Zij bekijken op welke manier we dat kind het beste kunnen helpen. In welke leefgroep hij/zij terecht komt, enz.

2.2 Zorgvorm per zorgaanbod

- **Residentiële zorg:** 24u/dag, 7/7.
- **Semi-residentieel:** Dit wordt benoemd als dagrevalidatie binnen de organisatie. Dagrevalidatie wil zeggen dat men een hele dag komt. Kinderen komen binnen tussen 8u-9u en vertrekken rond 17u. De definitie in de nota spreekt dan over dat semi-residentieel (i.p.v. ambulant). De afspraak is dat zij minimaal 7u bij ons aanwezig zijn.
- **Mobiele zorg:** Ter opvolging van kinderen die in behandeling zijn geweest, komt men aan huis. Dit kan gelinkt zijn aan een 'interdisciplinair advies' (IDA)*. Huisbezoeken worden ook gedaan door de dienst maatschappelijk werk. Mobiele zorg wordt niet vergoed indien het kind is opgenomen. Dit kan niet gecombineerd worden. Indien het kind niet opgenomen is en je gaat langs in het kader van nazorg, dan zou je daar een IDA voor kunnen aanrekenen.

*IDA is een prestatie waarbij zorgverleners van verschillende therapeutische disciplines van de revalidatievoorziening, een rechthebbende ambulant onderzoeken en op basis daarvan, ten behoeve van de reguliere zorgverleners of de ouders van de rechthebbende, een gespecialiseerd interdisciplinair advies bezorgen omtrent de adequate behandeling of verzorging van de rechthebbende. Dit kan zowel in een voortraject als in een natraject (nazorg) voorkomen. In het voortraject heeft dit te maken met het intakegesprek/intakeprocedure waarbij zowel de arts een inschatting doet als de psycholoog, de

pedagoog, enz. Op die manier kan dan eigenlijk één IDA in rekening gebracht worden voor de opname. Als een kind ontslagen wordt op een bepaald moment kan een IDA ook fungeren om kinderen achteraf interdisciplinair resultaten op te volgen, terugkoppeling te geven, bij te sturen. Een IDA uitvoeren wanneer het kind nog in een ziekenhuis verblijft kan niet aangerekend worden.

- Er zijn raakvlakken met de definitie aanklampende zorg maar dit wordt niet benoemd als aanklampende zorg. Het is niet echt ongevraagde zorg, zoals er nu beschreven staat. Er is altijd een expliciete zorgvraag. Zij zeggen expliciet 'wij hebben een probleem', maar dikwijls gaan de mensen naar de verkeerde zorgverlener. Zij hebben soms een somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijk klacht en zij willen dat op een fysische manier oplossen. Vaak speelt er een psychische component die ze nog niet zijn en waarop wij ze uiteindelijk wijzen. Het is niet echt aanklampende zorg omdat ze wel vragende partij zijn om het op te lossen. Net omdat de medische én de psychologische én de therapeutische component aanwezig is kan de problematiek aangepakt worden.

3 Zorgfuncties

- Geen opmerkingen over de definitie.
- Zorgverlening gebeurt altijd door professionals. Er wordt ook vrijwilligers gewerkt maar dat is niet in het kader van de zorgverlening, medische hulp of therapeutische begeleiding.

3.1 Aanmelding, screening, intake

- De leden van de werkgroep kunnen zich vinden in de definitie. Er staat vermeld in de definitie 'kortdurende exploratie van de hulpvraag met het oog op het afbakenen...' Hierbij gaat het niet over een kortdurende exploitatie. Exploratie van de hulpvraag is tijdsintensief. Exploratie, diagnostiek kan verschillen van één week, drie dagen, twee weken... (zie verder).
- De aanmelding zelf gaat (1) telefonisch (via inname-foon – dienst maatschappelijk werk) of (2) per mail of (3) een aanmelding op basis van doorverwijzing van een collega-specialist. De maatschappelijk werker triëren naar de juiste arts. Die dan op zijn of haar beurt gaat kijken of het mogelijks een indicatie is en of er een intake komt. Er wordt geen intake organiseren als we op voorhand weten dat het geen indicatie is. Er gebeurt dus intellectuele arbeid verricht voor we enige financiële reward krijgen: dossierstudie, collega's gaan bevragen, telefoons die gebeuren door de arts zelf maar ook de psycholoog om na te gaan waar nog eventueel bijkomende informatie te vinden. In sommige gevallen wordt de opname voorbereid bijvoorbeeld als het gaat over een kind met neurologische stoornissen en een uitgebreide gedragsproblematiek, waarbij men weet dat als men die opneemt in een klassieke leefgroep dat dat wel wat problemen kan geven. We proberen daar zo efficiënt mogelijk in te zijn. Deze exploratie gaat aan de IDA (een dagdeel) vooraf omdat er binnen een IDA geen volledige diagnostiek gedaan kan worden. De problematieken die behandeld worden – aangezien we een tertiaire sector zijn – zijn complex. Pas daarna intake. Intake is altijd met een arts. Dus dat is pas de volgende fase.
- Ouders kunnen ook zelf een aanmelding doen maar dit is een minderheid. De aanmelding loopt dan altijd via de arts die bepaald of er een opname komt. Een aanmelding op basis van doorverwijzing van een collega-specialist gaat eenvoudiger. Dan loopt het proces anders. De conventie is gericht op derdelijns hulpverlening. Er wordt steeds nagegaan waar het kind nu behandeld wordt. Vervolgens zal men contact opnemen met behandelend arts (huisarts, neuroloog, pneumoloog...).

3.2 Indicatiestelling, diagnostiek, evaluatie, observatie, oriëntering, onderzoek, advisering

- Deze zorgfunctie 'Indicatiestelling, diagnostiek, evaluatie, observatie, oriëntering, onderzoek, advisering' – is veel sterker uitgebouwd hebben de laatste jaren in Pulderbos. Alle elementen die

aangehaald worden 'Indicatiestelling, diagnostiek, evaluatie, observatie, oriëntering, onderzoek, advisering' komen voor. Niet voor elk kind worden alle elementen opgenomen maar indien nodig kan het voor een kind allemaal gebeuren.

- Bij opname van een patiënt moet de diagnose gekend zijn en moet het medisch diagnostisch traject uitgewerkt zijn door de verwijzer. Op basis van deze gegevens (soms pas na een bijkomende intake met de ouders) wordt een opname mogelijk. De bijkomende **diagnostische onderzoeken** die in het revalidatiecentrum gebeuren hebben te maken met
 - De follow-up van de problemen van de patiënt bijvoorbeeld het volgen d.m.v. monitoring (=saturatiemeting), longfunctiemeting, dieetberekening, EEG-controles bij medicatieaanpassing,
 - Revalidatiediagnostiek die nodig is om een gedegen revalidatieprogramma op te zetten (doelstellingen) en de outcome te meten
 - Een vraag van de doorverwijzer voor een verduidelijking van de problematiek d.m.v. interdisciplinaire testing en evaluatie.
 - Voorbeeld 1: Een patiënt met in de voorgeschiedenis een ongeval met cognitieve problemen krijgt een uitgebreide evaluatie om het probleem beter te kennen en op basis hiervan adviezen te geven.
 - Voorbeeld 2: Een patiënt met epilepsie waarbij het onduidelijk is over welke soort epilepsie het gaat en men vraagt een uitgebreide evaluatie d.m.v. langdurige of frequente EEG's met observatie, ...).
- IDA is gelinkt aan **indicatiestelling**. Indien hieruit blijkt dat we zorg kunnen aanbieden, dan gaat er vanuit de IDA een advies voor de ouders geformuleerd worden dat het zinvol is om naar Pulderbos te komen voor een diagnostisch traject. Dat diagnostisch traject dat kan dan variëren – cf. supra: één week, drie dagen, twee weken – in functie van wat nodig is. Met de ouders wordt afgesproken, hoe lang het ongeveer zal duren vooraleer wij een goed beeld kunnen krijgen van de situatie. Het kind is dan gedurende de ganse periode bij ons. Het diagnostisch traject kan je maar gaan als het kind is opgenomen (indien je financiering wil) en vervolgens kan dat teruggaan naar semi-residentieel (9-17u) of dag en nacht etc. Afhankelijk van hoe ernstig het is.
- Er zijn verschillende modules. Een module kan zijn diagnostiek. Dan wordt er aan diagnostiek gedaan maar geen evaluatie achteraf. Bijvoorbeeld vraag tot het opmaken van een bilan van een moeilijk testbaar kind – een kind met epilepsie bijvoorbeeld – waarvan men niet goed weet van hoe kunnen we dat juist inschatten hoe de aanvallen getriggerd worden.
- Kinderen kunnen ook blijven voor revalidatie of voor een behandeling. Dan vindt er ook een evaluatie plaats tijdens de behandeling of na afronding van de behandeling. Het kan zijn dat wanneer dat in de doelstellingen zit – want hoe hoger je opschuift in de module, hoe meer er aan bod komt – dan kan het zijn dat er ook een vraag aan ons gesteld wordt. Bijvoorbeeld het kind zit momenteel in het gewoon onderwijs maar die heeft die problematiek maar we zien dat dit moeilijk gaat dan wordt er na de behandeling een advies geven voor heroriëntering (al dan niet naar buitengewoon onderwijs).

3.3 Verzorging

- Verzorging is een van de elementen, naast verpleegtechnische handelingen (vb. wondzorg) en de medische handelingen (vb. medicatie insluiten, bloednames doen). Bijvoorbeeld kinderen met een longproblematieken die beademd zijn. Hierbij komen meer elementen naar voren dan enkel verzorging. Ze worden gemonitord: de hartslag, de zuurstofsaturatie... Protocollen en procedures uitschrijven doen verpleegkundigen ook. Verzorging is dus een onderdeel van de verpleegkundige zorg, maar is er maar eentje van de drie. Dit is verschillend van andere zorgvormen binnen VSB. Ook

het beheer van het medisch dossier. Alle verpleegkundige handelingen moeten genoteerd worden, parameters moeten opgevolgd worden. Dat zijn dagelijkse zaken die bij ons veel voorkomen.

- Ook het delegeren en het superviseren van personen die de handelingen moeten uitvoeren. Ouders, mantelzorger, zorgkundigen die handelingen moeten aangeleerd krijgen.

3.4 Begeleiding, ondersteuning, psycho-educatie

- Kinderen, jongeren, ouders en hun naaste omgeving spelen een belangrijke en actieve rol in de revalidatie. Er wordt rekening gehouden met de draagkracht en de mogelijkheden van de zorgomgeving. Er wordt ondersteuning geboden bij het aanleren van zorg en bij het omgaan met de gevolgen van de ziekte of beperking. Ook wordt het aanvaardingsproces begeleid. In functie van de re-integratie worden de kansen en mogelijkheden benadrukt en wordt gezocht naar een nieuw evenwicht.
- Kinderen en jongeren verblijven allemaal in leefeenheden (leefgroepen) met aparte kamer. In de leefgroepen komen verschillende elementen aanbod: het nabootsten van een leefsituatie. Er zijn zowel activiteiten van het dagelijks leven die begeleid worden, als ook opvang van die psychische, sociale aspecten. Er zijn psychologen, orthopedagogen en maatschappelijk werkers in dienst, die de kinderen en ouders zelf kunnen zien en kunnen spreken. Maar die ook een rol spelen in het begeleiden van de specifieke opvoedkundige en verpleegkundige vraag die de kinderen vaak hebben. Bijvoorbeeld: een kind met een niet-aangeboren-hersenletsel wordt best op een andere manier aangepakt dan een gewoon functionerend kind, rekening houdend met al die neuropsychologische stoornissen die dat kind heeft. De neuropsycholoog zal proberen zo goed mogelijk uit te leggen aan de opvoeders en verpleegkundigen wat het disfunctioneren verklaard en hoe je dit dan best aanpakt (visueel, auditief...). Dat wordt dus op een zeer specialistische manier begeleid. Er zijn regelmatig werkbegeleidingen met een behandelplan. Er is een medisch behandelplan maar er is ook een behandelplan op dit domein, waar geëvalueerd en afgesproken wordt wat we doen en wat we niet doen. Daarbij zijn niet enkel het kind maar ook ouders, broers en zussen betrokken.
- Begeleiding is ook in functie van de specialistische en methodische behandeling die gegeven wordt. Er wordt aandacht geschonken aan de verderzetting van therapie in de therapeutische leefeenheid. Bijvoorbeeld als een kind in therapie leert stappen, krijgt de therapeutische eenheid tips en voorschriften vanuit de kiné. Maar natuurlijk weten wij dat een kind alleen maar gemotiveerd is als je daar ook het juiste kader voor creëert. Dus dat alle zorgen in die groep aanwezig zijn. Er komen ook activiteiten aan bod die met ontspanning te maken hebben (bijvoorbeeld pannenkoeken bakken).
- Psycho-educatie en therapie richt zich zowel naar de kinderen zelf als naar de ouders. Bijvoorbeeld voor SOLK zijn er oudertrainingsprogramma's. Soms samen met andere ouders, soms individueel. Er wordt ook nauw samen gewerkt met de school die aanwezig is op het domein, een type 5 ziekenhuisschool.
- Wij kunnen ook psychotherapie aanbieden. Voor een aantal kinderen is dit niet nodig en is het leefgroepsysteem voldoende, er zijn een aantal therapieën – dat is tweede graad – waaronder ook ergo, dat standaard is. We zijn een derde graad wanneer kinderen toch nog een extra nood hebben aan opvang en ondersteuning of psychotherapie, dan kan dat in een aantal gevallen ook.

3.5 Specialistische en methodische behandeling

- Specialistische interventies kunnen in de vorm van een kort tot een meer langduriger interdisciplinair traject aan nemen, afhankelijk van de nood. Bijvoorbeeld: diagnostiek epilepsie op de leeftijd van 5 jaar en terugverwijzen naar de periferie om dan op 13-jarige leeftijd dit opnieuw doen op vraag van een doorverwijzer omdat er mogelijk iets veranderd is. We werken kortdurend en op meerdere momenten van het traject van het kind in nauwe samenspraak met andere hulpverleners.
- Het is belangrijk dat we een zinvol antwoord formuleren op de vraagstelling van de partner(s) die doorverwijzen. Plus dat dit antwoord zo snel mogelijk moeten geformuleerd worden. Als er binnen de organisatie zelf nog dingen in die behandeling gedaan kunnen worden, dan zal dit gebeuren. Vervolgens wordt er terug doorverwezen. Daarin zit de unieke positie van Pulderbos. Er kan ingespeeld worden op verschillende noden. De nood aan diagnostiek, beeldvorming, inschatten wat dat nodig is.
- Voor elke patiënt die opgenomen wordt, worden vooraf bepaalde doelstellingen opgemaakt zowel op somatisch (medisch), psychisch als sociaal vlak. Afhankelijk van de onderliggende pathologie worden deze patiënten in een bepaald **traject** opgenomen: het gekozen traject wordt bepaald door het hoofdprobleem.
 - Bijvoorbeeld patiënt met cerebrale parese (CP) met ontsporing van de epilepsie wordt opgenomen in het traject neurologie maar een patiënt met CP met respiratoire problemen wordt in het traject pneumologie opgenomen.
 - Bijvoorbeeld de behandeling/revalidatie van hersenverlamming, van CP.
 - Alle aandoeningen (SOLK, CP, pulmonaire, epilepsie...) hebben omschreven trajecten om te volgen. Deze liggen min of meer of voorhand vast. Maar elke persoon die opgenomen wordt, heeft een heel individueel behandelplan, dat is de hoofddoelstelling.
Bijvoorbeeld: iemand wordt opgenomen die het slachtoffer is geworden van een verkeersongeval en is in coma geweest. Dan is er een soort van coma-stimulatie programma. Dit is dan een specialistische behandeling.
Bijvoorbeeld: er zijn talloze types epilepsie. Afhankelijk van het type epilepsie is er een andere benadering en een ander behandelingsvoorschrift nodig. Dat allemaal olijsten is onbegonnen werk en ook niet wenselijk.
- Afhankelijk van de revalidatie/behandelvraag of –nood wordt een **module** bepaald.
 - Bijvoorbeeld de patiënt met CP met epilepsie kan opgenomen in de module met een kort traject dat meer diagnostisch gericht is of een langer traject waarbij ook medicatie-aanpassingen nodig zijn en/of bijkomende paramedische behandeling (ergo/log/kine) noodzakelijk is.
 - Bijvoorbeeld de patiënt met pariëtale epilepsie. Er zal op een zeer systematische manier geobserveerd worden wat die epilepsie precies is, fenotypes bekijken, een EEG uitvoeren... Dit gebeurt allemaal via protocollen. Na de diagnostiek kan er een lijn gevolgd worden voor het opstarten van medicatie. Telkens wordt er geëvalueerd wat de impact ervan is op het functioneren, met de bedoeling een ideale mix samen te stellen. Maar het kan even goed zijn dat we nog een andere aandoeningen vaststellen. Ook deze zal opgevolgd worden en geëvalueerd.

3.6 Activering, tijdsinvulling, arbeid, bezigheid, vrije tijd, vorming

- Men komt in eerste voor specialistische behandeling, deze zorgfunctie activering is niet het hoofddoel. Er wordt wel gewerkt aan activering (revalidatie) en een goeie tijdsinvulling. Het is niet de hoofdfunctie maar er komt een residentiële component bij dus een zinvolle dagbesteding is een onderdeel. Ook indien een kind in dagrevalidatie komt, blijft het hoofddoel de medische of therapeutisch reden. Binnen de 12 leefgroepen wordt een zo variabel mogelijk aanbod geprogrammeerd dat maximaal ten goede komt aan het kind dat zich aanmeldt.
- In eerste instantie worden de therapieën te ingepland. Vervolgens wordt er gezocht naar een zinvolle daginvulling voor de momenten dat er geen therapie of onderwijs is. RAPLAS is het systeem waarin alle activiteiten van de kinderen, het onderwijsprogramma ... in onder worden gebracht. Elk kind heeft een dagrooster waarin staat wat die van 's morgens tot 's avonds doet. Dit dagrooster wordt ook gebruikt als een communicatiemiddel naar ouders toe. Die activiteiten worden, afhankelijk van de activiteit zelf, begeleid door mensen in de leefgroep zelf.

3.7 Dienstverlening, vorming, preventie, informatie, supervisie

- Hier komt men weinig toe omdat er geen enkele vergoeding tegenover staat.
- Er wordt vorming geven op congressen. Bijvoorbeeld actief lid van de epilepsie-liga, de muco-vereniging, de NAH-lig, enz. Maar is dit dienstverlening?
- Er wordt bijvoorbeeld een NAH-café georganiseerd. Maar dat is niet dat daar middelen voor zijn. Dit is niet onze grootste prioriteit.
- Wij worden niet gefinancierd voor preventie.

3.8 Wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, opleiding

- De zorgfunctie 'Wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, opleiding' neemt meer tijd in beslag dan de zorgfunctie 'Dienstverlening, vorming, preventie, informatie, supervisie'. Maar 'wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, opleiding' is niet de corebusiness.
- Onderwijs
 - Begeleiding van stages. We zijn een opleidingscentrum: artsen-specialisten in opleiding. Wij leiden pediaters op, verpleegkundigen, kinderneurologen, maatschappelijk werk... Eigenlijk iedereen die bij ons werkt heeft de opdracht om stages te begeleiden. Alle therapeuten, alle psychologen, alle maatschappelijk werkers...
- Opleiding
 - Therapeuten, verpleegkundigen, hoofdverpleegkundigen geven ook les. Zodat de kennis die we hebben terug uitgedragen wordt. We worden daarin overbevraagd.
 - Voor internen is het belangrijk om een goed trainings-en-vormingsbeleid te hebben. We stellen vast dat we hoe langer hoe meer nood daaraan hebben, om al onze mensen breed inzetbaar te houden. Met de specifieke doelgroepen moeten we hier aandacht voor hebben. Het budget hebben we in de afgelopen jaren met betrekking met vorming vermenigvuldigd met een bepaalde factor. Dat betekent ook naar uren toe die je kunt investeren. We proberen een terugkerend systematisch opleidingsjaarplan, met verplichte en minder verplichte vormen.
 - Er is geen budget voor vorming. Alles moet betaald met de liggdagen. Bijvoorbeeld al de verpleegkundigen, die toen nog geen bijzondere beroepstitel hadden in pediatrie, we vorming laten volgen. Dat ging over een 150-200 uren en was in samenwerking met Thomas More.
- Wetenschappelijk onderzoek:

- We zijn zelf voortrekker geweest om twee wetenschapsdagen met het Universitair ziekenhuis Antwerpen te organiseren. In september 2020 organiseren we een hersenletsel-congres, waar we ook een trekkende rol in spelen.
- We werken regelmatig mee met doctoraten.

3.9 Samenwerking, overleg, uitwisseling en samen inzetten van expertise van (netwerk)partners

- In de definiëring wordt er zowel gesproken over informatie uitwisselen op basis van een therapeutische relatie als het uitwisselen in functie van een doelgroep en gemeenschappelijk thema's. Voorstel om deze uit elkaar te trekken. Het ene is gelinkt aan de patiënt, het ander staat er los van.
- Het delen van expertise staat niet expliciet in onze conventie vermeld. Het is iets dat wij wel belangrijk vinden, in het belang van de patiënten.
- Expertise en informatie-uitwisseling, via elektronisch patiëntendossier, we hebben hetzelfde platform als ziekenhuizen. Wanneer het kind dan bij ons komt, openen wij hetzelfde dossier waar wij dan in aanvullen. Dat is bij uitstek een instrument om de expertise en de informatie met betrekking tot de therapeutische relatie uit te wisselen. Patiëntendossier is enkel gelinkt aan ziekenhuizen, huisartsen... onderwijs zit daar niet in, de GGZ-diensten ook niet. Maar die zitten wel in e-health. Ook mensen die geen toegang hebben, kunnen aan onze informatie via e-health. Dat toont wel waar dat wij ons ergens in het netwerk bevinden.
- Informatie uitwisselen in functie van de doelgroep, gemeenschappelijk thema
 - Bijvoorbeeld participeren aan intervisiegroepen, neuropsychologie. Dat gaat over modellen. Binnen het lidmaatschap van NAH hebben we daar wel een traditie in huis om over centra heen, intersectorieel, met elkaar te spreken. Dat is een samenwerkingsverband voor NAH waarin wij participeren. Wij hebben ook het Vlaams Netwerk waarin wij een trekkende rol opnemen. Sensibilisering rond de problematiek doen we ook, goeie voorbeelden van zorg kenbaar maken.
 - Aansluiten bij netwerken die er vandaag zijn, maar dat is niet altijd vol te houden. Ook voor de eerstelijns worden wij constant uitgenodigd, maar zijn nog nooit geweest. Rond jeugdhulp zijn er die strato-overleggen maar ook daar kunnen we onmogelijk naartoe gaan. We worden op de hoogte gehouden van wat er besproken wordt. Als ik naar al die overleggen zou moeten gaan zoals ik in de VAPH-sector zie, dan vraag ik me soms af hoe die mensen dat doen.
- We vervullen een belangrijke schakelfunctie in de zorgcontinuïteit die start vóór opname en verder loopt na ontslag. Samenwerking met, en ondersteuning van het netwerk van zorgverstrekkers en thuischolen zijn hiervoor essentieel.

4 Zorglocaties

- De zorggebruiker verplaatst zich naar de voorziening:
 - **Residentieel**
 - **Semi-residentieel** – dagrevalidatie
 - **In zeer beperkte mate mobiele hulpverlening:** Een IDA zetten we meer in op het begin of einde van een traject. Het is niet pro-actief dat die mensen ons tegenkomen. Als we naar die **thuisomgeving** moeten gaan, bijvoorbeeld naar Ieper, dan zijn we lang onderweg en een multidisciplinair team (arts, maatschappelijk werker, psycholoog). Dat is bijzonder tijdsintensief. Dit is dus eerder beperkt.

- **Binnen een andere eenheid van de gezondheidszorg:** Als kinderen reeds in een ziekenhuissetting zitten dan kan het gebeuren dat we tot daar gaan. Maar dat is eerder uitzonderlijk, niet de meest courante vorm.

5 Soorten zorg binnen VSB: Zorgtrajecten

5.1 Planbare zorgtrajecten binnen de VSB

- De zorg is bepaald in de tijd via de wetgeving op maxima een jaar. Er dient een goedkeuring te zijn om het kind op te nemen. In principe is dat voor een maximale periode van een jaar, die verlengbaar is. Artsen kunnen mits motivering dit verlengen. In uitzonderlijk gevallen zou je dan na die twee jaar nog een verlenging kunnen aanvragen. Maar de verlengingen worden hoe langer hoe uitzonderlijker. De vraag wordt zelfs niet altijd voor een jaar gedaan. Dit kan ook voor een kortere periode zijn. We hanteren de policy dat we de duur van de opname bepalen samen met ouders wat nodig is. We vinden het heel belangrijk om te luisteren naar de zorgvraag die de ouders en het kind in de context stelt. Wij gaan daar maximaal mee rekening houden in de doelstellingen die we bepalen. Maar we gaan ons altijd spiegelen aan wat er qua evidence-based-practice voorgeschreven is. We gaan geen dingen doen puur omdat mensen ze vragen. Die eigen regie is wat we net zo moeilijk vinden in de sector waarin wij werken. Ouders die gaan zeggen dat je het kind een jaar moet revalideren terwijl dat misschien niet goed zou zijn voor het kind. We gaan geen functietrainingen blijven doen rond een bepaalde stoornis als dat op geen enkele wetenschappelijke basis geoorloofd is om dat te doen. Maar we moeten natuurlijk wel maximaal met de ouders en het kind kijken wat het gemeenschappelijk doel is en daarrond communiceren is de sleutel natuurlijk wel.
- Wanneer we het puur bekeken vanuit de ‘de duur’ van de zorgtrajecten, niet via de wetgeving, zijn er zowel kort- als langdurende trajecten. Er zijn kortdurende zorgtrajecten die kortdurend en heel afgebakend kunnen zijn – van maandag tot vrijdag en dan kan je een behandelplan meegeven. Een kortdurend traject kan variëren van enkele dagen, een week, bij wijze van spreken 12 weken. Dat kan kortdurend zijn in zowel een diagnostisch traject als in een behandeltraject.
- De definitie van kortdurende zorg past voor ons niet. Omdat kortdurend in een adem genoemd wordt met een vooraf afgebakende periode en deze hangen niet altijd samen. Sommige trajecten zijn bij ons moeilijk vooraf te bepalen. Een goed advies over een bepaalde vorm van epilepsie die een kind heeft kan bekeken worden op een zeer goed vooraf afgebakende periode en is dan kortdurend. Maar bij anderen is dit niet het geval. Er wordt bekeken wat we voor de patiënt kunnen betekenen en welke doelstellingen we aan het herstel linken. Wanneer die doelstellingen bereikt worden dat kunnen we dus niet met zekerheid zeggen. Dit kan een of twee maanden zijn of langer. We bepalen wel op voorhand doelen in afgebakende periodes waarvan we zeggen als dit doel bereikt is dan evalueren we en is de kans groot dat de revalidatie ten einde is. Bijvoorbeeld iemand die sub-comateus toekomt na een ongeval, dat is zeer moeilijk vooraf te bepalen hoe lang dat gaat duren.
- Eigenlijk zijn wij op heel veel domeinen veel korter gaan werken omdat wij veel scherper zijn gaan definiëren waarvoor dat we een kind opnemen. Zeer strakke doelstellingen, afspraken met de ouders. Maar dat maakt wel dat wij veel intenser werken en dat we ook veel meer kinderen bereiken dan dat vroeger het geval was, dat het rendement hoger wordt. Doordat je alles op kortere termijn gaat doen, wordt de intensiteit van werk ook veel groter. Dit vertaalt zich niet in de richt-dagprijs. Dus onze bestaande is nog afgestemd op de langdurige trajecten van vroeger. We merken nu dat de werkdruk bij ons enorm stijgt. Doordat de turnover van patiënten/revalidanten veel hoger is dan een paar jaar geleden. Bij langdurigere trajecten wordt het werk verspreid over meer tijd en voel je dat niet in je financiële reward. Tien kinderen die één week komen of één kind dat tien weken blijft, levert hetzelfde

op maar is bijna tien keer zoveel werk. Er is veel meer personeel nodig om hetzelfde te kunnen bieden. Dus het verschil is dat er dan tien verschillende trajecten lopen en anders maar één traject. Ook voor de andere zorgfunctie die we aanhaalde 'Indicatiestelling, diagnostiek, evaluatie, observatie, oriëntering, onderzoek, advisering' en 'Aanmelding, screening, intake' werken we in kortere trajecten.

- Er zijn langdurige zorgtrajecten bij waar we niet op voorhand kunnen bepalen hoe lang ze blijven of dat we al dan niet gaan moeten verlengen (vb. comapatiënten). Als we de huidige wettelijke bepalingen buiten beschouwing laten en louter kijken naar het zorgtraject, dan zijn er zeer veel combinaties mogelijk en dan herkennen we ons in de zeer afgebakende zorg. Maar louter vanuit de wet staat er geen maximum op van verlening. Een minderheid van de patiënten verblijft in het centrum meerdere jaren.

5.2 Niet-planbare zorgepisode

- Vanop het moment dat een kind wordt ingepland voor opname dan moet er plaats gemaakt worden. Op dat vlak is dat heel onvoorspelbaar. Soms is het een periode wat rustiger en soms komen ze allemaal tegelijk toe. Er is niet de mogelijkheden om te zeggen tegen een ziekenhuis: neem met ons terug contact op binnen 3 of 4 maanden. Het kind wordt aangemeld en dan moeten we de zorg starten. Dit is typerend voor onze organisatie.
- Het niet-planbare is te vergelijken met een ziekenhuis. Een ziekenhuis kan ook niet plannen wanneer de patiënten allemaal binnenkomen. Als de spoedafdeling vol ligt dan ligt die vol maar dan moet je toch een oplossing zoeken. Bij ons zijn de gevallen iets minder acuut. Maar op een bepaald moment komt er een crisis, en dan komen ze tot ons en dan moeten we zorgen dat er een oplossing is. Bijvoorbeeld kinderen op neonatologie die worden doorverwezen. De echte traditionele wachtlijsten die dulden we niet. Hoe langer dat je wacht met een kind dat hersenschade heeft op te nemen, hoe moeilijker het wordt.

5.2.1 Urgentiezorg

- Voorbeelden van urgentiezorg zijn: zware epileptische aanvallen, kinderen met beademingsproblematiek...

Jaarlijks hebben wij een aantal reanimaties die wij moeten doen bij kinderen. Het zijn situaties die bij ons kunnen voorkomen, er zijn talloze voorbeelden. Wij geven jaarlijks opleidingen reanimatie voor alle medewerkers. Dat is geen dagdagelijkse bezigheid voor ons maar dat komt voor en dan moet je ermee om kunnen gaan. De situaties kunnen zeer onvoorspelbaar zijn en soms valt het frequent achter elkaar voor bij verschillende kinderen en soms zien we het weken, twee maand achter elkaar niet. Vanaf het moment dat dat zich voordoet, geven we de nodige zorgverlening. Het is de arts die bepaald of dat bij ons in supervisie blijf of dat dat naar een e-box gaat of dat dat inderdaad toch naar het ziekenhuis doorverwezen wordt. Daar zijn ook afspraken over. In sommige gevallen zijn er protocollen die gevolgd moeten worden. Dus het hangt er een beetje vanaf of we het intern houden. Het valt bij ons hoe dan ook voor, medewerkers zijn erop getraind om de urgentiezorg in levensbedreigende situaties toe te passen.

Bijvoorbeeld bij ons zijn er nogal wat kinderen met een tracheacanule. Indien een kind plots die canule uittrekt, dat is levensbedreigend, dan hebben we maar drie minuten tijd om iets te doen. Dat wordt gesuperviseerd om te kijken wat er dan gebeurt in het kader van de behandeling. Een langdurige status epilepticus, die vangen wij zelf op. Maar als dat echt lang blijft duren dan raadplegen we toch externe artsen.

Moet er een link met derden gemaakt worden in de definitie? 'levensgevaarlijke situaties voor derden'. Er zijn patiënten die we moeten beschermen tegen andere patiënten. Die situaties komen ook voor maar we zetten eerder in op preventie. Zorgen ervoor dat kinderen niet gekwetst raken, bijvoorbeeld bij een risico op agressie tegen een derde. Maar ik zou niet zeggen dat dat een levensbedreigende situatie is. Voor ons zou het geen probleem zijn als dat toegevoegd zou worden aan de definitie. Agressie is er zeker, een kind dat een frontaal syndroom heeft of dat met spullen gooit door de ruimte en dat je dan de andere kinderen moet beschermen.

5.2.2 Crisiszorg

- Belangrijk te begrijpen wat we onder crisis dan bedoelen, wij spelen vooral in op medische crisissituaties. Bijvoorbeeld er is een kind dat thuis stuipt en moeilijk onder controle te krijgen is, de ontwikkeling compleet bedreigd is daardoor. Dan gaan wij snel handelen. Als dat gaat over een verkeersongeval behandelt in het acute ziekenhuis en die op een lijst staat om revalidatie te krijgen... Maar als het om een crisissituatie gaat van bijvoorbeeld iemand die thuis klaarstaat om suicide te plegen, daar gaan we dan niet op in. Of een kind dat thuis op straat staat en geen oplossing heeft... in dat soort van crisisjeugdzorg participeren wij niet. Dus een medische crisissituatie waarbij de arts zegt dat jullie daar een antwoord op kunnen bieden, dan wel. Op zo een moment kan je daar dan inderdaad niet onderuit om daar een antwoord op te bieden.
- De Limmerik speelt veel meer in op crisissituaties. Stel dat je een éénoudergezin bent en dat de moeder naar een hospitaal moet gaan. Die worden er ook regelmatig voor gecontacteerd. Bij ons in het revalidatiecentrum is dat niet de eerste insteek. Want als we dat doen dan gaan we onze kwalificaties voorbij.
- Bij een crisissituatie zijn er bepaalde afspraken in het behandelplan over hoe te handelen. Er is ook een hele reeks over vrijheidsbeperkende maatregelen, afspraken die wij onderling maken om in samenspraak met ouders, over welke maatregelen al dan niet genomen worden. Deze worden in het medisch behandelplan opgenomen en dat wordt geëvalueerd. Dat is dan voornamelijk om crisissituaties te voorkomen. Maar als er een crisis komt is, is er ook een plan van aanpak om daarmee om te gaan. Alle medewerkers die in het zorgdepartement tewerkgesteld zijn krijgen een vierdaagse opleiding in het principe van 'nieuwe autoriteit' om met zulke situaties om te gaan, maar echt vooral om dat ook te voorkomen. Dat een situatie niet tot een crisis moet overgaan.

Verslag

Titel:	Werkgroep persoonsvolgende financiering Centra Geestelijke Gezondheidszorg
Datum, uur:	17-10-2019, 9u30 – 12u30
Plaats:	Herman Teirlinckgebouw, Brussel

In hetgeen volgt worden alle bedenkingen van de deelnemers opgelijst met betrekking tot het voorlopige model dat de onderzoekers hebben ontwikkeld voor persoonsvolgende financiering van de Vlaamse gezondheids- en welzijnssector.

1 Algemene bedenkingen bij de idee van persoonsvolgende financiering van CGGs

- In hoeverre komen preventie en vroeg-interventie aan bod in de VSB? Hoe zit het erin vervat? Ook waar er een *risico* is op (een verergering van) een problematiek bieden wij hulpverlening aan; niet alleen wanneer reeds duidelijk is welke psychische of ontwikkelingsproblematiek er aanwezig is. Dit is vroeg-interventie. Dit betreft soms ook personen zonder hulpvraag. Maar hoe kunnen die dan via de VSB begeleiding krijgen?
- In de CGG wordt er betaald per prestatie: (1) voor psychiaters via het RIZIV, (2) voor psychologen: 0-4-11 euro (zie tarief van Vandeurzen). De financiering volgt wat wij in de CGGs doen. Hoe hebben wij dan een plek in de VSB? Hoe moet dat gaan in de praktijk?
- Bredere vraag: wat zit er allemaal in de niet-medische hulp en dienstverlening vervat? De logica dat de zorgvrager eerst langs een zorgkas moet gaan en dan pas naar een CGG kan gaan, zorgt voor het inbouwen van een gigantische drempel om tot zorgaanbod te komen. Op deze manier werk je de laagdrempelige werking van de CGG tegen. Hoe gaat dat systeem met zorgkassen e.d. werken bij preventieve en vroegbehandeling? Dus we stellen erg in vraag of onze manier van werken kan inpassen in VSB.
- Ethisch bezwaar/reflex: we komen van een medisch paradigma waarbij de medicus centraal stond die kwaliteitsvolle zorg wilde toedienen. Dan is de slinger doorgeslagen naar een emancipatorisch paradigma: op maat, patiënt centraal, etc. Maar dat dekt niet wat wij in de CGG doen. Dialoog tussen cliënt en hulpverlener staat er centraal. Wat helpt er: de ontmoeting tussen patiënt en hulpverlener. Wat er werkt, heeft ook te maken met de persoonlijkheid van de therapeut. Niet alleen de zorg voor

patiënt staat centraal, maar ook de zorg voor de hulpverleners (zie burn-out). Omwille van al die redenen is het sterk de vraag of onze hulpverlening binnen VSB kan passen.

- De slinger van de centralisatie slaat te ver door (zou ook een stelling van Axel Liégiois zijn).
- Meta-opmerking: zijn we niet wat defensief aan het reageren op de invulling van de VSB die we nog niet kennen?
- Voor PVT zou VSB wel kunnen werken. Vandaag is het immers nog zo dat de mate dat ze zelf keuzes kunnen maken verbonden is met het financieringssysteem.
- Klassieke raadplegingsmodel (0-4-11 euro): wat mij betreft kan dat in een systeem van PVF, bijvoorbeeld met zorgtickets. Maar je moet ergens je zorgticket gaan halen, hoe gaat dat lopen? CGG gaan moeten zorgen dat de patiënt naar de CGG willen komen.
- Als er een beperking van een aantal sessies op komt in VSB, dan wordt PVF wel moeilijk voor de CGG. Het aantal sessies per behandeling is immers individueel bepaald per cliënt. Het kan niet bepaald worden op basis van de diagnose. B bijvoorbeeld bij vroeginterventie is er nog geen sprake van een diagnose. Daar wordt gewerkt op basis van bezorgdheden voor het ontwikkelen van een psychiatrische problematiek. Het interrelationele tussen de cliënt en de hulpverlener is ook sterk bepalend voor wat de hulpverlener straks gaat doen voor de cliënt.
- Sommige CGGs werken vooral kortdurend, anderen bieden veel verschillende uren van zorg aan. Dus dat verschilt erg tussen de CGGs.
- Veel patiënten zijn bij ons om gezondheidswinst niet te verliezen. Dus effectiviteit mag niet enkel bekeken worden in term van gezondheidswinst.
- Waar moeten de personen met een chronisch psychische problematiek naartoe? Sommige werkgroepleden vinden dat niemand daar een antwoord op heeft. Maar andere leden van de werkgroep vinden wel dat daar een antwoord op bestaat. Zie de nieuwe zorgentiteit die gemaakt werd in Noord-West-Vlaanderen (Covias). Covias is een samenwerkingsverband tussen PZ, IBW en CGG waarbij in functie van een ruim aanbod "langdurige zorg" een samengaan werd gerealiseerd tussen 4 IBW, 2 mobiele behandelteams en 5 dagactiviteitencentra. Met verschillende teams bestaand uit medewerkers uit de partnerorganisaties wordt het werkingsgebied NWVL "bediend" inzake ambulante en mobiele langdurige zorg en activering. Ondertussen zijn hierbij een 850 patiënten geïnccludeerd. CGG NWVL is hierbij betrokken als mede-exploitant van een aantal dagactiviteitencentra die in principe niet tot de "core business" behoren van de CGG.
- beschut wonen, stukjes CGG, mobiele teams zijn daar samengegaan. Alle mensen met een langdurige zorgvraag worden daar naartoe geleid.
- Maar het ambulante model (sessies in een ambulant centrum) voor chronische problemen moet ook kunnen blijven bestaan. Die doelgroep blijft ook bestaan. Die doelgroep is groeiende. Maar heeft die doelgroep altijd een psycholoog nodig? Of soms niet?
- Het hoort één continuüm te zijn: preventie, vroegdetectie, vroeginterventie, cure, care. Dat moet gekruist worden met alle zorgvormen: residentieel, ambulant, mobiel.

2 Zorgvormen

- Definitie zorgvormen: Teveel gefocust op niet-medische zorg. We bieden ook medische hulp aan: de psychiater, de psychologen

- Volgende zorgvormen worden aangeboden binnen de CGG:
 - Ambulante zorg
 - Mobiele zorg. Ook medewerkers van de CGG gaan naar de thuissituatie van cliënten.
 - (Uitzonderlijk) aanklappende zorg. Dit is niet enkel het geval bij zorgmijders die een chronische problematiek hebben, maar het kan ook gaan over vroeginterventies, bijvoorbeeld bij beginnende psychose. Aanklappende zorg is niet gebonden aan één zorgvorm. “Aanklappend” gaat over de inhoud van de zorg die aangeboden wordt, de methode die gevolgd wordt. Ambulante, residentiële, ... zorg kan aanklappend zijn. De andere zorgvormen gaan over locaties.
 - Vroeginterventie kan mobiel, ambulante aangeboden worden.
 - Verplaatste zorg: daar spreken CGG over
 - De zorgvorm kan wijzigen doorheen het zorgtraject dat aangeboden wordt door het CGG. Juist flexibel inzetten is zo belangrijk. Het is erg belangrijk dat de cliënt dan niet elke keer een ander zorgticket zal moeten hebben. Want dan kan je niet meer flexibel schakelen.

3 Zorgfuncties

- Aanmelding, screening en intake
 - Dit is een functie, maar mijn garage doet dit ook. Het is een hele generieke definitie.
 - Hulpverlener neemt aanmelding/screening telefonisch met de persoon door. Soms doet het secretariaat dat. Soms is een face à face gesprek hiervoor nodig. Soms worden mensen ook al snel doorverwezen.
 - Bij aanmelding hoort ook oriëntering. We proberen ons profiel naar buiten toe heel duidelijk te krijgen. Het is niet de bedoeling dat mensen met alle vragen bij CGG komen. Liefst meldt de verwijzer de cliënt aan, maar aanmelding kan ook via de cliënt zelf gebeuren.
 - In een ander CGG wordt deze functie uitbesteed aan een ander team, waarin ook medewerkers van het CGG zitten. De wijze waarop deze functie wordt georganiseerd, verschilt van CGG tot CGG. Maar de CGGs doen dat allemaal.
 - Intake is iets anders dan aanmelding en screening. Bij intake zit analyse van de hulpvraag. Via intake ga je al in de diepte. Intake komt dichterbij de buurt naar de volgende functie. Je zit hier al meer op het niveau van de hulpvraag.
 - Deze functie moet de eerste filter zijn. Daarna komt de intake. Dan staan we al verder in het traject.
- Indicatiestelling, diagnostiek, evaluatie, observatie, oriëntering, onderzoek, advisering
 - Intake hoort eerder bij deze functie (zie hierboven)
 - CGGs doen geen diagnostiek op aanvraag, testing op aanvraag van een CAR of zo. De tweede functie kan binnen de CGG dus niet plaatsvinden zonder dat de eerste functie is doorlopen. CGGs doen enkel diagnostiek in het kader van het traject dat de cliënt in het CGG loopt. COS doen wel diagnostiek op aanvraag.
 - Na intake kan verwijzing volgen. Bijvoorbeeld wanneer er suïcidegedachten bij de cliënt aanwezig zijn.

- Het model is niet: je stelt een diagnose en daaruit volgt een behandeling. De diagnose kan wijzigen tijdens de behandeling. Dat is niet uitzonderlijk. Diagnose is een dynamisch begrip. Het gaat over handelingsgerichte diagnostiek. Dus diagnostiek is niet gelijk aan een diagnose stellen. Het is ook niet altijd een start van een behandeling. Zie vroeginterventie.
- Financiering wordt vaak gekoppeld aan diagnose, en dat kan niet binnen de CGGs.
- Binnen deze functie wordt het behandelplan voor het eerst opgesteld. Het kent hier de start. Maar het is een dynamisch proces, dus het hoort ook bij de andere functies.
- Verzorging
 - Is niet het werk van CGGs.
- Begeleiding, ondersteuning, psycho-educatie
 - CGGs doen dit. Maar de functie wordt niet zo breed toegepast binnen CGGs zoals ze nu gedefinieerd wordt.
 - Iemand wordt verwezen door de huisarts omwille van een depressie. Die persoon weet niets over depressie. Dan kan het zijn dat die persoon eerst een aantal sessies psycho-educatie volgt; daarna kan eventueel psychotherapie opgestart worden.
 - Sociaal-administratieve ondersteuning doen CGGs niet, maar we moeten wel alert zijn of er geen probleem is op dat gebied. En dan moeten we doorverwijzen naar bijvoorbeeld een CAW.
 - Ondersteuning en aanleren van vaardigheden op sociaal-administratief vlak, huishouden en therapie-trouw doen we niet in de CGG. Maar wel rond samenleven, sociaal-emotioneel leven. Veel CGG zitten ook in activiteitencentra. Daar doen die wel aan activering.
 - Een vrijetijdsgroep voor KOPP-kinderen (Kinderen van Ouders met Psychische Problematiek) en volwassenen en de herstelgroepen kunnen een aanvulling zijn op een behandeling, of voor kinderen van iemand die in behandeling is in het CGG. Het is een ondersteunende activiteit voor de behandeling. Veel van die dingen doen we ook in samenwerking met andere organisaties, dus niet als CGG alleen.
 - Alle CGGs werken wel aan iets mee van begeleiding, maar het is geen kernfunctie van de CGGs.
 - Deze begeleidende zorgactiviteiten worden mee gefinancierd vanuit de enveloppe. De CGGs krijgen daar geen bijkomende financiering voor. Of ze zoeken projectfinanciering via gemeenten of zo. CGGs moeten wel kunnen aantonen dat als ze extra geld krijgen, ze die activiteiten ook effectief doet.
 - CGGs hebben veel taken doorheen de jaren erbij gekregen, maar de oorsprong ervan is nu niet altijd meer even duidelijk.
- Specialistisch en methodisch behandeling
 - Dit is de kerntaak van de CGGs, samen met de diagnostiek en indicatiestelling die daaraan gelinkt zijn. Dit moet voor CGGs bovenaan staan. De andere dingen zullen we pas doen als we daar geen andere partner voor vinden.
 - Die andere taken kan je meer “doorgeven” als je met veel diensten samenwerkt, zoals dit het geval is in steden. In landelijke delen van Vlaanderen is dat minder evident.

- Vroeginterventie: psycholoog gaat aan huis. Dat is ook specialistische behandeling. Idem bij verslaving. Maar het is wel een voortraject.
- Het budget en de regio waarin het CGG gelegen is, bepaalt of een CGG inzet op vroeginterventie (of een andere zorgactiviteit) of niet. Het CGG zoekt dan geld. Dat is dan projectfinanciering (van de Vlaamse overheid) die op termijn kan landen in de enveloppe, maar enkel voor de CGGs die ingezet hebben op dat project. Het is ook mogelijk dat lokale besturen investeren in dergelijke zorgactiviteiten.
- We zijn enkel een OTW¹ voor preventie. Dat gaat over niet-patiëntgebonden dienstverlening. Dus dat valt onder de functie dienstverlening (zie verder).
- Psychologisch consulent, sociaal werker, psycholoog, psychiater: al deze disciplines doen psychotherapeutisch werk binnen CGGs. Dat valt dus allemaal onder deze zorgfunctie.
- Activering, tijdsinvulling, arbeid, bezogheid, vrije tijd, vorming
 - Het is geen CGG taak, maar er zijn wel CGG medewerkers die bijvoorbeeld in een activiteitscentra werken rond die functie.
 - Wij bieden arbeidszorg aan. Dit is een overeenkomst met VDAB en GTB die ons cliënten doorstuurt, maar daar doen wij de methodische behandeling voor, niet de activering. Wij zijn binnen W² de zorgactor: we leveren onze kernfunctie: specialistische en methodische behandeling.
 - Als we daarvoor gefinancierd zouden worden, dan is dit een interessante functie om te doen voor een CGG. Maar niet alle werkgroepen zijn het daarmee eens.
 - Omwille van historische redenen bieden sommige CGGs activering aan om de groep van chronische patiënten op te volgen, samen met andere diensten die in de regio aanwezig zijn.
 - De personen die naar deze activiteitencentra komen, hebben niet altijd een behandelplan (gehad) in de CGG, maar soms wel.
- Dienstverlening, vorming, preventie, informatie, supervisie
 - CGGs zijn een OTW voor de dienstverlenende functie met betrekking tot preventie.
 - De definitie klopt. CGGs bevorderen de deskundigheden van andere sectoren. In die zin werken ze aan de contexten waarin patiënten of potentiële patiënten zich bevinden.
 - Dit is de twee kernfunctie van de CGGs (ná specialistische en methodische behandeling), ook in termen van enveloppe en personeel. Het betreft suïcidepreventie, drugspreventie in bedrijven enerzijds en de consultancy in het kader van de patiëntenopvolging anderzijds. Dit laatste groeit ook.
 - Suïcidepreventie en drugspreventie wordt verschillend gefinancierd.
 - Vorming geven in kader van dienstverlening wordt ook vaak gedaan.
- Wetenschappelijk onderzoek, opleiding, onderwijs
 - Dit is geen zorgfunctie. We spelen daar een rol in. Maar dat moet niet onder zorg zitten. Wij helpen mee om toekomstige collega's te vormen. Maar het is wel een activiteit die behoorlijk

¹ organisatie met terreinwerking

wat tijd in beslag neemt. Soms teveel tijd. Dit hoort zeker bij de organisatiegebonden financiering. Je stopt er evenveel tijd in dan dat je eruit haalt.

- Samenwerking, overleg, uitwisseling en samen inzetten van expertise van (netwerk)partners
 - De werkgroepleden maken een onderscheid tussen overleg tussen organisaties op beleidsniveau en overleg tussen professionals op casusniveau (casusoverleg, netwerkoverleg). Dat laatste is heel erg belangrijk, en werkt ook uiterst efficiënt. Dat is een kernfunctie van de CGGs. Het eerste is nadenken over zorgorganisatie. Dat is beleidsoverleg. Daar gaat veel (te veel) tijd naartoe. Het aantal mensen die een CGG kan helpen, is o.a. daardoor naar beneden gegaan. Maar dat is ook omdat de gemiddelde behandelduur per cliënt over het algemeen stijgt.
 - Beleidsoverleg neemt teveel tijd in beslag.

4 Zorglocatie

- Ambulant, mobiel, online.
- Online is altijd een aanvulling op één van die andere zorglocaties. Het is complementaire hulp bij de ambulante en mobiele hulp. Het vervangt geen andere hulpverlening.
- Ook binnen een andere woonzorgeenheid bieden CGGs zorgactiviteiten aan, bijvoorbeeld binnen een MPI². Dat is dan specialistisch en methodische behandeling + dienstverlening naar andere deskundigen toe.
- CGGs werken ook wel eens buitenshuis: bijvoorbeeld vrijetijdsgroepen die naar het park gaan. Bepaalde groepen kunnen ook steeds buiten het CGG doorgaan – bijvoorbeeld in een dienstencentrum – maar de locatie is daarbij niet van belang voor de behandeling die aangeboden wordt.

5 Zorgtrajecten

- Goede indeling niet vooraf te bepalen vs. vooraf afgebakende zorg. Dat is het belangrijkste onderscheid tussen de langdurige en kortdurende zorgtrajecten. Binnen de CGGs kan je een voorspelling doen over welk zorgtraject nodig is, maar daarom is het niet zo dat het effectief zoveel gesprekken gaan worden.
- Er wordt een akkoord afgesloten dat we met zoveel sessies starten. Maar daarna kijken we wat er opnieuw of nog nodig is.
- Het al dan niet limiteren van de zorgperiode kan een deel zijn van de methodiek zijn bij bepaalde cliënten.
- Er zijn enkel nog heel korte en heel lange zorgtrajecten.
- Je kan ervoor kiezen om afgebakende zorgtrajecten te bepalen, maar daarna is de zorg daarom niet gedaan.
- We maken wel een inschatting van hoeveel sessies nodig zullen zijn, maar dit klopt niet altijd. Voor een andere groep zeggen we dat we het vooraf niet kunnen bepalen.

² Medisch-Pedagogisch Instituut

- We zijn constant bezig met periodes proberen af te bakenen. Maar het lukt niet altijd. Dat is ook afhankelijk van op welke andere diensten een CGG in de regio beroep kan doen. Goede programmatie is in die zin zeer belangrijk.
- Door personen die nood hebben aan een langdurig zorgtraject ook in behandeling te nemen, maakt een CGG een duidelijke, maar moeilijke keuze. Maar als cure care is geworden, is het eigenlijk niet meer voor de CGGs. Net zoals harm reduction dat is ook niet voor de CGGs.
- De afbakening is belangrijk, maar zo eenvoudig is het niet. We proberen initieel te starten met een afgebakend traject in afstemming met de cliënt in functie van de hulpvraag. Dat klopt niet altijd maar je maakt met je cliënt die inschatting. Proberen systematisch af te bakenen dit maar dit is niet altijd zo duidelijk. Hierbij is een duidelijk link met het bovenlokaal verhaal. Namelijk op wie of welke voorzieningen kan je vervolgens beroep doen. Maar in bepaalde gebieden in Vlaanderen ben je bijna ethisch verplicht om ook de langdurige zorgtrajecten aan te bieden omdat er geen ander aanbod is.
- Hoeveel mensen een CGG kan helpen, hangt ook af van hoe snel een CGG iemand kan laten doorstromen naar andere diensten; en de keuzes die een CGG (al dan niet) gemaakt heeft voor langdurige zorg.
- Sommige patiënten blijven in zorg, omdat ze er anders niet terug in kunnen geraken als het later nodig zou zijn (zie wachtlijsten).
- Overheid wilt kortere zorgtrajecten zodat meer personen geholpen worden maar niet eenvoudig ook voor therapeut om cliënt los te laten. Mogelijke op oplossing: mix van ervaren en onervaren therapeuten in een team die follow-up van patiënten om de zoveel maanden ook invoert en dat je die follow-up systematisch doet.
- Voor de CGG mag er een limiet komen op langdurige sessies, omdat de CGG zouden nadenken over het doorverwijzen. Covias heeft het zichzelf opgelegd. Dit lukt, maar enkel doordat er die samenwerkingen met andere diensten zijn. Maar ook Covias heeft ondertussen al wachtlijsten.
- Langdurige ambulante zorgvorm voor personen met een chronische psychische problematiek is er ook nodig, maar de vraag is of CGGs het moeten doen. Het is wat zoals een nursing home, maar dan ambulant.
- Vermarketing: het is slim om als CGG al die zorgvormen zelf te beginnen aanbieden, want dan gaan mensen bij je CGG hulp komen vragen. Maar willen we dat?
- Gespecialiseerde zorg neemt af naarmate het zorgtraject langduriger wordt. Als het care wordt, kan het minder specialistisch worden, dus minder duur.
- Geen enkel CGG heeft een gemiddeld zorgtraject van langer dan 5 jaar. 60% van de trajecten is misschien korter dan 2 jaar.
- In de feiten doen we beiden zorgtrajecten: kortdurige en langdurige.
- Langdurige zorgtrajecten houdt het ondersteunen van personen in zodat ze met hun beperkingen kunnen blijven verder leven.
- De gezondheidswinst is het sterkst in de eerste 25 sessies; daarna bouwt dat af. Dan nivelleert dat. Is dat dan nog gespecialiseerde behandeling? Of wordt dat dan begeleiding? Hoe kunnen we in de CGGs zorg geven aan die cliënten? Dan wordt het care die gezamenlijk moet gedragen te worden, samen met andere diensten. Zo kan er meer ruimte komen om gespecialiseerde behandelingen aan te bieden binnen de CGGs.

- Flexibel kunnen schakelen mag niet verloren gaan!!!
- Urgentiezorg doen we in principe niet. Maar soms kan het levensbedreigend worden tijdens een sessie, en heeft de hulpverlener geen andere keuze dan naar spoedgevallen te gaan met zijn cliënt. Maar het is niet de opdracht van het CGG. Het is niet de kerntaak, maar het gebeurt wel. Maar minstens één werkgroep lid gaat hiermee niet akkoord. In dit voorbeeld doet de hulpverlener zijn taak als goede burger. We doen soms een urgente interventie om door te verwijzen naar urgentiezorg. Daar komt het op neer. Het is niet een zorgtraject dat we aanbieden
- Crisiszorg: we doen dat met CGGs wel, maar het is niet de kerntaak van de CGGs. CGGs zijn daar niet toe uitgerust. De capaciteit is uitermate beperkt hiervoor. De cliënt wordt dan extra ingepland, of de familie wordt gezien. Men wil ons gebruiken daarvoor (ook andere zorgactoren), maar we doen het eigenlijk niet. Bij mensen die in behandeling zijn in het CGG, doen we wel aan crisiszorg.
- In het kader van suïcidepreventie moeten CGGs binnen de 48u een interventie kunnen doen: dat kan een telefonisch contact zijn, maar we gaan niet aan huis gaan. We gaan na of iemand anders de interventie doet of we zien de persoon op het CGG als dit helpend kan zijn.

6 Opmerkingen bij de tekst die de onderzoeker doorstuurde over de zorg die CGGs aanbieden

- Punt rond terreinwerking klopt niet. Zie bijkomende informatie hierover in dit verslag
- DSM-diagnoses werden door de Vlaamse overheid lang geleden gevraagd opdat de CGGs méér gespecialiseerd zouden gaan werken.
- Enveloppe geeft de vrijheid om in te zetten op die zaken die in een bepaalde regio nodig zijn. Dat is een voordeel van de enveloppe. Een nadeel van de enveloppe is dat een CGG dan kan inzetten op de “dada” van de directeur of van de raad van bestuur. Dat kan dan weer niet de bedoeling zijn.
- Voor 80% doen alle CGGs hetzelfde. Dus de verschillen zijn niet te vertalen in zoveel VTE.
- CGGs zetten ook in op groepen die het risico hebben om ernstig te worden!! Niet alleen op diegenen die al een ernstige psychische problematiek hebben.

Verslag

Titel: PVF Werkgroep 15: CAR & CGG kinderen & jongeren (KJ-teams CGG)

Datum, uur: 22-10-2019, 9u30 – 12u30

Plaats: Hendrick Consciencegebouw

1 Extra opmerkingen

- Voor zowel CAR als voor de KJ-teams van het CGG is de doelgroep gelinkt aan DSM 5. De KJ-teams CGG focussen zich op alle kinderen en jongeren met ernstige (chronische) geestelijke gezondheidsproblemen. De CAR specialiseren zich op welomschreven doelgroepen (leeftijd en/of stoornis). Waarbij de CARs, volgens de leden van de werkgroep vooral gelinkt kunnen worden aan ontwikkelingsstoornissen en CGGs aan personen met een gedragsstoornissen en emotionele stoornissen. Beide hanteren een andere methodiek van behandeling.
- Het gaat vooral om de behandelvorm, de intensiteit, de achtergrond van de therapeuten, het team dat verschillend is. De teamsamenstelling is binnen CAR zeer multidisciplinair (waaronder ook psychologen) terwijl een CGG vooral psychologen in dienst heeft. Indien de zorgvraag dus een multidisciplinaire aanpak vereist, kunnen de CARs het beste beter ondersteuning bieden. Terwijl bij de KJ-teams CGG is het vooral de psycholoog die in gesprek gaat.
- Bij bepaalde doelgroepen met comorbide problematieken zie je regelmatig dat samenwerking is aangewezen zodat alle expertise voorhanden is om de persoon te behandelen. Als CAR bepaalde expertise niet hebben, kunnen we verwijzen naar een CGG, ook het tegenoverstelde gestelde komt voor. Die dossiers zijn vrij beperkt. De verwijzingen die gebeuren door de eerste lijn verlopen goed. De CLB's en andere de eerstelijnsactoren verwijzen door in functie van waar zij denken dat de cliënt het beste past.
- 0 tot 18 jaar is behandelleeftijd van CAR maar de adolescenten werking is eerder beperkt in de meeste CARs. Er ligt eerder de focus op peuter, kleuter en lagere schoolleeftijd. Maar dit is verschillend per CAR.
- Lokaal zijn er ook good practices die hierbij aansluiten:
 - o Indien we, als CGG, niet zeker of we aan de zorgvraag kunnen voldoen, wordt er samen met de lokale CAR een intake gedaan. Dat gebeurt niet heel vaak maar is wel verrijkend.
 - o Aanwezig zijn op teamoverleg van de andere organisatie
 - o

- Er is momenteel een studie lopende voor die doelgroep met comorbide problematiek om na te gaan welke modaliteiten mogelijk zijn.
- Het decreet GGZ spreekt van zorgniveaus en functies. Zowel CARs als CGGs situeren zich binnen zorgniveau 2A: 2^{de} lijns, ambulante. Het gaat hierbij om functie D 'gespecialiseerde diagnostiek en E 'gespecialiseerde behandeling'.
- CARs krijgen vaak een verwijzing van een COS voor therapie maar niet voor diagnostiek. De diagnostiek gebeurde dan al binnen een COS. Er is inhoudelijk grote overeenstemming in wat een COS doet en een CAR met betrekking tot diagnostiek doet. COS zijn er initieel gekomen voor het opvolgen van vroeggeboortes. Geleidelijk aan is hun diagnostiek ook uitgebreid naar ontwikkelingsstoornissen. Een COS is ook vaak gelinkt met een referentiecentrum autisme. Ze zitten op dezelfde locatie en hebben gedeeld personeel.
- De COS (centrum voor ontwikkelingsstoornissen) richten zich vooral tot jonge kinderen met een risico op of vermoeden van een probleem tijdens de ontwikkeling, met als doelstelling een diepgaande diagnose. Deze zijn nu onderdeel van het agentschap opgroeien.
- Vanuit CGG is contact met COS soms zeer pragmatisch. Dat is ook gelinkt aan de vraag wat is er nodig aan diagnostiek en waar is het beschikbare aanbod m.a.w. waar is de wachtlijst het kortste. CGG zal voor diagnostiek naar COS verwijzen in bepaalde situaties, bv; voor differentiaaldiagnostiek in twijfelgevallen.

2 Zorgvorm(en)

2.1 Opmerkingen bij definitie zorgvorm

- Er wordt enkel verwezen naar niet-medische zorg. Ook medische zorg wordt gegeven:
 - o Elke CAR heeft een of meerdere artsen in huis: kinderen- en jongerenpsychiaters, neurologen, neuropediater, enz. Zij vallen onder medische hulpverlening en zij bieden medische zorg. Ze schrijven bijvoorbeeld medicatie voor. In de conventie staan de soort artsen die binnen een CAR kunnen voorkomen en dat is gelinkt aan medische hulp. Die term moet dan ook geschrapt worden. De conventie geeft aan welk type artsen binnen een CAR werkzaam kunnen zijn. Ze zijn niet allemaal in alle CARs tewerkgesteld maar er bestaat een olijsting van en het is in functie van de doelgroepen die je behandelt.

Binnen een CGG is er in elk team een psychiater. De behandelplanning gebeurt onder diens verantwoordelijkheid. Waar nodig is er kinderpsychiatrische diagnostiek en behandeling.
- De definitie geeft niet weer op wie de zorgvorm zich richt. Het is breed gedefinieerd.

2.2 Zorgvormen

- Het is beter om aanklampende zorg te zien als een modus. Binnen aanklampende zorg heb je gradaties. Je werkt aanklampend wanneer dit nodig is. Zo kan je ook meer op maat werken. Aanklampende zorg kan dus nodig zijn binnen mobiel, ambulante zorg... Aanklampende zorg kan op elk moment van het traject voorkomen. Dat is niet iets apart. Je werkt met aanklampende methodieken.
- Aanklampende zorg gestuurd vanuit een rechtbank zou wel als aparte module bekeken kunnen worden. Maar als dat niet het geval is dan is aanklampende zorg geen aparte module. Verschil zit in het feit hoe je ongewenst definieert. De weerstand van de cliënt kan zeer gering zijn maar kan ook zeer heftig zijn. Het is belangrijk om te bekijken of de ongevraagde zorg die nu vermeld staat in de definitie gaat over verplichte ongevraagde zorg of niet. Er is een verschil in de mate van

aanklampende zorg. Deze zorg is sterker en intensiever. De zorg is ongewenst, is dikwijls heftiger. Er is weerstand door het verplichte karakter. Het is ongevraagde zorg. Deze onderscheid is belangrijk. Is er met andere woorden dan altijd sprake van een verplichting, of niet?

CGG

- Binnen een CGG bieden we voornamelijk ambulante zorg aan.
- Mobiel in beperkte mate, maar is er wel.
- Aanklampende zorg kan zowel ambulante als mobiel voorkomen:
 - o Verwijzingen opgelegd door de jeugdrechtsbank kunnen we zien als aanklampende zorg. Bij jongeren en adolescenten die zelf de nood niet zien, zelfs geen vraag hebben maar de omgeving, de school, de ouders die een zorgvraag stellen. Dan wordt er gestart met een aantal sessies om vertrouwen te winnen en te kijken om deze sessies uit te breiden dan een langer traject.
 - o Doorverwijzingen ondersteuningscentra jeugdzorg (comité bijzondere jeugdzorg) is vaak aanklampende zorg nodig.
 - o Bij gasten met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een psychose daar is het CONNECT-verhaal voor. Connect, waarin veel CGG via het Netwerk GG-KJ medewerkers in dienst hebben. Zorgwekkende zorgmijders waarbij je moet 'verleiden' tot zorg. Waarbij je mobiele zorg moet inzetten, thuis, school of waar de jongeren zich bevindt om contact te krijgen omdat in dat soort situaties iedereen bezorgd is, behalve de jongeren zelf. Dit is geen klassieke hulpvraag binnen een CGG omdat we daar vertrekken van een gestelde hulpvraag.
 - o Suicidegevaar

Autonome CAR

- De focus binnen CAR ligt op het ambulante karakter.
- Mobiele zorg in beperkte mate. Er worden ook verplaatsingen gedaan. Maar de nieuwe regelgeving, conventie laat niet toe om structureel mobiel te werken. De tijd die we hierin investeren wordt niet vergoed. Wij zijn wel vragende partij om dit te mogen doen. De context is een belangrijke partner in de hulpverlening dus je kan niet anders dan je ook te verplaatsen naar die context. Binnen de behandeling is het afhankelijk van de zorgvraag of mobiele zorg van toepassing is.
- Aanklampende zorg is een wat zware term voor ons. Iemand moet zelf initiatief nemen om tot bij ons te komen maar voor de ene is er meer inspanning nodig gedurende het traject dan de andere. Het zit hoe dan ook in de ambulante zorg mee in, als het voorkomt. Het zorgtraject vraagt van cliënten zware investeringen gedurende soms één, twee, drie jaar elke week. Dat doe je niet als je de zorg niet wilt. Voor zorggebruikers die verblijven in kwetsbare gezinnen is het soms zinvol om meer aanklampende te werken, vaker langs te gaan.
- Semi-residentiële zorg: Halve dag werking voor peuters en kleuters waar er effectief in groep ook behandeling plaatsvindt vaak meerdere keren per week. Voor volwassenen met NAH is er de mogelijkheid om halve of dagsessies in te voeren.

3 Zorgfuncties

3.1 Definiëring zorgactiviteit

- Definitie haalt aan 'aangereikt tijdens de opleiding voor de discipline waartoe de betreffende zorgverlener of professional behoort'. De leden van de werkgroepen geven aan dat het onvoldoende is om te verwijzen naar de opleiding van een zorgprofessional. Het is niet alleen vanuit de opleiding dat u zorgprofessional zijn expertise haalt. Zowel een diploma als de nodige vaardigheid zijn noodzakelijk een zorgactiviteit uit te voeren.
 - o Bijvoorbeeld: CGG heeft ook psychologen met specifieke therapeutische opleidingen. Dit valt niet onder een discipline. De opleiding van de zorgprofessional is een start maar er komt nadien ook de klinische ervaring bij, practice based, enz.
 - o Beter om te spreken van opleiding dan enkel van discipline.
- Een deelnemer stelt zich de vraag wat men bedoelt met 'structurele en methodische manier' in de definitie van de term zorgactiviteit, moet dit protocollair zijn?
- Zorgactiviteiten worden voornamelijk opgenomen door zorgprofessionals aangezien de zorgactiviteiten voornamelijk gericht is op diagnostiek en behandeling. Dit kan niet door vrijwilligers worden opgenomen.
- Volgens de voorgestelde definiëring van zorgfunctie, richt een zorgfunctie zich op zorggebruiker. Wordt hier dan ook dienstverlening ten opzichte van intermediaire verstaan? In de definiëring van zorgvorm staat niet beschreven ten aanzien van wie het zich richt.

3.2 Aanmelding, screening en intake

CGG

- Aanmelding is puur het zich aanmelden, door de cliënt zelf of door een verwijzer. Daarna wordt er een telefonische screening gemaakt en als we beslissen het is voor ons dan gebeurt er een intake. Binnen andere CGGs kan een face-to-face gesprek ook plaatsvinden als screening om na te gaan waar kunnen wij helpen of moeten we doorverwijzen.
- De term intake is hier niet op zijn plaats. Het gaat in een eerste contact echt over screening. We spreken van een intake bij de start van de hulpverlening. In de intakefase gebeuren dus de eerste gesprekken.

Autonome CAR

- De screening binnen CAR kan heel ver gaan. Het is een vraagverkenning. Het gaat al over een face-to-face gesprek. Ouders, CLB, school, etc. vullen vragenlijsten om precies uit te maken wat de zorgvraag is.
- Bij intake hebben we al besloten dat we een antwoord kunnen formuleren op de zorgvraag. Bij aanmelding gebeurt gewoon een screening. Bij intake gaan we aan de slag om het probleem beter te begrijpen, diagnostiek.

3.3 Indiciestelling, diagnostiek, evaluatie, observatie, onderzoek, advisering

CGG

- Indiciestelling hoort bij intake: we gaan na welk soort therapie geschikt is: individuele therapie, gezinstherapie, enz.
- Een deelnemer geeft aan dat dit zeer verschillend loopt binnen de centra. Het is moeilijk om juist te zeggen waar dat begint en waar het eindigt. Er zijn verschillende soorten diagnostiek. Wij gebruiken vooral de term: beeldvorming. Dit is een heel gebruikte term.
- Afhankelijk van zorgvraag/zorgnood loopt het proces van indicatiestelling, diagnostiek anders. Het is de vraag waar eindigt intake en begint diagnostiek.
 - o We spreken van diagnostiek wanneer je beslist vanuit de zorgvraag en zorgnoden dat diagnostisch onderzoek is aangewezen. Er zijn vele vormen van diagnostiek en de vraag is wat versta je eronder. Het doel van diagnostiek blijft een goede analyse te maken van de toestand. Het gaat altijd over therapiegerichte diagnostiek: testdiagnostiek, procesdiagnostiek. Een beeldvorming maken van de zorgvrager en zijn noden. Het gaat om handelingsgerichte diagnostiek.
- CGG vooral gericht op psychologisch onderzoek. Terwijl CARs veel ruimer onderzoeken, een ruimer diagnostisch beeld kunnen maken. CGG gaan zelden of nooit functiegerichte gaan onderzoeken of behandelen. Anderzijds gebeurt in de CGG ook beeldvorming (taxatie) van de context (bv. gezinscontext, sociale netwerken,...)

Autonome CAR

- Zowel categoriale als handelingsgericht diagnostiek. Bijvoorbeeld: COS heeft aan categoriale diagnostiek gedaan dan gaat een CAR kortdurend handelingsgerichte diagnostiek doen.
- We doen ook aan categoriale diagnostiek want soms heb je een 'etiket' nodig om een behandeling te kunnen geven. Bijvoorbeeld ASS – als er een vermoeden is dan maken wij een diagnostiek om behandeling te starten.
- Dit is heel verschillend van een CGG. Daar is geen 'etiket' nodig om behandeling te kunnen starten. In de CARs vraagt de regelgeving een etiket. Je moet aantonen dat de behandeling overeenstemt met de diagnostiek. Dit is een standaardprocedure bij alle CARs. Als iemand aanmeldt en enkel psychotherapie nodig heeft, moeten wij zeggen dat het niet voor ons is want in de CARs is multidisciplinariteit nodig. Dit wil dan ook zeggen dat als wij als CAR een kind krijgen dat geen diagnose kan krijgen maar wel multidisciplinaire therapie nodig heeft, moeten verwijzen naar CGG of een privépraktijk.
- De definitie van die hier vermeldt staat, spreekt over 'kortdurende' maar dit is relatief. Binnen een CAR hebben we 3 maanden de tijd diagnostiek kan lang duren en dan gaat het niet om het verfijnen van de diagnostiek maar effectief het gehele onderzoek.

3.4 Verzorging

- Deze zorgfunctie wordt niet opgenomen binnen een CGG of autonome CAR. Als je werkt met kinderen doe je wel eens aan verzorging maar dat is niet op systematische manier.

3.5 Begeleiden, ondersteuning, psycho-educatie

CGG

- Deze functie begeleiding staat in onze werking niet apart. Wij doen veel zaken die hier staan en onder begeleiding vallen maar alles in functie van de behandeling die we vooropstellen.

Autonome CAR

- Wij doen aan behandeling maar veel zaken die hier onder begeleiding vallen gebeuren gedurende de behandeling. De behandeling is immers gericht op het dragelijk maken van psychische stoornissen, het voorkomen van terugval of het stimuleren van autonomie en zelfredzaamheid.
- Behandeling en begeleiding zijn aan elkaar gelinkt.
- Psycho-educatie staat hier onder begeleiding maar als je gaat kijken naar de richtlijnen van de hoge gezondheidsraad van wat ze aanraden voor ADHD en ASS naar behandeling toe dan staat psycho-educatie als één van de interventie om te doen in kader van de behandeling. Dat is niet 1 of 2 sessies maar meerdere sessies.
- Behandeling linken we aan het functioneren. Trainen staat in functie van optimale participatie. De behandeling heeft tot doel de zorgvrager voor te bereiden/ te ondersteunen in zijn participatie in de maatschappij en bij te dragen aan zijn/haar kwaliteit van leven. Hier gaat niet louter over het fysiek of functioneren.

3.6 Specialistische en methodische behandeling.

- Zowel CGGs als CARs doen aan behandeling, allebei op een specialistische en methodische wijze. Beide geven aan dat de voorgestelde definitie van behandeling te beperkt is. Psycho-educatie is een onderdeel van behandeling (zie input bij de zorgfunctie begeleiding).

Autonome CAR

- Er is een shift in denken in termen van revalidatie: trainen in revalidatie staat in functie van een zo groot mogelijke participatie, het kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven. Kwaliteit van leven is ook een doelstelling van de behandeling geworden. Wij beogen het aanleren van vaardigheden om kwaliteit van leven te verbeteren. Dat is psychische revalidatie.
- Bij onze soort van revalidatie, psychosociale revalidatie gaat het ruimer dan het herstellen, behandelen of behouden van een niveau van functioneren. Het is effectief gericht op het ondersteunen en aanleren van vaardigheden, activiteiten en participatie stimuleren binnen de leefomgeving van de zorggebruiker om de levenskwaliteit zo hoog mogelijk te krijgen.

Bv: kind ADHD wil naar jeugdbeweging, sportclub – contextgericht werken en handvaten geven aan de omgeving om participatie mogelijk te maken.

3.7 Activering, tijdsinvulling, arbeid, bezigheid, vrije tijd, vorming

CGG

- Dit wordt niet binnen een CGG opgenomen voor de doelgroep kinderen en jongeren.
- In sommige CGGs is er wel een vrije tijdsgroep. Voor kinderen die therapie krijgen binnen een CGG waarbij vastgesteld wordt dat zij moeilijk aansluiting maken bij activiteiten voor kinderen qua vrije tijd. Dan worden zij onder begeleiding in contact gebracht met verschillende vormen van

vrijtijdsbesteding. Dit kan een onderdeel zijn van specialistische behandelmethodes voor jongeren binnen CGG, in functie van hun behandeling. Wanneer men een inschatting maakt dat dit een meerwaarde kan zijn. Er worden geen vrijetijdsactiviteiten georganiseerd.

Autonome CAR

- Het aanleren van een dagstructuur komt aan bod. Dat is meer een onderdeel van de behandeling waarbij je met groepstherapieën groepsessies inzet op leren samenwerken, leren komen tot een eindresultaat. Bijvoorbeeld: behandeldoel is leren samenwerken, in groep leren werken. Activiteiten die georganiseerd worden die passen binnen dat behandeldoel. Belangrijk dat het een onderdeel van de behandeling kan blijven, ook wanneer we het hebben over persoonsvolgende financiering. Alles hangt af van welke doelstelling je wil bereiken met je behandeling. Vaak is die doelstelling het participatieniveau van de zorggebruiker verhogen.
- Activering is geen aparte zorgfunctie voor autonome CARs.

3.8 Dienstverlening, vorming, preventie, informatie en supervisie

CGG

- We hebben preventiewerkers die hiermee aan de slag gaan. Zij werken vraaggestuurd. De meeste vragen komen van intermediairs waarmee wordt samengewerkt, bijvoorbeeld een CLB, thuiszorgwerkers, OCMW-medewerkers, leerkrachten, CAW, begeleiders van beschutte werkplaatsen, enz. Ze geven vorming bijvoorbeeld over motiverend gesprekken, thuiszorgmedewerkers die veel in thuissituatie komen leren hoe zij zorggebruikers kunnen motiveren naar hulpverlening. Het gaat daarbij over welke signalen men in een thuissituatie kan herkennen, met wie men dit kan bespreken, enz. Deze consult opdracht is ook een opdracht vanuit het decreet.

Autonome CAR

- Deze zorgfunctie is geen deel van de werking. We doen aan intervisie tussen hulpverleners, maar dat is geen opdracht. We doen dit omdat we het goed vinden dat onze therapeuten in een intervisie zitten met elkaar. Maar dit past beter bij de zorgfunctie opleiding, de volgende zorgfunctie die we zullen bespreken.
- CAR is nu beperkt in outreachend werken, het geven van vormingen naar scholen toe bijvoorbeeld. Zij vragen bijvoorbeeld om algemeen kader te schetsen over ADHD en andere ontwikkelingsstoornissen en hoe ze hiermee aan de slag kunnen gaan. Momenteel kunnen we onze expertise niet systematisch delen omdat dit op vrijwillige basis moet gebeuren. Tot nu toe gaan we maar beperkt in op deze vragen. Maar het is wel zeer zinvol om deze expertise meer te kunnen delen. We hebben hiervoor ook een aanvraag gedaan om dit in de toekomst wel te kunnen doen.

3.9 Wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, opleiding

Autonome CAR

- Het is geen opdracht in de zin dat wij de opdracht hebben anderen op te leiden. Het is geen activiteit maar uiteraard nemen medewerkers deel aan opleidingen. Dit continu bijscholen is een must. In de revalidatieovereenkomst staat dat er zoveel vormingsuren per jaren moeten ingevuld worden. Opleiden van eigen medewerkers is wel een opdracht binnen de conventie maar het opleiden van externen is geen opdracht behalve het begeleiden van stages dat is wel een opdracht. Als we kijken wat deel moet worden van het zorgticket en wat niet dan hoort vorming en bijscholing

van het personeel tot de organisatiegebonden kosten. Vorming van eigen personeel is een personeelsbeleid.

CGG

- Dit gebeurt in de CGGs wel onder de vorm van stagebeleiding. Soms ook via participatie aan onderzoek, maar dan meestal met meerdere CGG en eventueel andere sectoren samen.

3.10 Samenwerking, overleg, uitwisseling en samen inzetten van expertise van (netwerk)partners

- De werkgroep geeft aan dat het hierbij gaat om twee verschillende elementen enerzijds samenwerking met andere professionals in functie van een gemeenschappelijk thema, doelgroep, op niveau van een problematiek:
 - o bv. in grotere regio's, overheen de verschillende beleidsdomeinen (bv. via netwerken) Netwerken kunnen verschillen per organisatie en zijn ook vaak doelgroep gebonden.
 - o Gemeenschappelijke thema's zoals bijvoorbeeld
 - De aanpak van suïcide binnen een bepaalde regio voor een CGG
 - Uitbouwen van zorgcontinuüm om in te zetten op continuïteit van zorg: hoe samenwerkingen opbouwen om continuïteit van zorg te garanderen, dit vraagt veel overleg over hoe we kunnen samenwerken, wie welke rol opneemt.
 - Eén gezin, één plan: CGG vanuit het agentschap opgroeien

Anderzijds gaat het hier ook over overleg op casusniveau in functie van een zorggebruiker, in samenspraak met informele hulpverleners en andere zorgprofessionals.

- Belangrijk dat de opsomming van beleidsdoelen niet limitatief is. Het woord zoals doet vermoeden van niet. We denken daarbij aan de link met sportverenigingen, cultuur, enz.

4 Zorglocaties

Autonome CAR

- Semi-residentieel zorg bij NAH maar ook bij ontwikkelingsstoornissen.
- Ambulante zorg komt voornamelijk voor.
- Mobiele zorg:
 - o In onze revalidatieovereenkomst staat dat we ons 'in beperkte mate' mogen verplaatsen. We zijn vragende partij om meer mobiele zorg te mogen uitvoeren. Omwille van een gebrek aan financiering kan het nu niet structureel uitgebouwd worden in functie van de zorgnood van de zorggebruiker.
 - o Voorbeelden
 - Observatie van de thuissituatie, op school.
 - Verplaatsingen naar inclusieve kinderdagverblijven.
- Buitenshuis maar binnen een andere zorgorganisatie niet behorende tot gezondheidszorg
 - o Voorzien van therapie van kinderen die verblijven binnen een inclusieve kinderdagverblijven.

- Buitenhuis en buiten een zorgenheid
 - o Afhuren van een zwembad of fitnesscentrum voor bepaalde therapieën (bv. NAH).
 - o Casusoverleg op school

CGG

- Voornamelijk ambulante zorg
- Online
 - o Via chatbox: alcohol.be, depressiehulp.be
 - o Zetten meer en meer in op Blended hulpverlening. Dit is een combinatie van offline en onlinehulpverlening waarbij ook modules online een onderdeel vormen van een bepaald traject.
 - o Soms chatbox als start naar ambulante hulp.
- Buitenhuis en buiten een zorgenheid
 - o Preventieve activiteiten: vroeginterventie, preventie
 - Bijvoorbeeld in een jeugdhuis in het kader van preventie.
 - Observatie doen op school, casusoverleg
- Mobiele zorg voor bepaalde afspraak
 - o bv. in school voor een overleg
 - o Kinderen en jongeren observeren op school of in een CAR
 - o Het crisisnetwerk (Netwerken GG-KJ), waarin veel CGG ook medewerkers in dienst hebben

5 Soorten zorg binnen VSB

5.1 Planbare zorgtraject

5.1.1 Langdurige en kortdurende zorg

- In een utopie zou het zorgtraject beheersbaar of planbaar zijn, maar dat is niet het geval.

Autonome CAR

- Gemiddeld blijven cliënten 2 jaar, sommige 4 jaar, andere 1 jaar. Moeilijk om vooraf te bepalen.
- Bekijkend vanuit de huidige regelgeving, linken de deelnemers het aan een voor afgebakend periode, bv. iemand met ASS kan tot 7 jaar onbeperkt komen, daarna heeft hij nog 432 zittingen. Maar dit wil niet zeggen dat het gaat om een 'kortdurend' traject. De termen bepaald of onbepaald zorgtraject zouden beter van toepassing zijn. Maar men stelt zich vragen bij dit systeem, bijvoorbeeld een persoon met ASS. Autisme is iets dat je niet geneest maar meedraagt dus kan het zijn dat je op bepaalde momenten in je leven terug zorg en ondersteuning nodig hebt. Bijvoorbeeld bij de overgang van lagere school naar middelbaar onderwijs, bij de overgang naar het hogere studies, bij de overgang naar werk, enz. Je kan dan niet op voorhand te bepalen hoe lang een zorgtraject gaat duren. Als je kijkt naar de zorgnoden of problematiek is er dus op meerdere momenten nood aan zorg.
- Momenteel kunnen we geen zorgcontinuïteit bieden doorheen heel het leven van de zorggebruiker. NAH zorg is bijvoorbeeld beperkt tot 3 jaar bij volwassenen ongeacht of er dan nog noden zijn.
- Beide voorbeelden (autisme en NAH) hebben een maximum quotum maar zijn op een andere manier afgebakend in de tijd. Beide begrenzings zeggen weinig over de zorgvraag van de

gebruiker. De effectieve zorgvraag heeft geen impact op het aantal zittingen of de duur dat er begeleid kan worden.

- 423 zittingen voor autisme
- NAH: 3 jaar recht op zorg en ondersteuning

Zeker bij minderjarigen die in ontwikkeling zijn, kan het zijn dat ze na anderhalf jaar voldoende hulp gehad hebben, zodat iemand zonder hulp verder kan. Maar als zorgzwaarte er terug is, zou het goed zijn dat we deze terug in kaart kunnen brengen en dat dit terug het recht opent op voldoende hulpverlening. Zo kan iemand die nood heeft aan meer zorg deze ook krijgen. Nu kan het zijn dat iemand te weinig zittingen heeft en iemand anders te veel heeft en wat langer gebruik van gaat maken dan nodig.

- Hierbij is de vraag wie kent de tijdsduur toe. Wie bepaald met andere woorden of het over een voor afgebakend traject gaat of niet. Binnen het huidige regelgevende kader legt de overheid de duur van het zorgtraject binnen een CAR vast voor de zorggebruiker. De overheid bepaalt immers dat het gaat om een afgebakend traject, beperkt in een aantal sessies. Dit is niet het geval binnen een CGG. De aanwezige vertegenwoordigers van de autonome CAR pleiten ervoor dat zij zelf het traject op basis van hun expertise en de zorgbehoefte van de zorggebruiker kunnen bepalen en dat dit niet langer bepaald wordt door de overheid.
- Men zou het beter vinden om de termen bepaald of onbepaald duur te gebruiken. Omdat de duur vooraf afgebakend is, de effectieve periode dat er zorg en ondersteuning geboden wordt, hoeft immers niet 'kort' te zijn. Dit zich spreiden over enkele jaren. Het is een risico om te spreken van kortdurende zorg omdat zorggebruikers dit als kort gaan percipiëren dat dit binnen een bepaalde periode gedaan is, wat niet zo hoeft te zijn.
- In de conventie staat dat het recht op het maximaal aantal zittingen geen opeisbaar recht is. Wij kijken naar het ontwikkelingsgerichte. Er moet een evolutie zijn. Als die er niet is, dan is het niet meer voor het CAR. Alles vertrekt vanuit het behandelplan en van daaruit bouwen wij de dialoog.

CGG

- In de CGGs is de zorg op maat. Zo kort als mogelijk, zo lang als nodig. Je hebt kortere trajecten maar soms zijn er heel lange trajecten (met minder intensiteit). In langere trajecten ligt de focus vooral op begeleiding en herstel, minder op behandeling.
- In de geestelijke gezondheidszorg is de voorspelbaarheid erg klein, de zorgvraag is weinig planbaar, weinig voorspelbaar. Soms is er een aanmelding van een persoon in een zware crisissituatie en denkt men dat het een langdurig traject zal worden. Maar dan kan het uiteindelijk toch om een korttraject gaan. Bijvoorbeeld: bij een suïcidepoging van een ouder, een pleegkind dat een pleeggezin vindt; of bij een echtscheiding, enz. Maar er kan ook nood zijn aan een langdurig traject. Bij de start van een traject wordt wel aangegeven over de duur die men denkt nodig te hebben bij de specifieke hulpvraag maar dit is slecht een indicatie. In functie van het verloop van het traject kan dit wijzigen.
- Dilemma is vaak dat er weinig alternatief is als men de begeleiding stopzet. Dit wordt in team en met de cliënten tussentijds geëvalueerd
- Het zou ook niet goed zijn om meteen altijd een lange periode toe te kennen aan een zorggebruiker omdat mensen dat dan ook zouden opeisen.

- ⇒ De deelnemers van de werkgroep pleiten ervoor dat er ook ‘en cour de route’ kan bepaald worden hoe het traject verder kan verlopen. Met andere woorden in functie van de evolutie van de cliënt.
- ⇒ We werken met complexe problematieken. Enkele kijken naar de ontwikkelingsstoornis (bijv. ADHD) en deze vervolgens linken aan het bijhorend behandelprotocol om het aantal sessies te bepalen voor de zorggebruiker is dan ook geen goed plan. Het is niet te verengen tot een protocol van behandeling. Juist omdat het ene complex verhaal is waarbij je de context moet betrekken en op verschillende domeinen moet inspelen.

5.2 Niet planbare zorgepisodes

5.2.1 Niet planbare zorgepisodes met een urgent karakter

A. Urgentiezorg

Autonome CAR

- De vertegenwoordigers van de autonome CAR geven aan dat zij geen specifieke urgentie zorg leveren. Wel wordt de ambulance gebeld indien nodig. Maar ze zien dit niet als een aparte vorm van zorg die men aanbiedt.

CGG

- Urgentiezorg vindt niet plaats binnen een CGG. We krijgen die wel aangemeld maar schakelen de ambulance, de politie daarbij in. Bijvoorbeeld in het geval van een suïcidepoging.

B. Crisiszorg

CGG

- Wij geven wel crisiszorg, maar geen urgentiezorg. Er is geen acute levensbedreigende situatie. Maar bij een zwaar suïcide risico bieden we ondersteuning. Dit is nog niet levensbedreigd maar gaat wel in die richting. Het gaat dan eerder over middelmatige risico's. Er moet niet binnen het uur gehandeld worden om de bedreiging af te wenden maar er moet wel gehandeld worden. Vallen deze risico's dan ook onder crisiszorg? Crisiszorg is gericht op het verminderen van het crisiskarakter. De bedoeling is de crisis stabiliseren.
- Eerder spreken van een acuut niet levensbedreigende noodsituatie. De situatie is wel levensbedreigend maar niet acuut levensbedreigend. Het kan levensbedreigend worden maar wanneer het in beeld komt is het niet levensbedreigend maar er moet wel gehandeld worden om niet tot levensbedreigend te komen.
- De term “onmiddellijk” zou beter wijzigen in een andere term bijvoorbeeld eerder spreken van snel.
- Crisiszorg binnen een CGG is gericht om de crisis weg te nemen. Dus dat is een doelstelling op zich. De onderliggende problematiek is dan de reguliere behandeling. De overheid bepaalt vandaag de dag niet hoeveel crisisgesprekken er plaatsvinden.
- Binnen de netwerken minderjarige zijn er ook crisisnetwerken waar we beroep op kunnen doen en die we als CGG mee organiseren. De netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren. Dit zijn samenwerkingsverbanden tussen verschillende partners betrokken bij de geestelijke gezondheid van alle kinderen en jongeren wonend in een bepaalde provincie. Eén van de programma's binnen en netwerk is het ‘programma Crisis’ waarop wij ook beroep kunnen doen.

Autonome CAR

- Ook CAR zijn partners in deze netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren. Wij hebben geen expertise in suïcide, maar de CARs passen wel in de template (bv. gezinnen die in crisis zijn en de zorg voor het kind wordt te zwaar. Als de moeder zelf niet meer kan zorgen of andere in de familie, gaan wij zelf zoeken naar kort opvang). Een CAR verwijst ook in crisissituaties naar een crisismeldpunt van het netwerk. Wij doen dus beroep op de netwerken. Wij gaan vooral participeren bij de toeleiding van de zorggebruiker naar het crisisteam. Zelf nemen we geen crisiszorg op. Je steekt veel tijd eerst in de toeleiding. Je kent immers de zorggebruiker maar er gebeurt een crisis. Dan is er een andere soort van hulp nodig dan diegene die jij op dat moment biedt. Wanneer de crisis voorbij is steek je ook weer tijd in het natraject.

Verslag

Titel:	Werkgroep 16 persoonsvolgende financiering- revalidatiecentra voor verslaving (7.73)
Datum, uur:	1) 24-10-2019, 9u30 – 12u30, 2) 12-11-2019, 12u00-14u00
Plaats:	1) Herman Teirlinck, Brussel-Noord, 2) Antwerpen

1 Algemene bedenkingen/opmerkingen

- Het enige inclusie criterium binnen de conventie is dat er gebruik is van illegale middelen. Alleen verslaafd zijn aan alcohol is een exclusie criterium voor ambulante behandeling/begeleiding. Residentieel kan dit uitzonderlijk. Verslaving aan medicatie is geen exclusie criterium. Tenzij er een verleden is gelinkt aan illegale middelen. Dan kunnen ze toch nog een erkenning krijgen. Bijvoorbeeld nu verslaafd aan alcohol of medicatie maar in het verleden is er een middelenproblematiek geweest met drugs, dan zou het toch nog kunnen. Dan wordt dit 'verslaving in remissie'.
- Het zorgticket moet in de toekomst toegang geven tot een geschikte methodiek en de middelen die daarvoor nodig zijn moeten daarin vervat zitten.
- Bezorgdheden gelinkt aan een zorgticket:
 - o Zal een zorgticket ook rekening houden met de wachttijden die er zijn in de zorg? Bijvoorbeeld je krijgt een zorgticket toegekend dat je kan opnemen binnen een bepaalde termijn, houdt dit dan ook rekening met het feit dat je misschien niet direct ergens voor die zorg terecht kan? Binnen de verslavingszorg zijn er mensen die ambulante begeleiding willen maar we momenteel niet kunnen begeleiden omdat er gigantische wachtlijsten zijn. Er zijn ook wachtlijsten voor de residentiële verslavingszorg. Bijvoorbeeld voor een ontwenningprogramma kan je 3 maanden of langer moeten wachten.
 - o De Vlaamse overheid geeft aan dat mensen hun zorgpremie moeten betalen en zo hun rechten opbouwen tot het krijgen van zorg. Mensen die een tijd niet betaald hebben, zouden hun recht op zorg verliezen. DIT IS HEEL GEVAARLIJK voor onze doelgroep want door hun verslavingsprobleem zal al hun geld naar hun product(en) gaan. Dus heel veel van onze cliënten zullen hun zorgpremie al een hele tijd niet betaald hebben.

- Het is belangrijk dat er voldoende geografische spreiding is van het aanbod. Zorggebruikers kunnen een zorgticket hebben maar als er geen aanbod is, kunnen ze er niets mee. Bv. model van prof. Bruffaerts

2 Voorbereidend document 'werkgroep 16: Revalidatiecentra verslaving illegale middelen & CGG'

- Opgesteld op basis van een nota 'Gespecialiseerde Ambulante Centra Verslavingszorg geïntegreerd in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen' van het VVBV.
- Werd geschreven met het oog op het komen tot één revalidatieovereenkomst voor alle ambulante werkingen. Bepaalde modules zullen in het ene centra wel/niet, meer/minder intensief aangeboden worden dan in een ander centrum.
- Wat met de residentiële revalidatiecentra voor verslaving? Is eveneens een recente nota van gemaakt die opsomt wat bestaat aan residentiële drughulpverlening, relevantie van residentiële sector, Nota wordt nog doorgestuurd naar de onderzoeker.
- CAD Limburg: Nota is niet voor categorale CGGs opgesteld. De onderzoeker geeft aan dat er wel een apart document gemaakt is voor de CGGs, is reeds naar enkele werkgroepen verstuurd (werkgroep CGG 0-99j, later ook naar werkgroep waarin CGGs voor kinderen en jongeren). Kan ook naar deze werkgroep doorgegeven worden. CGGs zijn op vraag van Zorgnet-Icuro ook binnen deze werkgroep voor verslaving vertegenwoordigd.

3 Zorgvormen

3.1 Definitie

'De wijze waarop de niet-medische hulp- en dienstverlening wordt verstrekt; door of een residentiële zorgvoorziening, een niet-residentiële zorgvoorziening, een zorgverlener of een mantelzorger.'

- Er is ook een medische component binnen verslaving aanwezig die niet vermeld wordt.
 - Reden voor opname is verslavingszorg en niet medische hulp, maar medische component mag niet onderschat worden. Langdurige verslaving heeft ook een impact op de fysieke gezondheid. Deze somatische zorg dient als een geïntegreerd deel van een programma bekeken te worden.
 - CAD Limburg: Komt enkel terug onder zorgfunctie 'verzorging', - omdat daar somatische zorg naar voren komt - maar duidt dit voldoende het medische?
 - 'MSOC' = 'MEDISCH Sociaal Opvangcentrum'
 - P. 6 'Voorbereidende nota werkgroepen PVF': "Het gaat binnen de VSB nooit om medische zorg. Dit wil echter niet zeggen dat er geen medische handelingen verricht worden maar wel dat het initiële doel van zorg en ondersteuning die verleend wordt niet medisch georiënteerd is." Is een nuancering die inderdaad klopt binnen onze sector. Bepaalde medische handelingen kunnen door de artsen in/aan huis gebeuren vanuit hun expertise als huisarts maar wanneer specialistische medische verzorging nodig is, wordt er naar ziekenhuizen gegaan. Ook wanneer het gaat over bv. ontwenning is er toch wel een bepaalde medische expertise nodig. In de ontwenningprogramma's wordt de fysieke ontwenning van nabij opgevolgd door de arts. Indien nodig kan het gebeuren dat er een doorverwijzing is naar een ziekenhuis. Ook in de ambulante zorg wordt ontwenning medisch opgevolgd.

- Verslavingsartsen
 - Geen specifiek specialisme, maar is in de praktijk toch wel een aparte specialisatie.
 - ⇒ CAD Limburg: Ook bepalend in het financieringsmodel. Waar we nu een contingent aan artsenuren hebben die meetellen in de berekening van onze weekdagprijs, lijkt het alsof dit – o.b.v. wat er nu voorligt - eruit moet en dat dit enkel maar tegen nomenclatuur via het RIZIV moet lopen. Ik weet niet of dat dan de bedoeling kan zijn.
 - ⇒ Medische zorg moet in alle revalidatieovereenkomsten mee opgenomen worden in de revalidatieprijs.
 - Concrete voorbeelden: Ontwenningssmedicatie opbouwen/afbouwen (bv. bij GHB), substitutiemedicatie die variërend over tijd is op punt stellen, Benzodiazepinen-beleid, wondverzorging, verzorging in het kader van verwaarlozing lichaam, supervisie verpleegkundige werking, ...
 - ⇔ Huisartsen
 - Huisartsen zijn op afspraak. MSOC's zijn meer laagdrempelig, cliënten kunnen binnenstappen wanneer zij het wensen.
 - Hebben niet altijd de nodige know-how of bereidheid om op een goede manier om te gaan met de doelgroep. Specialiseren op zich is niet voldoende, vraagt ook good-practices.
- Psychiaters
 - Eveneens medische handelingen, indicatiestelling.
 - Geen extra vergoeding, worden op hetzelfde niveau als gewone artsen betaald.
 - Klinische diagnose in CGGs mag enkel onder supervisie van een psychiater ⇔ andere centra voor verslaving (algemene arts).

3.2 Soorten zorgvormen

3.2.1 Aanklampende zorg

- Positief dat deze doelgroep mee belicht wordt.
- Discussie of dit al dan niet als een aparte zorgvorm bekeken kan worden:
 - Meer een methodiek die je kan toepassen in de andere zorgvormen bv. bij mobiele zorg, aan huis/naar vindplaats gaan bij persoon die je kent maar die zorg mijdt.
 - Of apart onder bv. de vorm van straathoekwerk (zie verder)
 - Onderdeel van een zorgtraject. Cliënt kan zich oorspronkelijk in een andere zorgvorm bevinden, maar op een bepaald moment toch nood hebben aan aanklampende zorg.
- De afwezigheid van een zorgvraag
 - Verschilt met mobiele zorg waar wel een zorgvraag is.
 - Kan oorspronkelijk wel aanwezig zijn, maar daarna wegvallen. Bij deze groep is aanklampende zorg nodig. Typisch voor verslavingszorg.
 - Bedenkingen naar later toe: Hoe ga je mensen zonder zorgvraag koppelen aan een zorgticket?
- Uitgangspunt van de afwezigheid van een zorgvraag is niet correct. Eerder spreken van **zorgnood**?
 - ⇒ Want bezorgdheid: Wat met de mensen die wel een zorgnood hebben maar niet tot een zorgvraag komen?
- Voorbeelden:
 - CAD Limburg: Bv. Personen onder een gedwongen statuut.
 - Zij hebben geen zorgvraag, maar wel een zorgnood.
 - Groot deel van ons cliënteel, komen in het reguliere circuit terecht.

- Financiering gebeurt deels via justitie (via stad die personeel betaald), maar er zijn meer cliënten in deze doelgroep dan justitie financiert.
 - Zou spijtig zijn als deze mensen uit de boot vallen en geen zorgticket zullen krijgen.
 - Vraag om iemand van forensische zorg bij werkgroep CGG te laten aansluiten.
- Straathoekwerk:
 - Eerder mobiele zorg?
 - Twee stromingen:
 - Voorbeeld waarbij dit als een aanklampende zorgvorm op zich staat.
 - Is juist te weinig aanklampend, mist het welzijnsaspect dat je in andere zorgvormen wel hebt.
 - Bestaat niet meer in alle regio's. Wordt meer gesproken over outreachers. Dus: Eerder spreken van outreachende zorgvormen zoals bv. straathoekwerk.
- In residentiële zorg: wanneer cliënt geen zorgvraag heeft, maar zorgnood via familie wordt geuit. Binnen residentiële zorg hebben we een groot % van cliënten met justitiële druk. Ook bij hen is er meestal sprake van zorgnood en is de zorgvraag 'gekleurd'. De zorg voor deze cliënten wordt zelden door justitie gefinancierd, zorg valt binnen reguliere middelen.
- **Besluit:** Aanklampende zorg zou beter een zorgfunctie (met hoge prioriteit) worden.
 - Want kan ook gaan over acties voor dat de zorgvraag is. Definitie zorgfunctie: dus ook zorgactiviteiten in het kader van aanklampende zorg bv. extra telefoontje plegen, straathoekwerker,
 - Zeker voor de MSOC's. CAD Limburg: Verschil met CGG, werken meestal op doorverwijzing vanuit andere voorzieningen en dan krijg je dat aanklampende minder. Is een beperking, die doorverwijzing. Werking is momenteel geïntegreerd in het volwassen-team, met de bedoeling dat ook binnen de CGG meer aanklampend gewerkt wordt.

3.2.2 Ambulante zorg

- Komt voor in revalidatiecentra voor verslaving bv.
 - De TG's zijn in hoofdzaak residentiële zorg. Maar in het nazorgtraject kan het gebeuren dat mensen ambulante op gesprek komen. Maar dan zijn ze niet meer ingeschreven in de TG.
 - Dagcentra of ook wel sessiecentra genoemd EN in de MSOC's
- Zijsprong: In meer landelijke gebieden is een dagcentrum vaak de enige ingangspoort waar alle vragen toekomen. In de steden, bv. Gent, Antwerpen, Brugge, heb je zowel een dagcentrum als een MSOC. Graag naar één conventie voor alle ambulante zorg binnen verslavingszorg. Onderscheid tussen MSOC en dagcentrum willen de revalidatiecentra voor verslaving graag vanaf.
- Bezorgdheid: Kan een zorgticket dan enkel voor ambulante of enkel voor residentiële zorg zijn? Of kan er gewisseld worden doorheen uw zorgtraject?

3.2.3 Residentiële zorg

- Voorbeelden:
 - Crisiscentra = ontwenningprogramma's
 - TG
 - Kortdurende residentiële behandelingsprogramma's = Behandelingsprogramma's
 - Zorgprogramma
 - De TiPi: deelwerking TG, voor ouders tussen 18 en 40 jaar die verslaafd zijn aan illegale drugs, alcohol of medicatie.

- OP + plus: ontwenningprogramma voor druggebruikende ouders en hun kinderen.

3.2.4 Residentiële woonzorg

- Niet altijd gemakkelijk om onderscheid te maken met residentiële zorg.
- Voorbeelden:
 - TG: Zowel residentiële zorg als woonzorg.
 - Behandelingsprogramma ADIC. Domicilie van cliënten staat bij voorziening, dus is hun thuissituatie, maar niet te vergelijken met thuis. Je zit in een leefgroep.
 - Tussenhuis de Spiegel:
 - Mensen zijn een aantal maanden in opname, maar gaan dan naar een soort van reïntegratiefase in een huis. Mensen krijgen daar nog begeleiding van het personeel van de TG, maar beginnen bijvoorbeeld wel al met werken.
Het is een vorm van herstellende zorg waarbij alle levensdomeinen in ogenschouw worden genomen: behandeling rond verslaving loopt door: hervalpreventie, individuele therapie door psycholoog, in de eerste fase groepstherapie, gezinsgesprekken indien nodig. Maar er is ook begeleiding op vlak van werk, huishouden doen, administratie....
Het woord residentiële woonzorg is té beperkt. Alsof de zorg zich alleen situeert op het wonen.
 - Ook de kortdurende residentiële behandelingsprogramma's (BP) hebben een tussenhuis/wooneenheid
 - Wonen wordt betaald door de TG, eten etc. door de cliënt zelf.
 - Verschil met BW:
 - Beperkt in tijd, maximaal een half jaar.
 - Onderdeel van behandeling, zaken die ze in een eerste fase geleerd hebben nu in praktijk brengen. ⇔ In BW probeert men hier toch al gestabiliseerde patiënten in te hebben.
 - **Zorghostel (Kadans Wonen): Stad wil graag doorstroming, maar vele mensen eindigen hier. Deze woonvormen zijn gedifferentieerd in aanbod: meer en minder permanente zorg/begeleiding. Zijn vormen van beschut wonen**

3.2.5 Mobiele zorg

- Als aanklappende zorg als een zorgfunctie bekeken wordt, kan dit voor mobiele zorg dan ook?
- Voorbeelden:
 - Bewoner waar moeder door omstandigheden fysiek niet in staat is om tot de TG te komen, dus medewerker gaat met de cliënt – die residentieel is opgenomen – naar dit familielid toe.
 - Mama's die binnen een programma zitten en hun kinderen elders willen bezoeken.
 - CAD Limburg: mobiele equipes kinderen en jongeren equipes van CGG's & careteams. Doen hetzelfde.
 - Nog te weinig differentiatie in zorgaanbod verdere afstemming naar een juiste indicatiestelling en gerichte doorverwijzing zal noodzakelijk zijn . Er wordt momenteel geëxperimenteerd met kruispunten waarbij voor EPA's een geïntegreerd zorgmodel wordt gehanteerd over voorzieningen heen
- Mobiele zorg wordt wel geleverd, maar niet gefinancierd.

- Conventies laten mobiele werking niet toe. Zou wel moeten kunnen, zowel binnen ambulante als residentiële zorg.
- Verplaatsingskosten.

3.2.6 Semi-residentiële zorg

- Momenteel geen zorgvorm die kan aangeboden worden binnen de verslavingssector, maar is wel iets dat gemist wordt en wenselijk zou zijn naar de toekomst toe.
- Wenselijk om iemand binnen zijn traject zo'n tussenvorm te kunnen aanbieden.
- Voorbeeld. CAD Limburg: winteropvang. Wordt gefinancierd met stedelijk middelen, valt niet onder de conventie. Ook in Antwerpen: Winterdagopvang en Zomerpatio (Free Clinic)
 - ⇒ Kan echter meer gezien worden als een welzijnsantwoord op een overlastvraag, aangezien de gemeenten en steden dit meer doen vanuit overlast- dan zorgperspectief.

4 Zorgfuncties

4.1 Definities

Zorgfunctie

- 'Door een professionele hulpverlener'
 - Valt een ervaringsdeskundige hier onder of niet?
 - Als je een opleiding ervaringsdeskundige hebt gevolgd, zal dit hier waarschijnlijk wel onder vallen.
 - Krijgen in verschillende voorzieningen eveneens een volwaardige plaats. Als men er wilt naar streven dat deze mensen een onderdeel van het aanbod vormen, dan moeten zij ook onder dit begrip vallen.
 - Vanuit de overheid is er ook de vraag naar ervaring. Als deze persoon dezelfde taken en methodische vaardigheden toepast als een A1'er, is deze volgens IFIC gelijkwaardig.
Vb. Wordt toegepast binnen voorzieningen van vzw Free Clinic: Niet enkel in de IFIC-classificatie 14B, ook 10 en 12. Weerspiegelt het groeitraject dat een ervaringswerken kan afleggen, afhankelijk van opdracht en competenties die hij ontwikkelt.
 - Wat verstaat men onder 'professioneel'? Enkel diplomagericht, of ook competentie? Want het gebeurt vaak dat mensen worden ingezet die niet het geschikte diploma hebben, maar door ervaring hun competenties hebben verwerft bv. nachtwachten in één van de voorzieningen, hebben niet altijd een diploma. Suggestie definitie: semiprofessionele hulpverlener.
 - ⇒ Evelien: Het is niet de bedoeling om elke zorgfunctie aan een diploma te koppelen.
- 'Zorggebruiker'
 - Hoe ruim kan dit begrip bekeken worden? Bv. moeder, vader, partner van cliënt hebben ook een zorgvraag maar geen klinische diagnose. Ook de mantelzorger zou een zorggebruiker kunnen zijn! Wordt dit voorzien? Momenteel worden deze mensen wel gezien binnen voorzieningen, maar wanneer dit gescheiden gebeurt van de hoofdpiënt kan dit volgens de conventie niet worden aangerekend.
 - ⇒ Enveloppefinanciering i.p.v. prestatie?

Zorgactiviteit

- Logische definitie, enkel ook hier de opmerking omtrent de ervaringsdeskundigen en suggestie dat specifieke functies gekoppeld zouden worden aan bepaalde diploma's.

4.2 Soorten zorgfuncties

4.2.1 Aanmelding, screening, intake

- Definitie
 - Dit is een volledige definitie
 - 'Onmiddellijke verwijzing' zorgt voor verwarring:
 - Sprake van 'verwijzing', maar gaat over zorg binnen eigen instelling.
 - 'Onmiddellijke opstart' is geen gepast synoniem omdat dit niet realistisch is, gezien de wachtlijsten.
 - Eventueel 'andere verwijzing' aanpassen naar 'doorverwijzing' opdat het verschil tussen zorg in de eigen voorziening en verwijzing naar een andere voorziening verduidelijkt wordt?
- Aanmelding
 - Eerste contact.
 - Activiteit om een zorg te installeren, maar geen intake. Er wordt bij bv. een eerste telefonisch contact wel een beperkte screening gedaan (geschikt voor voorziening? Voor ontwenningprogramma/behandelingsprogramma?). Afhankelijk van het antwoord, kan er later een meer uitgebreide screening volgen.
 - Preventie en vroegdetectie kunnen hier ook onder vallen
- Aanmelding is oké onder deze zorgfunctie, maar screening en intake kunnen ook onder indicatiestelling vallen.

4.2.2 Indiciestelling, diagnostiek, evaluatie, observatie, oriëntering, onderzoek, advisering

- Screening en intake onder deze zorgfunctie plaatsen. Maar bij aanmelding doe je wel al een korte screening ...
- Indiciestelling zou beter in het vet staan. Hier kan diagnostiek bijkomen, maar dat wordt niet per se toegepast.
- Definitie

'Een (kortdurende) exploratie of onderzoek van de hulpvraag met het oog op het afbakenen en verhelderen van de problematiek in functie van diagnostiek, prognose en toewijzing aan zorg, ondersteuning of behandeling (binnen of buiten de eigen zorgeenheid of initiatief).'

 - '...in functie van diagnostiek, ...': Niet enkel i.f.v. diagnostiek, maar ook van het behandelplan.
- Diagnostiek
 - Niet noodzakelijk. Er zijn centra die diagnostiek op zich als doel hebben, waar diagnostiek de core business is, maar voor aanwezige voorzieningen wordt dit enkel gebruikt in het kader van het behandelingsplan.
 - Bv. afnemen van testen, in kader van ontwenningprogramma bv. intelligentieonderzoek of – persoonlijkheidsonderzoek. Wat willen we weten voor de behandeling bij onze voorziening of i.f.v. doorverwijzing?
 - Kan gebeuren tijdens verschillende fasen van behandelingen/het zorgtraject van een cliënt. Kan dus nog in andere zorgfuncties terugkomen. Wanneer de verslavingsproblematiek niet meer de hoofdbehandeling is, kan er nog op andere zaken

worden ingezet, dit kan zowel intern opgevangen worden alsook uitbesteed (bv. wanneer er neurologische problemen zijn).

⇒ Zie p. 7 'Voorbereidende nota werkgroepen PVF': "Zo zal een psychodiagnostisch onderzoek binnen de zorgfunctie 'indicatiestelling' vallen indien de zorgvorm een geheel van zorgactiviteiten aanbiedt dat zich specifiek richt op het onderzoeken van de zorgvraag, het stellen van een passende diagnose en daaraan gekoppeld voorstel tot behandeling- of ondersteuningsplan. Een psychodiagnostisch onderzoek dat echter eerder occasioneel plaats vindt bij lopende behandelingen..."

- CAD Limburg: Meer behandelingsgerichte diagnostiek, dan diagnostiek op zich. Het is niet zo dat een bepaald onderzoek tot een bepaalde behandeling leidt. Dit geldt voor ambulante centra in het algemeen.
- Diagnose van afhankelijkheidsproblematiek moet er wel zijn om opgenomen te worden in centra voor verslaving.
- Observatie
 - Zeer belangrijk, kan eventueel methodische diagnostiek aan gekoppeld worden. Maar observatie is ruimer.
- DUS: nadruk op indicatiestelling leggen.

4.2.3 Verzorging

- Voorbeelden:
 - Kan ook van toepassing zijn op kinderen die mee in opname komen. Ouders worden ondersteund, maar soms ook zorg voor kinderen nodig. Niet bij elke aanwezige voorziening zo. Soms enkel begeleiding van kinderen, geen zorg. Programma's niet alleen in residentiële settings, maar ook voor in ambulante werkingen bv. GoiA (Gezinnen onder invloed Antwerpen), MaPa.
 - Verschillen tussen voorzieningen: Dagdagelijkse verzorging door verpleegkundige in huis ⇔ eveneens door Wit-Gele Kruis omdat eigen verpleegkundige niet altijd aanwezig is.
 - ADL gebeurt niet.
 - Medicatieverdeling (begeleiding?), wondzorg, hepatitis C opvolging
 - Andere voorbeelden zie nota 'Gespecialiseerde Ambulante Centra Verslavingszorg ...'

4.2.4 Begeleiding, ondersteuning, psycho-educatie

- Psychosociale begeleiding valt hier ook onder. ⇔ 't KADER: Psychosociale begeleiding en – behandeling apart (zoals in nota).
- Begeleiding hoort eigenlijk onder 'systematische en methodische behandeling'
 - In de definitie van begeleiden komt het woord 'veranderen' niet aan bod. Terwijl in een TG 'het voorkomen van terugval of het stimuleren van autonomie en zelfredzaamheid' wel allemaal gebeuren op een systematische, gestructureerde wijze bv. sociotherapie.
 - Begeleiding is een groot deel van behandeling, alsook bv. activering. Je kan deze zaken moeilijk uit elkaar trekken. Vb. In de keuken eten maken. Gaat niet enkel om aardappelen schillen, maar ook over omgaan met autoriteit.
 - Geldt zowel voor ambulante als residentiële settings, maar in deze laatste staat behandeling nog meer voorop.
 - DUS: begeleiding en behandeling enerzijds en specialistische en methodische therapie anderzijds?
 - ⇒ Therapie = blijft toch een gevoelig woord.
- Wat met preventie en vroegdetectie?

- Wat met outreachende activiteiten?
 - Bv. meegaan naar een oudercontact, naar de rechtbank, naar de gynaecoloog, ...
 - Staan momenteel geen financiële middelen tegenover, maar je kan de begeleider wel niet meer inzetten voor andere cliënten.
 - Eigenlijk gedeelde zorg met andere zorg- en welzijnsactoren
 - ⇒ CAD Limburg: doorsturen 'gedeelde zorg'-definitie
 - Vb. Inzetten op kennis rond anticonceptie, spuitenruil, overdosispreventie, tertiaire preventie waar patiëntgebonden wordt gewerkt (bv. minder schadelijke wijze van gebruiken).
- 4.2.5 Specialistische en methodische behandeling
- Kan detectie en vroeginterventie hier ook onder vallen?
 - Preventie staat nu onder 3.2.7, maar daar gaat het over 'niet-patiëntgebonden activiteiten'.
 - Maar ook onder aanmelding.
 - En ook onder begeleiding: Vb. Artsen trainen op vroegdetectie
 - ⇒ Vroegdetectie is meer een term uit de psychosezorg. Preventie meer een term uit onze sector.
 - ⇒ Er zijn in Vlaanderen reeds meerdere projecten voegdetectie naar verslaving. Zitten nu onder het connect programma van de netwerken kinderen en jongeren.
- 4.2.6 Activering, tijdsinvulling, arbeid, bezigheid, vrije tijd, vorming
- Alle zinvolle dagbestedingen komen inderdaad aan bod, niet enkel arbeid.
 - Voorbeelden initiatieven: Weerwerk (maatwerkbedrijf gegroeid uit vzw Sociale Werkplaats De Sleutel), De Nomaad (Centrum voor Sociale Activering van Free Clinic).
- 4.2.7 Dienstverlening, vorming, preventie, informatie, supervisie
- Conventie laat deze functies niet toe (alles moet patiëntgebonden zijn), maar ze gebeuren in de praktijk wel zowel door ambulante als residentiële voorzieningen.
 - CAD Limburg: Vanuit de CCGs mogen deze activiteiten wel gebeuren, maar er is wel vastgelegd hoeveel tijd er naar cliëntenzorg dient te gaan waardoor deze zaken er vaak buiten vallen.
- 4.2.8 Wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, opleiding
- Eveneens geen opdracht die onder de conventie valt omwille van niet-patiëntgebonden karakter, maar gebeuren wel zowel door ambulante als residentiële voorzieningen
 - Voorbeelden:
 - Begeleiding van stages.
 - Begeleiding van mensen die zelf gaan lesgeven.
- 4.2.9 Samenwerking, overleg, uitwisseling en samen inzetten van expertise van (netwerk)partners
- Opsplitsen van activiteiten die patiëntgebonden zijn en diegene die doelgroep gebonden zijn.
 - Belangrijk om rond dezelfde cliënt met meerdere zorgbeoefenaars die zorg leveren over sectoren heen te kunnen overleggen om de zorgcontinuïteit te waarborgen. Er is geen tijd is om casemanagement op te pakken vanuit de organisatie. Dat dat ook een stuk meegenomen moet worden in de financiering want anders kun je dat niet blijven borgen. Ongeacht de combinatie van zorg die je nodig hebt, heb je dit altijd nodig. Als men het idee van maatschappelijk-herstelgerichte-zorg wil blijven voorstellen – en dat lezen we wel in alle teksten – dan kun je dat niet loskoppelen

van casemanagement/coördinatie– zeker voor complexe casussen zoals die in verslavingszorg vaak zijn.

- Voorbeelden:
 - CAD Limburg: EPD zitten een aantal activiteiten die wij kunnen aanvullen om te doen. ⇔ niet voor alle andere voorzieningen.
 - Zorgoverleg, LCO (Lokaal Cliëntenoverleg), PSY MDO (Multidisciplinair overleg voor personen met een psychiatrische problematiek), cliëntgebonden rondetafels, casusbesprekingen (soms aanwezig voor expertise, niet omdat je cliënt kent).
 - Casusregie/case-management (ouder-kind)
 - Expertisegroepen ouder-kind
 - Participatie in verschillende geledingen van art. 107

5 Zorglocaties

- Residentieel zorg
- Semi-residentieel mag niet. Maar zou men graag aanbieden.
- Ambulante zorg
- Mobiele zorg komt ook voor maar mag niet volgens de conventie. Bij CAD wel, maar occasioneel, niet structureel. Hier zou in de toekomst meer ruimte voor gecreëerd moeten worden. Ook in residentiële settings.
 - We kunnen gesprekken buitenshuis doen maar het aantal gesprekken dat we zo mogen doen op jaarbasis is begrensd.
- Online hulpverlening:
 - Voorzieningen stellen zich vragen hoe deze zorglocatie verbonden kan worden aan een zorgticket aangezien mensen zich anoniem aanmelden. Vraag is echter of we dit onder persoonsvolgende financiering kunnen plaatsen, de koppeling is namelijk niet voor alles mogelijk.
 - Ook vormen van online-hulpverlening die in het kader van intramurale zorg worden gebruikt, om periodes tussen residentiële/ambulante zorg te overbruggen. Niet anoniem.
- Binnen een andere zorgseenheid binnen de gezondheidszorg
 - Voorbeelden:
 - Liaison
 - Begeleiden van een intake in een psychiatrisch ziekenhuis.
 - Hoogzwangere vrouw die wordt uitgeschreven in de MSOC en bevalt in het ziekenhuis. Men zal langsgedaan in dit ziekenhuis.
 - Mama die cliënt is maar bij haar ziek kind in het ziekenhuis wilt verblijven. Dan wordt de medicatie van die vrouw geleverd. Mama wordt dan uitgeschreven (moet volgens conventie) maar we zien haar nog wel als cliënt: we gaan dagelijks op bezoek bij cliënt en kind in het ziekenhuis o.a. voor praktische zaken (bevoorrading kleding, medicatie, ...) maar ook voor welbevinden van cliënt/ondersteuning van cliënt. Onze medewerkers staan nauw in contact met het verplegend personeel en artsen van het ziekenhuis.
 - Activiteiten die vaak gratis gebeuren wegens cumulverbod bv. persoon die in psychosociaal revalidatiecentrum voor activering zit en substitutieprogramma volgt, psychiatrische dagbehandeling in revalidatiecentrum voor verslaving en revalidatiecentrum verslaving, MSOC doet consultatie in ziekenhuis voor cliënt die daar is opgenomen,
- Buitenshuis en buiten een zorgseenheid
 - Voorbeelden:

- Gevangenen
 - Betaalt door justitie. (beperkt en niet structureel of enkel in kader van project)
 - CAD Limburg: Zitten in enveloppe, maar niet vanuit het MSOC (Katarsis residentieel: ook niet). Heeft te maken met verzekeraarheid gedetineerden, kunnen niet op ziekenkas. Vroeger kon dit wel maar bv. extreem voorbeeld dat gevangenen hun gebit helemaal lieten vervangen in het gevang of wanneer deze personen op invaliditeit stonden, konden zij goed sparen tijdens hun gevangentijd.
 - Formule van dringende medische hulp mogelijk zoals bij mensen zonder papieren
- Straathoekwerk

6 Soorten zorg binnen VSB

6.1 Planbare zorgtrajecten binnen de VSB

- Deze definiëring maakt een onderscheid tussen een vooraf afgebakende periode en een niet vooraf afgebakende periode. In al onze huidige conventies wordt er vandaag de dag een periode bepaald. Wanneer iemand in een ontwenningprogramma of een crisisprogramma komt, staat daar een termijn op. Als die termijn verlopen is, en er is nog verdere behandeling nodig, dan wordt er een verlenging aanvraagd. Voor de TG's, WPO, OP-plus en ambulante is dat ook zo het geval. Aanvragen tot verlenging van het programma wordt heel beperkt geweigerd door het ziekenfonds.
- Bij goedkeuring van de aanvraag of verlening begint de termijn van zes maanden¹ te lopen. Enkel als die persoon daar effectief gebruik van maakt dan rekenen we een prestatie aan. Al de prestaties mag je dan factureren. Indien die persoon langer in behandeling blijft dan vraag je dus een verlenging aan (die wordt meestal goedgekeurd). Het biedt de zorggebruiker de mogelijkheid om in die periode beroep te doen op zorg. Er staat geen limiet op het aantal prestaties waarvan de zorggebruiker gebruik kan van maken. Je hebt een ticket dat je hulp kan krijgen, maar pas wanneer het effectief gebruikt wordt, wordt er gefactureerd. Iemand kan vanaf dag 1 komen en elke week op regelmatige basis komen en zo zes maanden lang. Dan kunnen we daar iedere week voor zes maanden lang, een prestatie voor genereren. Een zorgtraject is altijd heel persoonsgebonden. Als die termijn van zes maanden verstrijkt dan moet er een vernieuwing gebeuren en dan kan dat gewoon doorlopen. Alleen als die inderdaad meer dan 6 maanden niet een beroep doet op die voorziening dan vervalt zijn ticket. Er staat geen limiet op het aantal verleningen. Als er tussen 1e sessie en de 2e sessie, zes maanden verloopt, dan stopt het. Maar vanaf het moment dat we een nieuwe aanvraag doen kan hij weer bij ons terecht.
- Volgens onze huidige conventies is de zorg dus afgebakend maar dat is niet gelinkt met planbare of niet-planbare zorg. Dit zijn twee verschillende dingen. Essentieel voor onze sector is dat het zorgtraject misschien wel planbaar is, maar het is onvoorspelbaar. Een gebruiker kan wel aangeven te willen stoppen met zijn verslaving en dit traject vol goede moed starten maar kan na weken, maanden later terug hervallen of stoppen. We kunnen wel zeggen welke zorgaanbod we het meest geschikt vinden

¹ Deze termijn is niet altijd zes maanden:

- Ambulant is die 1 jaar (bij alle ambulante centra, ook de MSOC's)

- In de ontwenningprogramma's is dit VEEL korter. In De Spiegel 6 weken. Wanneer iemand langer moet blijven (uitzonderlijk) wordt een verlenging aangevraagd. Dit is opnieuw 6 weken

-In de TG van De Spiegel is dit om te beginnen 1 jaar. Nadien kan je nog een verlenging aanvragen.

voor de zorgvraag van de zorggebruiker. Bijvoorbeeld een verblijf in een therapeutische gemeenschap inplannen dat bestaat uit vier fases.

- De Tijd én het inhoudelijk traject dat een zorggebruiker aan gaat is onvoorspelbaar. Herval hoort bij het herstel. De mogelijkheid om op zorg beroep te kunnen doen, moeten we blijven voorzien, een tijdsslot bepalen lukt niet. Onze zorg is wel planbaar, mits flexibiliteit om in te spelen op onvoorspelbare zaken en mits meestal niet tijdsgebonden. Onze doelgroep heeft een specifiek profiel. We zeggen ook wel 'eens verslaafd, altijd kwetsbaar'. Dit wil dan ook zeggen dat je eigenlijk op de een of andere manier toch nog in die zorg gaat moeten blijven zitten. Het gaat hier over de mensen die eigenlijk echt wel verslaafd zijn, die een diagnose afhankelijkheid gekregen hebben.
- Dus je kan het plannen maar ineens komen allemaal puzzelstukjes samen en gaat een persoon aan de slag, ten gronde, met zijn probleem, werkt zijn programma af en je ziet hem nooit meer terug. Maar dat is een traject van vallen en opstaan en je kan dat niet voorspellen. Binnen dat planbare is er een zorgplan, het inhoudelijk stuk. De planning van wat er nodig is bij die cliënt. Maar dat planningsstuk op vlak van timing, dat mogen we er niet automatisch aan een traject koppelen. Het is noodzakelijk om de nodige tijd beschikbaar te hebben in ambulante zorgverlening. Residentieel is dit anders daar weet je bijvoorbeeld wel dat het een langdurig traject is. Maar of dat nu zes maanden duurt of dat je een verlenging aanvraagt van nog eens een half jaar, dat weet je nog niet. Een TG is een jaar. Maar er is toch een mogelijkheid om te zeggen van na drie maanden af te ronden, na wederzijds overleg. Een zorggebruiker kan stoppen om verschillende redenen, maar wanneer je in het traject stapt, is het met het idee: het is voor 1,5 jaar. Het is voor een bepaalde periode. Het is een afgebakende periode. Ook bij een ontwenningprogramma wordt er aan de zorggebruiker aangegeven dat een opname gaat over zoveel weken. Op deze weken proberen zicht te krijgen op de problematiek om vervolgens een doorverwijzing te doen. Af en toe gebeuren daar verlengingen maar eigenlijk probeer je dat te vermijden. Ook omdat we, nu veel meer doen dan vroeger, met wachtlijsten zitten, dus dat we nu veel meer moeten richten op instroom, doorstroom en uitstroom. Zodat we voldoende mensen kunnen helpen. Dus we houden ons toch vrij strikt aan die conventietijden. Maar dat is anders als er regels daaruit voortkomen die zorgen dat bepaalde deuren worden gesloten.
- De inschatting van de hulpverlener is belangrijk om te kunnen zeggen we gaan een aanvraag doen of niet, of we gaan een verlenging doen of niet. Bijvoorbeeld wij doen een aanvraag voor een ontwenningprogramma, dus een aanvraag om iemand een zestal weken in opname te hebben. Daarna zouden wij graag de cliënt doorverwijzen maar de cliënt wil hier in ons behandelingsprogramma blijven. Indien we het nut daar niet van inzien dan gaan we geen aanvraag doen voor ons behandelingsprogramma. Die professionele afweging is inderdaad belangrijk. Je moet kunnen zeggen tegen een cliënt: wij hebben op dit moment niet de juiste zorg voor jou.
- Eén vierde van onze cliënten hebben een justitieel statuut. Hierbij wordt de behandelduur wel bepaald/ opgelegd door justitie. Als een probatiemaatregel vervalt dan kan de cliënt blijven. Maar daar wordt duidelijk afgesproken aan welke voorwaarden ze moeten voldoen en welke periode. Het is niet omdat justitie zegt dat ze drie maanden in behandeling moeten, als ze cliënt zelf beslist om weg te gaan, dan is het justitie die het moet oplossen. Indien er in de toekomst aan het zorgticket een tijdsduur wordt bepaald hoe wordt dit dan gelinkt aan justitie? Bijvoorbeeld stel je ticket geeft recht op twee maanden zorg en justitie wil dat je drie maanden komt?

- Naast flexibiliteit gedurende het traject dient er de zorgcontinuïteit ook gegarandeerd te worden door vervolgzorg/nazorg.
 - o Ex-cliënten komen voor nazorggesprekken in het ambulante centrum als iemand in dezelfde regio blijft wonen. De collega's van het TG staan voor een stukje op de ambulante payroll. Dus momenteel geen residentiële vervolgzorg maar wel ambulante. Dit geldt niet voor Katarsis. Zij hebben geen ambulante 'poot' dus de ambulante nazorg/vervolgzorg (die 1 jaar duurt) wordt door Katarsis zelf gefinancierd; we krijgen hier geen middelen voor of kunnen dit ook niet factureren.
 - o Er zijn geen middelen om een vangnetfunctie te faciliteren. Voor zorggebruikers die voor jaren iemand wekelijks zien, proberen wel even opvang te voorzien en misschien door te verwijzen als dat nodig is. Dat is een engagement dat we hebben naar onze zorggebruikers als een soort van vangnetfunctie. Maar daar kan je dus geen aanvraag voor doen, dat mag niet en dat kan niet, dus er zijn geen middelen voor.
 - o Nazorg is een module binnen de ambulante settings. Dit staat ook zo in de conceptnota rond ambulante verslavingshulp. Nazorg is daarin een van de modules. Zelfs als je geen langdurig therapieprogramma gevolgd hebt. In de beleidsnota spreekt men over nazorg. Maar Wouter Vanderplasse geeft aan dat het begrip wat je gebruikt in functie is van hoe je naar deze zorg kijkt. Je creëert een andere werkelijkheid als je vervolgzorg zegt. Maar het is wel belangrijk dat wij weten of wij dat stuk mogen aanbieden. Of de cliënt voor dat stuk op ons beroep mag doen om daar zorg voor te krijgen. Het zorgticket moet dan ook toegang geven tot nazorg/vervolgzorg.
 - o Een deelnemer geeft aan dat in een bepaalde conventie, in de toekomst, wel een stukje voorzien zal worden met betrekking tot nazorg en de principe die hieraan verbonden zullen worden. Hierbij wordt de link gemaakt met de begrippen "onderhoudsbehandeling" of "plateau revalidatie" uit de conceptnota Vlaamse revalidatie. In hoeverre kan die vinger gerevalideerd worden en wanneer heb je de blijvende last van die vinger die niet meer helemaal kan plooiën maar daar misschien toch nog zorg aan moet besteden om te blijven oefenen dat tenminste dat behouden blijft wat je al bereikt had. In de verslavingszorg is het belangrijk dat je mensen blijvend kan opvolgen. Als ze uit de zorg vallen is de kans op herval groter. We doen aan harm-reduction.
 - o Deelnemers benadrukken dat er in de toekomst ook rekening gehouden wordt met de chroniciteit van verslaving en dat daardoor inderdaad mensen blijvend kansen moeten krijgen om op zorg beroep te kunnen doen.

7 Crisiszorg

- Binnen de verslavingszorg hebben we crisiscentra. Crisisprogramma's binnen verslaving hebben wachtlijsten dus eigenlijk is dat geen crisiszorg. Wij hebben bijvoorbeeld destijds van het ADIC ons crisisprogramma in onze conventie laten aanpassen naar een ontwenningprogramma omdat je niet aan een crisis kan tegemoetkomen.
- Een andere deelnemer geeft aan dat dit bij hun nog altijd als crisisprogramma wordt benoemd. Maar in de realiteit kan je niet tegemoetkomen aan een crisis. Terwijl er eigenlijk letterlijk in onze conventie staat dat we mensen binnen de 24u kunnen opnemen. Het is dus niet dat als een zorggebruiker nu in een crisis gaat dat je daar een plaats kan krijgen. Het is ooit wel zo gestart, dat je er terecht kon als er

een crisis was maar dat is dan toe geslipt, als de bedden vol zijn dan zijn ze vol. Bijvoorbeeld het EPSI, zij zijn verbonden aan een maximale capaciteit en een verblijfsduur van 5 dagen. Bij ons gaat dat al naar 6 weken. Omdat wij inzetten op detox en indicatiestelling in een beschermde omgeving. Dus dat wil zeggen: detox duurt al ongeveer 2 weken, afhankelijk van het product. Vervolgens starten we een proces van oriëntatie op, voor diegenen die dat willen en die die vraag ook stellen. Dat neemt dan nog een paar weken. Onze crisisprogramma's zijn een vervolg op EPSI. Dit is niet altijd zo maar soms wel.

- Binnen deelnemer geeft aan dat zij een zorgprogramma hebben dat hierop inspeelt (maar dat is geen geconventioneerd programma). Zij kunnen sneller bij een crisis van start gaan. Maar dat wil niet zeggen dat als er iemand voor de deur staat bij wijze van spreken dat er een bed is. Dat is ook nog telefonisch aanmelden via verwijzing. Daar kunnen mensen maximum 7 dagen verblijven. Als er na aanmelding een bed vrij is, dan kan het zijn dat je om 10u belt en dat je om 14u mag komen. Maar wij zijn de enige in Vlaanderen jammer genoeg. Het kan ook zijn dat je de boodschap krijgt: onze bedden zijn vol, morgen om 9u opnieuw bellen. Of dat je drie dagen moet wachten. Dit is betaald vanuit stedelijke middelen, niet vanuit Vlaanderen, dat is geen conventie. Het zijn stedelijke middelen, dus binnen VSB kan dat niet.
- Voorstel van de deelnemers om te spreken van 'snelle' of 'binnen 24u' in plaats van "onmiddellijk" in de definitie van crisiszorg. Zodat het onderscheid tussen urgentie en crisis duidelijker wordt.
- Je kan bijvoorbeeld ambulante cliënten hebben waarvan de begeleider inschat dat die suïcidaal is en dat er een opname nodig is. Je doet er alles om de persoon ergens binnen te krijgen... en waarbij je soms een groot probleem hebt als dat vrijdagavond om 17u is. Is dat dan crisis of urgentie? Want als het onmiddellijk is dan is het onmiddellijk en dan differentieert u dat t.o.v. ons programma.
- In de definiëring crisiszorg moet ook meegenomen worden dat je erop georganiseerd bent in je organisatie om binnen de 24u te kunnen reageren, zodat je het kan aanbieden. Want op zich biedt iedereen wel crisiszorg aan vanuit zijn betrokkenheid naar de cliënt toe. Maar er zijn er maar enkele die het georganiseerd hebben binnen hun zorg, dat het er mee inzit dat ze het kunnen aanbieden. Met de lopende begeleidingen waarbij zich een crisis voordoet, doen we aan crisiszorg. Dus cliënten die in begeleiding zijn en die in crisis gaan, daar bied je snel een antwoord op de vraag. Bijvoorbeeld een cliënt die belt en zegt dat hij het niet meer ziet zitten en dat hij er een eind aan gaat maken, die probeer je de dag nadien een afspraak te geven. Tijdens het weekend niet, maar tijdens de openingsuren van de dienst doe je dat wel. Maar dat is eigenlijk de normale opvolging van een cliënt met zijn pieken en zijn dalen. Dat is geen zorgaanbod in die zin dat het specifiek is afgebakend. Dus ze kunnen niet naar ons bellen en dat we dan binnen de 24u een antwoord kunnen bieden, daar zijn we niet op georganiseerd.
- Een deelnemer geeft aan dat op het niveau van de CGGs dit soms verdeeld wordt onder elkaar. Er is dan een beurtrol voor wanneer zich crisissen voordoen. Dat kan gaan over een telefonisch gesprek met die cliënt, een afspraak maken voor een gesprek. Maar niet op een zaterdagmiddag om 16u, dan is het de spoedgevallendienst of teleonthaal. Terwijl een mobiel crisisteam is 7/7, 24/24.
- Een deelnemer geeft aan dat ze wel voor jongeren mobiele crisiszorg aanbieden maar niet vanuit de conventie maar vertrekkend vanuit samenwerkingsverband met andere voorzieningen. De hele week heb je 10 slots en afgevaardigden van verschillende voorzieningen tekenen in op 1 slot. Als er dan een crisis is, dan zie je wie op dat moment daarvoor instaat. En als wij op dat moment van dienst zijn, dan

gaan wij er naartoe.

- In het geval van een MSOC zou je kunnen zeggen dat zij binnen de 48u kunnen een antwoord formuleren op een crisisvraag. Dit wil zeggen dat we langsgaan bij de zorggebruiker. Tijdens de week binnen de 24u, als je het weekend erbij moet nemen binnen de 48u.

8 Urgentiezorg

- Aan urgentiezorg doen we volgens de conventie niet. Nu doen we beroep op de algemene ziekenhuizen, op spoedgevallendiensten en EPSI afdelingen bij patiënten met bijvoorbeeld een OD's (overdosis), complexe ontwenningen (die je medisch moet monitoren, bij GHB – vloeibare XTC - bijvoorbeeld), suïcide of psychosen. Als iemand bijvoorbeeld met een overdosis binnenkomt, die zit in de wachtzaal en die gaat uit, dan gaan we daar wel op reageren en eventueel de ambulance bellen. Maar omdat we meestal een dokter in huis hebben, gaat die eerst kijken wat er aan de hand is, eventueel al eerste hulp en dan aansluitend eventueel ambulance of MUG. We regelen dus wel urgentiezorg. Maar dat is dan als de nood zich aandient, maar het is niet dat we ons gaan engageren, het is geen zorgmodule bij ons.
- Het traject dat er is of opgestart wordt, wordt wel vervolgd. Ook als deze persoon nood heeft aan urgentiezorg. Soms als ze opgenomen worden in een psychiatrische afdeling, gaan wij ook naar daar als er een band is met de cliënt. Hetzelfde geldt rond suïcide. Dat is ook een stukje in functie van zorgcontinuïteit. Hier zijn geen middelen voor. We doen dit uit goede zorg voor onze cliënt. Want de cliënt zit dan in het ziekenhuis en dan wordt daar een aanvraag gedaan en dan vervalt onze aanvraag. Dit willen we nu wel uit de conventies krijgen. Dus in functie van zorgcontinuïteit zou dat eigenlijk wel vergoed moeten kunnen worden, zodanig dat we die dingen er niet gewoon bovenop moeten doen. Ook in een ambulante context. Het revalidatieproces stopt dan omdat de persoon in het ziekenhuis is. Dit is ook zo bij een opname in de psychiatrie. Deze opname kan misschien maanden zijn, dus dan is het eigenlijk logisch zou je kunnen zeggen. Maar ook als iemand twee dagen in het ziekenhuis ligt.

Verslag

Titel:	Werkgroep 17 persoonsvolgende financiering: Locomotorische en neurologische revalidatie & CAR
Datum, uur:	29-10-2019, 9u30 – 12u30
Plaats:	Brussel, Herman Teirlinckgebouw

In wat volgt, wordt een overzicht gegeven van de input van de werkgroepleden.

1 Kenmerken van de zorgvormen/ algemene bedenkingen

- Hoofdactiviteit van elk universitaire CARs is verschillend. Er zijn hoofdactiviteiten die focussen op gehoor-, spraak- en taalstoornissen en slikstoornissen. Een deel heeft betrekking op ambulante en een deel hospitalisatie activiteiten. Andere hoofdactiviteiten gelinkt zijn gelinkt aan neurologische revalidatie, gehoor, dysfagie (slikproblemen) patiënten, taalontwikkeling, mentale handicap en hersenletsels. Specifiek voor universitaire CAR: veel 'interne patiënten' vanwege de link met het ziekenhuis. Patiënten zijn gehospitaliseerd op een andere dienst binnen het ziekenhuis. Ook een aantal ambulante patiënten (ambulant maar korte afstand).
- Conventies 7.71 kunnen niet losgezien worden van het zorgaanbod dat verstrekt wordt binnen een revalidatieziekenhuizen. Het gehele zorgaanbod heeft betrekking op meerdere conventies, ook conventies die nog federaal zijn. In deze werkgroep wordt enkel ingegaan op conventie 7.71. Revalidatieziekenhuizen specialiseren zich in een aantal zeer specifieke niches, zoals coma werking, neuromusculaire werking, voorzien in mechanische thuisventilatie, ademhalingsondersteuning thuis, intensieve revalidatie van personen met MS of aanverwante neurodegeneratieve aandoeningen in hospitalisatie, onderhoudsrevalidatie van personen met MS en aanverwante neurodegeneratieve aandoeningen in een ambulant systeem, TMST (TRANSMURAAL MULTIPLE SCLEROSE TEAM) enz. Hierbij wordt de bedenking gemaakt hoe bepaalde doelgroepen gelinkt kunnen worden aan PVF binnen VSB. Bijvoorbeeld een premature baby die beademd wordt, een volwassen man met een hersenbloeding, hoe kan men dit in een Vlaamse sociale Bescherming (VSB) of een PVF gieten?

Naast patiënten gelinkt aan een specifieke 7.71 conventie worden er ook patiënten behandeld binnen de nomenclatuur en SP- regelgeving (Federaal). Het gaat dus om een mix van doelgroepen en een mix van zorgprojecten die zijn historisch zijn gegroeid vanuit een vastgestelde nood aan zorg en ondersteuning. Personen worden niet met vaste regelmaat opgenomen, maar worden opgenomen op indicatie voor een programma. Als dat programma is afgelopen, gaan ze terug naar hun gewone bezigheden. Sommige personen blijven nog in een ambulante systeem. Anderen komen wekelijks langs voor een onderhoudstherapie voor een korte of lange periode. Dus een mix van indicaties, van doelgroepen en van programma's.

2 Reacties op de voorbereidende nota voor deze werkgroep

De termen zorg en ondersteuning behoren tot het decreet, maar refereren naar personen die passief ontvangen, terwijl revalidatie een actief gebeuren is waarbij personen voor een groot deel zelf hun doelen bepalen. Personen zijn actief betrokken partij, geen passieve ontvangers. Een betere term is actieve participatie [iedereen is akkoord over de term actieve participatie].

3 Zorgvormen

3.1 Definitie zorgvorm:

Alle leden van de werkgroep hebben bedenkingen bij de term 'niet-medische' in de definiëring. Geen grote bedenkingen bij de andere termen van de definitie.

- In conventies 7.71 staat dat de conventie moet aangestuurd worden door een neuroloog en een revalidatiearts. De patiënten die we behandelen hebben verschillende problemen bv. urinaire, visuele, spraak- en slikstoornissen, ... De neurologen en de fysische geneesheren maken deel uit van het vast artsenteam. Er zijn ook andere specialismen aanwezig zoals een psychiater, uroloog, oftalmoloog Bij de start van de behandeling worden personen gezien door de fysische arts die alles exploreert. Neuroloog en specialist fysische geneeskunde werken in nauw overleg en exploreren de noden op vlak van medische opvolging/behandeling. Dat kan je niet los van elkaar zien. Het is en blijft een ziekenhuis. Zorg binnen een revalidatieziekenhuis houdt ook medische dienstverlening in. In revalidatieziekenhuizen gebeurt alles binnen een medisch kader, zowel voor de ambulante zorg als voor de hospitalisatie. De geneesheer bepaald welke therapie multidisciplinair gegeven wordt. De arts bepaalt de complexiteit van de zorgnood.

In een coma-afdeling (die federaal is) bevinden zich personen in vegetatieve status. Het ideale traject is dat zij wakker worden, dan naar de afdeling NAH desoriëntatie gaan (bv. personen met een gestoord dag- en nachtritme, gestoord gedrag, desoriëntatie in persoon, tijd, ruimte, ...) en dan naar NAH resocialisatie gaan. Dat is onze Conventie 7.71. Deze personen hebben revalidatie nodig (bv. locomotorisch, cognitief, psychologisch, psycho-cognitief, ...). Het grote verschil met de vorige groep is dat ze georiënteerd zijn, om in de Conventie 7.71 te komen, moet je georiënteerd zijn. Maar ook hier is er sprake van medische factoren, want deze personen kunnen complicaties doen bv. epilepsie, urineretentie, bloeding van een gastrostomie, hebben verzorging nodig van canullen,

- Het medische aspect is inherent in een **universitaire CAR** aangezien het binnen onze conventie allemaal NKO-artsen zijn die een belangrijke taak hebben in diagnostiek en interventies. Bij aanmelding met bv. een gehoorprobleem of slikprobleem komen zij bij de arts. Die doet de diagnostiek en gaat dan nakijken hoe het verdere traject multidisciplinair kan aangepakt worden. Dus het begint eigenlijk steeds bij de arts. Dat medische is niet los te koppelen. NKO-artsen zijn steeds betrokken bij de bilan-fase, bij de aanmelding. Ze spelen daar een belangrijke rol, evenals in het verder uitzetten van het beleid. Daarnaast hebben wij een grote medische populatie van patiënten, bv. NAH, dysfagie, hoofd- halskanker, gehoorpatiënten, allemaal populaties die veel medische ondersteuning nodig hebben. Bij een revalidatietraject is het bovendien erg belangrijk om personen vaak te zien en te herevalueren. Bv. bij een revalidatie-traject kan het voorkomen dat een arts moet bijsturen of gebeurt er een event en moet het traject worden aangepast. Het is dus niet enkel diagnostiek maar ook in het verdere traject dat de arts een belangrijke rol speelt. Dat is altijd multidisciplinair, dat is een grote meerwaarde. Bij gehospitaliseerde patiënten kan dat zelfs om heel intensieve opvolging gaan en op korte termijn. Bij ambulante patiënten is dat soms meer verspreid in de tijd, maar kan het ook dat er piekmomenten zijn. Zo hebben we bijvoorbeeld patiënten die om de twee weken bij de arts gaan voor bijsturing van hun traject.

Er is dus sprake van continue interactie, het gaat niet om losse eilanden. De paramedische en de medische zorg vormen één geheel. Wij zitten bv. ook wekelijks samen voor dossier- en patiëntenbespreking. Dat is de kracht, de essentie van de revalidatiecentra. Een logopedist in de periferie, die werkt op zichzelf en heeft geen toegang tot een arts. Onze populatie heeft specifieke noden.

- De intensiteit en de beschikbaarheid van de artsen is bij **autonome CAR** minder, wij beschikken niet over een brede waaier aan artsen. Dit verschilt ook van CAR tot CAR. Bij NAH kan dit een revalidatiearts zijn of een neuroloog, bij gehoorproblemen een NKO-arts en een kinderpsychiater (maar die komt enkel tussen bij cliënten met NAH als het kinderen zijn). Bij NAH kunnen er zich steeds en plots events voordoen, je moet dus vaak beroep doen op de medische discipline. Bovendien is de bril van een arts breder dan die van andere deskundigen. Daarom dat artsen zeker een sleutelrol spelen bij groep NAH. In de conventie staat dat er voor de verschillende doelgroepen een specifieke arts aanwezig moet zijn. Voor CP is dat een neuropediater, voor NAH een neuroloog of psychiater, voor gehoor een NKO-arts of een revalidatiearts

Onze patiënten kunnen zich verplaatsen naar het revalidatiecentrum (of worden opgehaald) dus hun medische zorgen zijn anders dan bij het moment van opname. Maar de arts blijft een zeer belangrijke rol spelen doorheen het proces van aanmelding, diagnose, teamevaluatie. De arts is constant betrokken.

Onderscheid *universitaire en autonome CARs*:

- Delen tot op heden min of meer dezelfde conventie maar zijn nu aan het kijken om te diversifiëren.
- De universitaire conventie heeft een hogere turnover. Wij doen heel veel bilan, evaluatie diagnostiek, opmaken van zorgtrajecten en dan verwijzen wij patiënten vaak terug: patiënten

worden opgenomen, in de acute fase komt onze equipe erbij, doet de diagnostiek en dan gaat de patiënt in principe naar een andere instelling (bv. dichterbij huis).

- Een ander pathologie aanbod/verschil in doelgroepen, bv. dysfagie (slikstoornissen) is bij ons aanwezig maar niet in perifere centra.
- De heel uitgebreide medische omkadering en infrastructuur in de universitaire CARs.
- Vanuit de regelgeving CAR moet je over een voldoende aantal patiënten beschikken om die werking te kunnen opbouwen, je moet dus aantonen dat je een voldoende aantal patiënten een behandeling geeft met die aandoening. Bovendien moet je ook beschikken over bepaalde medische specialismen. Bv. het CAR van Halle is een klein CAR en zij doen geen NAH omwille van die redenen. Sommige centra moeten omwille van het behalen van de kritische massa een keuze maken welke cliënten (stoornissen) zij opnemen en kunnen daardoor niet ingaan op hulpvragen van cliënten met andere stoornissen.

3.2 Zorgvorm per zorgaanbod

Conventies 7.71 - Revalidatieziekenhuizen

- **Ambulante zorg:** Conventies 7.71 deels gehospitaliseerd, maar kan ook ambulante zijn. We werken samen met CARs maar het landschap van de CARs is zodanig slecht verspreid dat wij onze personen zelf ambulante kansen willen geven aangezien ze vaak te ver moeten gaan. Vandaar dat wij ook zelf gestart zijn met die ambulante werking, maar die is verlieslatend.
- **Residentiële zorg** (indien ook hospitalisatie): bv. personen met MS worden opgenomen voor een intensief revalidatieprogramma van vier weken maar wonen geen vier weken in het ziekenhuis, ze verblijven enkel tijdens de dagen van hun intensieve therapie. Als er geen therapie is, gaan ze naar huis bv. onder de weekends. Bv. bij NAH wordt er gebruik gemaakt van het weekend om de stap naar het 'gewone leven' terug in te zetten.
- **Mobiele zorg:** in het kader van zorgcontinuïteit en ontslagbegeleiding gaan wij bij personen thuis om te kijken hoe de dingen in real life verlopen (dit doen CARs ook). Deze zorg wordt vergoed en staat ingeschreven in de conventie maar moet multidisciplinair zijn. Meestal zijn dat de ergotherapeut en de sociaalwerker die met de patiënt naar huis gaan en indien nodig overleggen met het thuiszorgteam. Binnen het TMST-programma kan er voor personen met een recente diagnose op hun vraag een gesprek gevoerd worden met de werkgever. Maar dat maakt deel uit van het therapeutisch programma, we bieden geen zorg op de werkplek.

Universitaire CARs

- Er zijn verschillende zorgvormen opgesomd in de lijst. Volgens de definitie zouden wij enkel **ambulante zorg** (patiënten verplaatsen zich naar het ziekenhuis) verstrekken maar vanwege de inbedding in het ziekenhuis bieden ook wij zorg aan gehospitaliseerde patiënten (een patiënt is opgenomen in het ziekenhuis, onze equipe gaat naar de patiënt). De omschrijving hospitalisatiezorg past misschien beter voor de specifieke situatie van universitaire CARs. Het gaat vaak ook om een verschuiving: patiënten worden opgenomen en de zorg start gehospitaliseerd maar wordt dan ambulante zorg, om dan eventueel door te verwijzen (dat is ook zo bij de Revalidatieziekenhuizen). Twee equipes: (1) een equipe voor de gehospitaliseerde patiënten, die vooral hospitalisatie bedient, (2) een ambulante equipe vooral voor controle. Een NKO-arts weet duidelijk wanneer hij/zij voor het ziekenhuis werkt en

wanneer voor de CAR, dat is duidelijk afgebakend met o.a. een agenda met specifieke momenten dat ze voor Reva werken en specifieke momenten dat ze voor eigen agenda werken.

- **Mobiele zorg:** therapeuten gaan soms naar scholen voor overleg over de begeleiding van het kind. Dit gebeurt meestal op vraag van de school om de revalidatie af te stemmen met wat er op school gebeurt. Dit wordt vergoed.

Autonome CAR

- **Ambulante zorg:** Personen komen ambulante op behandeling, er is geen enkele residentiële opname of verblijf. Bv. NAH patiënten blijven maximum een halve dag, hoewel de conventie toelaat om met dagprogramma's te werken komt dit niet heel vaak voor. Bijvoorbeeld in Deinze 1 à 2 u/dag, halve dag of volledige dag aangeboden. Bovendien is het ook moeilijk te organiseren, bv. voor de momenten tussen therapieën omdat je dan personen nodig hebt om patiënten te begeleiden. Wat NAH betreft, hebben we als enige een dagwerking. Dus het is op maat, ofwel ambulante, ofwel halve dag ofwel dagsysteem. Die dagwerking is mee opgenomen in de conventie maar we zijn de enige die het toepassen. Het is niet zo gemakkelijk om die toe te passen omdat je maximum tot 3 forfaits kunt gaan waardoor je dat voornamelijk via groepszittingen moet organiseren.
- **Residentiële zorg:** bv. voor NAH met halve of volledige dagwerking. Wij zijn een van de weinige CAR die dat aanbieden.
- **Mobiele zorg:** in onze conventie moet de revalidatie binnen de muren van het centrum gebeuren. We zijn meer en meer vragende partij om ook meer in die context te werken, dat staat zo in ons sectorvoorstel voor de conventie. Dat context gericht werken is heel belangrijk. Niet alleen om informatie te geven maar ook om de context in te schatten en indien nodig bij te sturen

Er staat een fout in de nota m.b.t. aanklampende zorg. Op pagina 4 staat een andere definitie, maar die is meer gericht op de psychiatrische aanklampende zorg. De definitie op de ppt is wel correct. Maar aanklampende zorg is niet relevant voor deze werkgroep.

3.3 Zorgfuncties

- **Definitie zorgfunctie:**
 - Iedereen akkoord met omschrijving zorgfunctie.
 - **Bedenking universitaire CAR:** de term zorgfunctie niet het meest geschikt. Bv. aanmelding, screening en intake worden gedefinieerd als een zorgfunctie maar dat zijn geen antwoorden op een ondersteuningsnood maar eerder een exploratie van een zorgvraag. Daarom dekt die definitie niet helemaal wat daaronder valt. Maar akkoord om het zo te behouden.
- **Definitie zorgactiviteit:**
 - Geen opmerkingen bij de definiering van zorgactiviteit.

- Sommige werkgroepen merken op dat het hier gaat om professionele disciplines, maar sommige activiteiten linken we aan vrijwilligers. Is het bij jullie ook zo dat er vooral professionele personen actief zijn, of zijn er ook ervaringswerkers betrokken?

Universitaire CARs

Occasioneel gebeurt het dat ervaringswerkers betrokken worden, bv. bij gehoor brengen we patiënten in contact met ervaringswerkers voor een informeel netwerk. Het gaat dan eerder om het uitwisselen van ervaring dan om een werkelijk onderdeel van de zorg. Het is een belangrijk element voor aanvaarding en voor het zetten van bepaalde stappen. Het gaat om een waardevolle inbreng dus dat mag niet zomaar verdwijnen. [Iedereen gaat hiermee akkoord].

Autonome CAR

Er wordt terecht gefocust op 'methoden en vaardigheden die werden aangereikt tijdens de opleiding voor de discipline'. Evidence based werken met medewerkers die professioneel opgeleid zijn is noodzakelijk. Belangrijk om ervoor te zorgen dat artsen of psychologen die niet evidence-based methodieken gebruiken niet aan deze definitie kunnen beantwoorden. Daar zit een beetje een spanningsveld. Momenteel hangt het van de organisatie zelf af, of zo'n methodieken toegepast mogen worden. Maar dit moet door de Vlaamse overheid beperkt worden. Het is een element van kwaliteit van uw zorgbehandeling.

De leden van de werkgroep geven aan dat de e opleidingsverplichting een belangrijke notie in de definitie is, net als bijscholing. Belangrijk om termen zoals evidence- of practice-based in de definitie toe te voegen.

3.4 Aanmelding, screening, intake

Universitaire CARs

- **Aanmelding:** de eerste aanmelding is een inschatting, met een eventuele interne of externe doorverwijzing. Dat is al snel gekoppeld aan een eerste stuk diagnostiek. Het loopt een beetje in elkaar over, het onderscheid is niet steeds gemakkelijk [ook zo bij Reva-ziekenhuizen en CARs]. De onmiddellijke doorverwijzing gebeurt zelden, aangezien er steeds een stuk onderzoek aan gekoppeld is vooraleer de doorverwijzing volgt. Dat onderzoek is dan al diagnostiek, het in kaart brengen van het probleem. Bv. bij gehoorproblemen: nakijken of de ernst van het probleem groot genoeg is om een traject op te starten aan de hand van technische onderzoeken, indien niet verwijzen we hen door.
 - ⇒ Akkoord met de definitie van aanmelding, maar de koppeling naar de diagnostiek gebeurt snel.
- **Screening:** we screenen bij aanmelding enkel bij spraak-taalstoornissen waarbij iemand het dossier en de setting bekijkt. Dat gebeurt zonder technische onderzoeken of diagnostiek.
- **Screening** gebeurt vaak intern. Als een patiënt wordt aangemeld, zijn het vaak de paramedici die gaan bepalen of deze persoon al dan niet door ons behandeld kan worden. De screening voor interne, gehospitaliseerde patiënten is vaak monodisciplinair. Diagnostiek is steeds multidisciplinair.

Autonome CAR

- Akkoord met definitie. Maar ons hoofddoel is de behandeling.

- Aanmelding: akkoord met de definitie, bij de ‘snelle, onmiddellijke verwijzing’ gaat het meestal om een interne verwijzing. Een externe verwijzing gebeurt ook (bv. naar de nomenclatuur), als we denken dat de vraag niet voor ons is.
- Intake: zelfs als cliënten verwezen zijn, volgt een intake. Dit is voor ons het maken van de inschatting ‘is dit voor ons of is dit niet voor ons’, de voorafgaande procedure. Niet elke aanmelding leidt tot een opname, er valt +/- 25% uit. Bij NAH gaat het steeds om een doorverwijzing vanuit het ziekenhuis en dan is dat niet nodig. Op zich wordt het wel nog gedaan, bv. bij personen met een zware psychiatrische aandoening of met een verslavingsproblematiek, dan maken we de inschatting of onze setting voldoende aangepast is. Is dat niet zo, nemen we hen niet op. De eerste inschatting bij neurobiologische ontwikkelingsstoornissen gebeurt aan de hand van vragenlijsten die naar de ouders en de leerkrachten worden gestuurd om bijkomende informatie te krijgen. Die vragenlijsten worden ook gebruikt in de diagnostiek.
 - ⇒ Vele dingen lopen door elkaar, er zijn veel dingen die tegelijkertijd gebeuren. Ze gebeuren, maar het is niet altijd duidelijk in welk hokje ze horen.

Conventies 7.71 - Revalidatieziekenhuizen

- Aanmelding en screening zijn twee verschillende zaken. Aanmelding is iemand die zijn/haar probleem uitlegt en vraagt of die bij ons terecht kan. Dat kan telefonisch of tijdens een consultatie bij de arts. Het gaat om een indicatiestelling en van daaruit wordt men doorverwezen naar een ander programma. Het kan ook gaan om iemand die al eerder in het centrum behandeld werd en een vraag stelt.
- Screening gebeurt in een multidisciplinaire setting en door elke discipline apart. Daarom kan screening dus ook bij ‘2. Diagnostiek e.d.’ horen.
- Intake is ruimer dan deze definitie.
 - ⇒ Leden van de werkgroepen zijn akkoord dat ‘intake’ behoort tot ‘2. Indicatiestelling, diagnostiek, evaluatie, observatie, oriëntering, onderzoek, advisering’. Intake is reeds meer met het oog op ‘opnemen’ binnen het traject.
- Belangrijke uitzondering voor revalidatieziekenhuis Inkendaal: willen personen zo snel mogelijk bij ons hebben. De aanmelding gebeurt altijd op schriftelijke aanvraag van een arts van een ziekenhuis en wij baseren ons op die informatie. Bv. een fietser die gevallen is en een hematoom heeft, die komt zo snel mogelijk bij ons binnen. We gaan voor zijn/haar komst niet ‘te veel babbelen of nakijken’. Dat geldt voor alle patiënten behalve bij de ambulante werking van de NAH-conventie: als het gaat om een interne verschuiving kennen wij de revalidant reeds.
 - ⇒ Akkoord met de definitie, indien toevoeging ‘onderzoek door multidisciplinair team’, i.e. dat personen door alle deelnemers van het multidisciplinaire team (artsen, kinesisten, psychologen, maatschappelijk werkers, ...) gezien worden. Iedereen gaat hiermee akkoord.

3.5 Indicatiestelling, diagnostiek, evaluatie, observatie, oriëntering, onderzoek, advisering

- In de voorbereidende nota staat vermeld dat diagnostiek ook een belangrijk onderdeel van het zorgaanbod. “Een diagnose is niet steeds gekoppeld aan een zorgbehoefte en wordt dan ook niet steeds gevolgd door het verlenen van zorg en ondersteuning aan de betrokken zorggebruiker. Soms is een (interdisciplinaire) diagnose voldoende.” Hierbij wordt verwezen

naar diagnostiek verleend in revalidatieziekenhuizen. Maar ook binnen de universitaire CAR is er sprake van diagnostiek.

Bv. voor dysfagie vragen wij een radiologisch onderzoek aan in het ziekenhuis, dat behoort niet tot de CAR.

Conventies 7.71 - Revalidatieziekenhuizen

- Als personen in deze fase zitten, wil dat zeggen dat wij denken dat we ze kunnen helpen en gebeurt dat dus binnen de zorgenheid. Anders waren ze al bij de aanmelding al doorverwezen. Ook de andere leden van de werkgroep kunnen zich hierin vinden.
- Personen worden soms voor problemen los van bv. MS doorverwezen naar een universitair ziekenhuis. Wij hebben niet alle diagnostische middelen die de universitaire ziekenhuizen wel hebben, bv. urinaire problemen. Dit is enkel voor de diagnose: personen worden doorverwezen naar het ziekenhuis voor een onderzoek bv. het plaatsen intrathecale baclofenpomp, gebeuren in een universitair ziekenhuis, opvolging gebeurt in ons centrum, in nauw overleg met het universitaire of algemene ziekenhuis. Dat gebeurt vrij frequent (ook zo bij CAR). Onderzoeken die in ons ziekenhuis niet haalbaar zijn gebeuren in een universitair of eventueel algemeen ziekenhuis. Gespecialiseerde behandelingen,

Autonome CAR

- Het meeste gebeurt intern, maar als het blijkt dat er nood is aan andere expertise wordt er doorverwezen.
- In de tekst staat 'voor deze zorgvormen die aangegeven zijn, deze worden door de federale ... die diagnostiek in de Vlaamse revalidatiesector is eerder een verfijning van de diagnostiek die reeds via federale middelen gefinancierd is via nomenclatuur', dat klopt niet. Het gaat wel degelijk om een categorale diagnostiek als handelingsgerichte diagnostiek. Het is geen verfijning van een diagnostiek die ergens anders gebeurd is. Tenzij voor specifieke gevallen (bv. NAH) waar de categorale diagnostiek al is gebeurd. Alle leden van de werkgroep gaan hiermee akkoord. Voorbeeld van revalidatieziekenhuis: Als iemand na een hersenletsel een epilepsie doormaakt, stellen wij die diagnose. Als een patiënt een galblaasontsteking krijgt, stellen wij de diagnose maar sturen we door. Als mensen een second opinion vragen over hun revalidatie, hebben ze natuurlijk wel al ergens anders een diagnose gekregen.

3.6 Verzorging

Conventies 7.71 – Revalidatieziekenhuizen

- Dit gebeurt in mindere mate in de ambulante zorg maar zeker in de hospitalisatie. Dat kan zeer uiteenlopend zijn bv. helpen met het eten, toiletzorg, wassen, kleden, verplaatsingen,
- In MS-centrum ook aanwezig bij de ambulante bv. mensen hebben 's middags een intermitterende sondage nodig, hulp bij toilet,

Autonome CAR

- Verzorging kan zich voordoen bij de NAH-populatie, maar dat is niet de grote groep. Dan gebeurt die begeleiding door de therapeuten (niet door verpleegkundigen).

Universitaire CAR

- Bij de gehospitaliseerde patiënten ligt dat deel bij de verpleging van het ziekenhuis, bij de ambulante patiënten is dat niet onze focus. Die verpleging wordt gefinancierd door ziekenhuis, wij hebben geen verpleging binnen onze conventie (dit is ook zo bij de Revalidatieziekenhuizen).

3.7 Begeleiding, ondersteuning, psycho-educatie

Universitaire CAR

- Binnen onze equipe is dit voornamelijk de rol van de psycholoog en de maatschappelijk werker. De maatschappelijk werker is betrokken bij elke patiënt.

Conventies 7.71 – Revalidatieziekenhuizen

- Binnen een revalidatieziekenhuis is dat uitgebreider. Het terug aanleren van vaardigheden bijvoorbeeld, we hebben een hele grote groep personen die terug moeten leren om met de computer werken, geldbeheer, huishouden, winkelen, we gaan samen de bus op. Het is meer dan enkel ondersteuning, het gaat ook over het aanleren en het doen. Wat hier staat is de basis van onze participatie revalidatie.

CAR

Het zou omgekeerd moeten zijn: de methodische behandeling heeft als doel dit te bereiken. We begeleiden steeds op een systematische manier om een revalidatiedoel te bereiken. Het heeft geen zin om functies te trainen als je ze in het dagelijkse leven niet kan gebruiken. We gaan bijvoorbeeld enkel iemand leren autorijden als de persoon daar om vraagt. De taak van revalidatie is net om mensen zo ver te brengen dat ze er kunnen geraken met de beperkingen die ze hebben. In eerste instantie is het de bedoeling mensen zo ver mogelijk in hun zelfstandigheid te krijgen maar dat gaat in heel veel gevallen niet de perfecte zelfstandigheid zijn. De overige leden van de werkgroepen sluiten zich hierbij aan.

3.8 Specialistische en methodische behandeling

Universitaire CAR

- Functioneren moet verder gespecificeerd worden in de definiëring die gegeven wordt bij 'specialistische en methodische behandeling'. Het is vooral belangrijk om het activiteitsniveau en de participatie te verhogen, rekening houdend met de persoonlijke en omgevingscontext. Ook de overige leden van de werkgroepen gaan akkoord dat de contextuele factoren ook vermeld moet worden.

Conventies 7.71 – Revalidatieziekenhuizen

- De specialistische en methodische behandeling veranderd ook naar verloop van tijd. Bv. iemand met een hersenletsel, die mensen denken nog niet aan wat ze verloren hebben, die willen in eerste instantie genezen. Het is pas na verloop van tijd dat je meer naar participatie toewerkt.

Autonome CAR

- Behandeling is een enge definitie, ‘met het oog op het herstellen, het veranderen, of het behouden van een verworven niveau van functioneren’. Je moet bekijken welke vaardigheden belangrijk zijn om je goed te voelen, om terug te functioneren in een sociale context. Bv. iemand die naar een feestje wil gaan en haar lippen wil stiften. In therapie gaan we dat oefenen want dat is belangrijk voor die persoon. Het is misschien zelfs belangrijker dat je specifiek daar op inzet dan op andere vaardigheden. Dus dat tweede stuk is een beetje doelloos (verworven niveau van functioneren).
 - ⇒ De definitie klopt maar het is een technische benadering en houdt geen rekening met het doel. Je kan functies trainen die geen relevantie hebben voor de persoon in kwestie. Dus toevoegen ‘in functie van de cliënt’. Iedereen gaat hiermee akkoord.

3.9 Activering, tijdsinvulling, arbeid, bezigheid, vrije tijd, vorming

Activering, tijdsinvulling, arbeid, bezigheid, vrije tijd, vorming vormt eerder een onderdeel van ‘begeleiding’ en moet niet gezien worden als een aparte zorgfunctie die aangeboden wordt. Activering, vrije tijd, vorming... is steeds een onderdeel van de doelstelling van herstellen, het veranderen, of het behouden van een verworven niveau van functioneren. Dit is geen aparte zorgfunctie. Er is geen aparte dagwerking waar personen aansluiten zonder specifiek revalidatie doel. Alle leden van de werkgroep kunnen zich hierin vinden.

3.10 Dienstverlening, vorming, preventie, informatie, supervisie

Universitaire CAR

- Dienstverlening is een grote activiteit, het staat ook ingeschreven in de algemene conventie (dat is niet zo bij de CARs en de Reva-ziekenhuizen): zowel het opleiden van collega’s als in verzorgingstehuizen, we delen onze kennis met de verpleegopleiding, patiëntenverenigingen die vragen om expertise te delen. Dat is zonder extra financiering.

Conventies 7.71 – Revalidatieziekenhuizen

- We worden vaak gevraagd door organisaties van thuisverzorging om een sessie te komen geven over MS. Voor een deel is dat vrijwilligerswerk, daar is geen aparte financiering voor. We ondersteunen ook de MS-liga door bv. specifieke kennis te delen, sensibilisering, wetenschappelijke onderzoeken te ondersteunen,

Autonome CAR

- Op basis van vrijwilligheid maar dat is niet onze kerntaak.

3.11 Wetenschappelijk onderzoek

Universitaire CAR

- Zeer belangrijk binnen de werking. Een deel van het onderzoek gebeurt via externe financiering, dat valt dan buiten de CAR ook al gaat het over de populatie binnen de CAR. We proberen ons maximaal te organiseren om relevante data te verzamelen zonder dat de patiënt daaronder

leidt. We hebben niet voor alles financiering. Wij hebben ook een opleiding waar studenten onderzoek doen.

- Vanuit de universitaire setting krijgen wij de opdracht van Vlaanderen om aan wetenschappelijk onderzoek te doen, maar dat is niet vanuit de CAR. Maar dat zou wel zo moeten zijn, als je evidence based wil werken, moet je de expertise gaan halen waar ze zit.

Conventies 7.71 – Revalidatieziekenhuizen

- Er bestaat op Europees vlak een consortium van MS-centra die erg onderzoek gericht zijn. Daar werken we aan mee maar zonder financiering. Onderzoeksactiviteiten op ziekenhuisniveau doen we ook, maar minder binnen de conventie. In ons ziekenhuis hebben we een drietal mensen die ervaring hebben met wetenschappelijk onderzoek.
- In elke discipline is er een bereidheid tot medewerking aan wetenschappelijk onderzoek (ook in kader van evidence based therapie) en is er een actieve participatie in wetenschappelijke symposia en congressen, door middel van presentaties en posters. Er zijn regelmatig doctoraatsstudenten die hier actief zijn en ook de artsen zijn nauw betrokken bij wetenschappelijke projecten.
- We zijn een erkende stageplaats voor de specialistenopleiding.

Autonome CAR

- Het lijkt me zeker een opdracht om als organisatie data aan te leveren om wetenschappelijk onderzoek mogelijk te maken. Maar wij hebben niet de tijd noch de mensen om dat onderzoek zelf te doen.

3.12 Samenwerking, overleg, uitwisseling en samen inzetten van expertise van (netwerk)partners

- Voorstel om 'expertise en informatie die uitgewisseld wordt in functie van een therapeutische relatie met zorggebruiker en doelgroep uit elkaar te trekken' van 'de expertise en informatie die uitgewisseld wordt in functie van een doelgroep, of een gemeenschappelijk thema' omdat de informatie die gelinkt is aan de individueel persoon anders is dan deze informatie die uitgewisseld wordt in functie van een doelgroep of een gemeenschappelijk thema. Alle leden van de werkgroep kunnen zich hierin vinden.

Conventies 7.71 – Revalidatieziekenhuizen

- Binnen de TMST-conventie is dat een opdracht: we gaan naar algemene ziekenhuizen (in de federale regelgeving) om consult te doen samen met een neuroloog en/of een revalidatiearts van dat ziekenhuis. Ons multidisciplinair team gaat samen met dat team consulten doen. Dat is gelinkt aan een therapeutische relatie. Overleggen in functie van de doelgroep met die ziekenhuizen kan ook voorkomen.
- Binnen de andere conventies gelinkt aan 7.71 is dit niet het geval. Overleg is niet op basis van formele contracten. Als het vrijwillig is, gaat het meer over de dienstverlening van patiëntgebonden activiteiten.
- Wij zitten samen met collega's van de Vlaamse revalidatieziekenhuizen maar ook bv. Pellenberg.
- We hebben een erkende ziekenhuisschool waar een aantal van onze 7.71 revalidanten die schoolgaande leeftijd hebben, zorg, revalidatie en onderwijs combineren. Dat is onderdeel in

het behandelingsplan. Vraag onderzoeker: "Is het dan in functie van de therapeutische relatie?" Dat is eigenlijk het geheel. Bv. een meisje die opgenomen is geweest en nu nog ambulante komt, waarbij de doelstelling is om terug te integreren in het onderwijs. Aanvankelijk volgde zij onderwijs bij ons en nu heeft ze de overstap gemaakt naar het regulier onderwijs. Dat onderwijs zit in ons programma. Dat wordt gefinancierd door Departement Onderwijs maar er is een nauwe samenwerking bv. voor de samenstelling van de klassen. Die setting met scholen is er ook bij een aantal CARS, bv. centra die werken rond gehoor. Vraag onderzoeker: "Zou het onder '9. Samenwerking e.d.' passen vanwege de link met de doelgroep, maar ook onder een nieuw puntje vanwege de therapeutische relatie, die volgens andere werkgroepen onder een ander puntje moet komen. Leden van de werkgroep gaan er mee akkoord dat link met onderwijs er zowel is omwille van de therapeutische relatie als omwille van de doelgroep. Het onderwijs wordt niet gefinancierd door 7.71, maar het wordt wel gefinancierd door Vlaanderen via Onderwijs.

Universitaire CAR

- Geen gefinancierde consultopdracht.
- Voor elke patiënt hebben wij overleg met artsen, school, hulpverleners, ... Dat behoort allemaal onder in die link met de therapeutische relatie. Dat gaat meestal over een specifieke patiënt.
- We hebben wel samenwerkingen rond gehoor, waarbij we regelmatig met CAR-centra samenwerken over de opvolging van een revalidatie. Vaak is dat informeel maar er zijn ook formele samenwerkingsverbanden (formeel buiten die therapeutische relatie). Bv. voor dysfagie, maar dat is monodisciplinair. Dat zijn ook zorgverleners en is meer therapeutisch.
- We gaan ook expertise delen, maar dat valt meer onder 'Dienstverlening'.

Autonome CAR

- Samen met 'Behandeling' en 'Begeleiding' zijn dit de doelstellingen naar participatie en dus zeer belangrijk. Een van de manieren om daar te geraken is door bv. met een leerkracht of een werkgever aan de slag te gaan. Het is er onlosmakelijk mee verbonden.
- Uitwisseling gelinkt aan een doelgroep en gemeenschappelijk thema gebeurt meer op een algemeen niveau. Voor een CAR is het vooral het niveau van de zorggebruiker en diens context die centraal staat.
- Op lokaal niveau is overleg met andere zorgactoren wel belangrijk in het kader van bv. wachtlijsten waarbij de zorgactoren van bepaalde gemeenten een afstemming bespreken rond die wachtlijsten.

4 Zorglocaties

4.1 Conventies 7.71 – Revalidatieziekenhuizen

- Ambulant en residentieel
- Binnen de eigen thuisomgeving: bv. een thuisobservatie maar dat is vaak eenmalig.
- Online: niet
- Binnen een andere zorgseenheid: onze conventie maakt ook deel uit van een geheel net zoals bij de universitaire CAR en het ziekenhuis.

- Buitenshuis buiten de zorgenheid: bv. naar de manege gaan, naar het zwembad gaan, naar de markt.

4.2 Universitaire CAR

- Ambulant en residentieel. Residentiële is gelinkt aan het ziekenhuis.
- Online: bv. permanentie voor technische problemen bij implantaat voor gehoorproblemen. Ook een online platform voor patiënten waar zij tijdens hun traject actief participeren. Dit is nog zeer recent. Ander universitaire CAR heeft dit nog niet uitgebouwd maar is vragende partij om dit in de toekomst wel te doen.
- Binnen de eigen thuisomgeving: heel erg weinig. Patiënt verplaatst zich vooral naar het ziekenhuis of wij verplaatsen samen naar bv. de school.
- Binnen een andere zorgenheid binnen de gezondheidszorg: buiten de link met het ziekenhuis zijn er geen andere linken. Mensen van een ander revalidatieziekenhuis komen soms voor een andere opinie. De eventuele diagnose e.d. is dan niet gefinancierd want de financiering is gekoppeld aan het revalidatieziekenhuis van de patiënt. Het zou nuttig zijn om dit te herbekijken. Iemand met NAH of met gehoorproblemen die in een woonzorgcentrum woont, kan eigenlijk geen revalidatie krijgen. Dat is discriminatie. Vanuit het idee, de ziekteverzekering betaalt geen twee keer.

4.3 Autonome CAR

- Ambulant
- Binnen de eigen thuisomgeving: eventueel, als daar nood aan is
- Online: niet
- Binnen een andere zorgenheid binnen de gezondheidszorg: niet
- Buitenshuis en buiten de zorgenheid: wel. Bv. school, de werkgever, kinderdagverblijf.

5 Soorten zorg binnen VSB: Zorgtrajecten

5.1 Planbare zorgtrajecten binnen de VSB

- Voorkeur om te spreken voor onbepaald zorgtraject en bepaald zorgtraject in plaats van lang- en kortdurende zorgtrajecten.
- Voor elke conventie vertegenwoordigd in deze werkgroep is de periode of zijn het aantal zittingen waarvan men gebruik kan maken bepaald binnen de conventie.

Universitaire CAR

- In tijd (bv. gehoor) of in aantal zittingen gespecificeerd.
- Probleem met deze definitie: het hoeft niet steeds multidisciplinair te zijn: bv. mensen met een implantaat vanwege gehoorproblemen hebben levenslang zorg nodig bv. voor de afregeling van het implantaat. Dat gaat om monodisciplinaire hulp.
- Er is op dit moment wetenschappelijk bewijs dat een boost in revalidatie erg belangrijk kan zijn. Als je bv. een implantaat krijgt of NAH, krijg je intensieve revalidatie en daarna nooit meer.

Terwijl het wel nuttig kan zijn om terug een korte periode intensieve gehoortraining te krijgen. Dat is nu niet voorzien en een hiaat in de financiering.

- Zo'n boost-fase zit niet in de federale noch in de Vlaamse nomenclatuur.
- In ons voorstel van de conventie, is dat een van de mogelijkheden die we openen om in korte periodes terug monodisciplinair te werken in een inloop, een uitloop of tijdens crisismomenten (CAR).

Conventies 7.71 – Revalidatieziekenhuizen

- We hebben enkel vooraf bepaald in tijd. Soms is die bepaling wisselend per aandoening. Bijvoorbeeld 'tot 18 jaar' en daarna een maximumaantal zittingen.

5.2 Niet-planbare zorgepisodes

5.2.1 Urgentiezorg

Universitaire CAR

- Wij kunnen reanimeren maar bellen de interne MUG (die niet tot de CAR behoort maar tot het ziekenhuis).

Conventies 7.71 – Revalidatieziekenhuizen

- Voorbeelden van urgentiezorg gelinkt aan 7.71 en het ziekenhuis: plots bloedbraken, acute urineretentie met een opgezette blaas, zich verslikken.
- Alle zorgverleners in het ziekenhuis moeten een reanimatiecursus volgen. De artsen en de mensen die in het zwembad werken moeten een bijkomende opleiding volgen.
- De arts beslist of patiënten bij ons geholpen kunnen worden of doorgestuurd moeten worden

Autonome CAR

- Niet aan de orde, wij bellen de ambulance.

5.2.2 Crisiszorg

Universitaire CAR

- Dat gebeurt occasioneel, bv. bij gehoor of dysfagie patiënten. Er is dan voornamelijk overleg met de psychiater maar die behoort niet tot de conventie. Wij nemen dat voor een deel op en dan gaan we in overleg.

Conventies 7.71 – Revalidatieziekenhuizen

- Bv. een NAH patiënt die thuis woont met een mantelzorger. Als die mantelzorger plots iets voorheeft, doen wij aan crisiszorg door hospitalisatie. Als die mantelzorger overlijdt, moeten we binnen een beperkte tijd zoeken naar een oplossing (dit is ook zo bij CAR). Er is een mogelijkheid binnen onze organisatie om die crisisopvang te voorzien.
- Vreemd om in een crisissituatie op voorhand te beperken in tijd.

Autonome CAR

- Dat komt erg beperkt voor.

Verslag

Titel: Werkgroep 18 PVF revalidatieziekenhuizen
Datum, uur: 31-10-2019, 9u30 – 12u30
Plaats: Brussel, Herman Teirlinckgebouw

In wat volgt, wordt een overzicht gegeven van de input van de werkgroepleden.

1 Kenmerken van de revalidatieziekenhuizen

- In totaal gaat het om een 1200 bedden, die deel uitmaken van het Budget Financiële Middelen (BFM) - Budget RevalidatieZiekenhuizen (BRZ). Dit is een Vlaamse financiering (ingesteld n.a.v. het overdragen van de revalidatieziekenhuizen i.h.k.v. de 6de staatshervorming) en vervangt het BFM, dat federale financiering was. Het BFM is nog steeds federale financiering voor de algemene ziekenhuizen. Daarnaast bestaan er revalidatie-overeenkomsten (meestal aangeduid als conventies) voor bepaalde patiëntengroepen, waarvan de meeste van het Vlaamse niveau overgeheveld zijn en andere op federaal niveau (RIZIV) gebleven zijn. In functie van het aantal conventies waarmee men mee werkt maakt het een groter of kleiner deel uit van de totale omzet. Op vele vlakken zijn de revalidatieziekenhuizen erg verschillend: de conventies die we hebben, de pathologieën, de leeftijdsgroepen (baby's, kinderen, volwassenen, ouderen), type artsen, personeel.
- Info over conventies van de werkgroepleden:
 - Federale conventie 951. Dit wordt de restconventie genoemd. Dat staat helemaal los van de bedden.
 - 7.71 reva-conventie (Vlaams VAZG)
 - 7.71 TMST-conventie = transmuraal MS-team waarbij we al een tiental samenwerkingsovereenkomsten hebben met algemene ziekenhuizen uit verschillende netwerken (Vlaams VAZG)

- Chronische MS/ALS – Huntington conventie (federaal RIZIV)
 - Federale conventie 950. Deze start in de acute ziekenhuizen. Als een patiënt dan overkomt naar een revalidatieziekenhuis, dan wordt die conventie verdergezet. Maar die patiënten vallen in het acute ziekenhuis onder andere financiën.
 - 7.90 mobiliteitshulpmiddelen (Vlaams VAZG)
 - Voor het luik dat niet Vlaams geworden binnen de financiering van de revalidatieziekenhuizen werden er individuele overeenkomsten afgesloten tussen revalidatieziekenhuis en het Riziv: hiervan werden documenten opgemaakt maar werden nog niet ontvangen door revalidatieziekenhuizen.
- In alle revalidatieziekenhuizen wordt **multidisciplinaire revalidatie** (inclusief diagnostiek) aangeboden, steeds vanuit een **medisch kader** en in opdracht van een arts-specialist. Het betreft **post-acute zorg**, die plaatsvindt na de acute opstoot. Eerst moet de patiënt medisch stabiel zijn. Vb: premature beademde kinderen. Het zorgaanbod van deze ziekenhuizen heeft dus zijn plaats in de **subacute fase**. Deze groep van revalidatieziekenhuizen passen niet binnen de definitie van long-term care in tegenstelling tot andere groepen binnen de VSB.
 - De vraag wordt gesteld hoe we aan persoonsvolgende financiering kunnen doen voor dingen die acuut gebeuren. Bv. Iemand krijgt acuut een beroerte en 14 dagen na de beroerte wordt hij opgenomen in revalidatieziekenhuis. Op 14 dagen tijd kan de overheid die persoon geen ticket geven om al een inschatting te kunnen maken voor zijn revalidatie. We zitten met patiënten in een subacute fase waarbij de medische context voor patiënten niet stabiel is.
 - De multidisciplinaire revalidatie in revalidatieziekenhuizen volgt meestal op de acute zorg die aangeboden wordt in acute ziekenhuizen. Maar we werken evenzeer met **hoogtechnologische apparatuur**, er zijn evenzeer vele **gespecialiseerde disciplines** aan het werk. In de revalidatieziekenhuizen worden daarenboven **complexe revalidatietrajecten** aangeboden, hetgeen niet het geval is voor de acute ziekenhuizen (acute Sp-bedden).
 - De behandelingen die in revalidatieziekenhuizen aangeboden worden (post-acute zorg) zijn beter te vergelijken met de behandelingen van acute ziekenhuizen (acute care), dan met het aanbod van bijvoorbeeld herstelorden (long-term care). Wij zijn het Sp-ziekenhuis van het acuut ziekenhuis. Dus de mensen komen **vrij snel na de heel acute fase terecht** in een revalidatieziekenhuis. Patiënten verlaten ook altijd maar sneller het acute ziekenhuis, waardoor de zorg in het revalidatieziekenhuis meer en meer aansluit bij de acute opname. Er is een grote zorgzwaarte aanwezig bij de patiënten. Maar de belangrijkste vraag moet uiteraard blijven: waar ligt die patiënt het best met zijn nood?
 - Alle revalidatieziekenhuizen spelen een **locoregionale rol**, en daarnaast hebben we een **supra-regionale rol**, afhankelijk van de specialisatie. Die verhoudingen zijn niet in alle revalidatieziekenhuizen dezelfde. De supraregionale rol wordt bepaald door de lage prevalentie van de pathologie die in het betreffende revalidatieziekenhuis behandeld wordt,

en waarvoor je maar op enkele plaatsen de expertise kan ontwikkelen. Bijvoorbeeld NMSC werkt supraregionaal (+/- een kwart van onze patiënten zijn Franstalig en komen uit het Brusselse en Waalse gewest) en is niet verbonden aan een bepaald ziekenhuisnetwerk. Dit omwille van de specialisatie in de behandeling van MS en omwille van de samenwerking met AZ uit verschillende netwerken (zie TMST).

- Verschillende revalidatieziekenhuizen zullen deel uitmaken van een **ziekenhuisnetwerk**. Niet alle revalidatieziekenhuizen hebben hiervoor gekozen omwille van hun supra-regionale functie. Er is bij alle revalidatieziekenhuizen instroom vanuit ziekenhuizen uit verschillende netwerken.
- De bedenking wordt gemaakt dat de **opdeling** in organisatiegebonden kosten en persoonsgebonden kosten voor revalidatieziekenhuizen anders ligt en moeilijker is dan voor de anderen groepen die een onderdeel zijn van de VSB (bijv. woonzorgcentrum). Bijvoorbeeld de apparatuur die aanwezig, er zijn veel verschillende disciplines aanwezig. Wij leunen meer aan bij een acute ziekenhuissetting.

2 **Bezorgdheden van de directieleden van de revalidatieziekenhuizen bij (de gevolgen van) VSB**

- De sector van de revalidatieziekenhuizen is reeds een traject van vijf jaar aan het afleggen om duidelijk te krijgen welke plaats zij dienen te hebben in het zorglandschap, en hoe de (ingewikkelde) financiering best zal lopen. Vlaamse en federale administraties, Zorgnet-Icuro en nu ook een universiteit heeft de directies hier al verschillende keren voor uitgenodigd. Er is echter frustratie over hoe weinig dit traject na vijf jaar heeft opgeleverd. De Vlaamse overheid heeft in 2015 de Vlaamse en federale financiering juridisch in kaart gebracht (na te vragen bij Tom De Boeck), om de federale en Vlaamse bevoegdheden goed op elkaar te kunnen afstemmen. In 2015 heeft de sector een zorgportfolio gemaakt om de sector kenbaar te maken na de 6de staatshervorming. Daar is het cahier van Zorgnet-Icuro op gevolgd - een waardevol document - waarin de revalidatieziekenhuizen zich hebben kunnen aftoetsen aan de andere revalidatiediensten. Daarna is er een ontwerp van voorstel van samenwerkingsakkoord opgemaakt in verband met de positionering van revalidatieziekenhuizen in het ziekenhuislandschap. Op 4 december 2018 heeft er een meeting plaatsgevonden met Riziv, de Vlaamse administratie en Zorgnet-Icuro met als doel de individuele overeenkomsten te kunnen tussen de revalidatieziekenhuizen en het Riziv. Maar die overeenkomsten hebben we nog niet ontvangen. Er werd aangeduid dat er een afsprakenkader dient te komen tussen de federale en de Vlaamse overheid om de continuïteit te bestendigen (ter info - dit afsprakenkader is intussen gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 27-12-2019 en werd aan de revalidatieziekenhuizen bezorgd, echter niet als individuele overeenkomst).
- Het is erg belangrijk dat we het **statuut van revalidatieziekenhuis** kunnen blijven behouden, dat bestaat *naast* de acute Sp-bedden van acute/universitaire ziekenhuizen. We zijn allemaal

ziekenhuizen. Drie of vier revalidatieziekenhuizen zullen trouwens ook deel uitmaken van een ziekenhuisnetwerk, of andere groepering van ziekenhuizen in de regio.

- De directieleden stellen zich **grote vragen** bij het feit dat de revalidatieziekenhuizen zullen deel uitmaken van **VSB**:
 - Vele van onze patiënten brengen evenveel tijd (eerst) door in een acuut ziekenhuis, en daarna bij ons. Het vormt samen één traject voor de patiënt. Elk verschil in financiering tussen het eerste en het tweede deel van het traject is oneerlijk. Als de revalidatieziekenhuizen in de VSB zouden moeten komen zullen er binnen de revalidatiesector twee sporen ontstaan: dat van de revalidatieziekenhuizen die Vlaams gefinancierd worden, en dat van de Sp-bedden die federaal gefinancierd worden. Welke financiën gaan we moeten afgeven, als het budget vanuit de VSB erbij komt? Welke van beide “soorten ziekenhuizen” zal financiën moeten afgeven en welke zullen verkrijgen? Deze vragen brengen onrust in de revalidatiesector, waarbij reeds nu personeelsleden uit de revalidatieziekenhuizen weggaan om in een puur federaal gefinancierd ziekenhuis te gaan werken.
 - In de conceptnota revalidatie staat vermeld dat de Vlaamse Sp-bedden van revalidatieziekenhuizen zullen omgevormd worden naar **R en R+ bedden**. Die zouden betere financiering krijgen voor betere zorg, maar het normenkader moet er nog voor uitgewerkt worden. In de acute (federaal aangestuurde) ziekenhuizen zou men deze reconversie ook wel willen. Het gaat momenteel zover dat de acute ziekenhuizen bepaalde revalidatieziekenhuizen aanschrijven om te vragen om bedden te verkopen. Maar de know how van de revalidatieziekenhuizen zou hier wel mogen gevaloriseerd worden.
 - Het systeem is niet uit te leggen aan de patiënt: het onderscheid van federaal en vlaams aanbod, dat anders gefinancierd zal zijn. De patiënt “fietst” van federaal naar vlaams aangestuurde zorg, en omgekeerd. De patiënt gaat nooit meer de garantie hebben dat hij het volledige aanbod krijgt dat hij nodig heeft.
 - VSB wil zeggen dat alle Vlaamse aangestuurd zorg één grote fusie wordt. Dus de vraag is dan welke ziekenhuizen er wel in zullen opgaan, en welke niet. Alles is mistig, want alle sectoren op alle lijnen zijn aan het reorganiseren. Er bestaat een groot risico dat de patiënt uiteindelijk niet de zorg gaat krijgen die hij nodig heeft!
 - Voor zorg die aangeboden wordt aan zorggebruikers met een chronische problematiek in een thuisvervangend milieu kan met zorgticketten gewerkt worden. Maar in revalidatieziekenhuizen kan de zorg die aangeboden wordt behoorlijk acuut van aard zijn. Hoe wil je PVF realiseren voor zorg die acuut dient aangeboden te worden?
 - Revalidatieziekenhuizen zullen een **basisstructuurfinanciering** moeten krijgen, eventueel verrijkt met zorgtickets die besteed moeten worden in gespecialiseerde ziekenhuizen.

- **Spreiding van de revalidatieziekenhuizen** in Vlaanderen zit niet juist. Maar met het cahier van Zorgnet-Icuro hebben we reeds een goede oefening gemaakt van hoe de zorg voor de verschillende pathologieën verdeeld dient te worden over de revalidatieziekenhuizen. We vragen aan de Vlaamse overheid om dit mee op te nemen in hun beleid, want dit voldoende goede aanbod dat daarin beschreven staat, bestaat momenteel niet.
- Omdat de budgetten voor VAPH voor dit jaar reeds op zijn, zullen revalidatieziekenhuizen gaan dichtslippen. Er is veel **nood om op elkaar af te stemmen**.
- Vele **andere types voorzieningen** willen **revalidatie** gaan **aanbieden** omdat Vlaanderen er geld wil voor voorzien. In de hersteloorden bijvoorbeeld (wel erkend, niet gefinancierd) zit men wat financiële draagkracht betreft op zijn tandvlees. Zij willen ook financiering. Zij nemen steeds meer het woord revalidatie in de mond, om ook in aanmerking te komen voor de Vlaamse financiering van revalidatie-bedden. En daarnaast beginnen de woonzorgcentra en de multifunctionele centra (VAPH) ook revalidatie aan te vragen. Maar de revalidatie die in de revalidatieziekenhuizen worden aangeboden is een totaal ander gegeven dan wat deze types voorzieningen (willen) aanbieden. Het vraagt specifieke knowhow, multidisciplinariteit, specifieke technologie, specifieke medicatie, etc.
- Het is belangrijk dat patiënten op tijd doorgestuurd worden naar een revalidatieziekenhuis, indien multidisciplinaire revalidatie nodig is. Multidisciplinaire revalidatie wordt gefinancierd via **K-nomenclatuur**. Deze is beperkt. Indien er te veel K-nomenclatuur in een acute ziekenhuissetting wordt opgebruikt, kan men niet altijd alle revalidatiedoelstellingen op een goede manier behalen. Indien dat het geval is moet men overgaan op M-nomenclatuur en moet multidisciplinaire revalidatie onder M-nomenclatuur gefinancierd worden.
- Een belangrijk deel van de omzet (en activiteit) van revalidatieziekenhuizen is nog steeds federaal gefinancierd: chronische conventie, apotheek (groot belang van “dure” medicatie voor MS), honoraria artsen (deels vergoed in de Vlaamse conventieforfaits, deels via federale RIZIV-nomenclatuur voor patiënten die niet in conventie behandeld worden). De leden van de werkgroep vragen zich af hoe dit te rijmen valt met de Vlaamse PVF?

3 Reacties op de voorbereidende nota voor deze werkgroep

3.1 Vragen en opmerkingen bij de doelstelling van de werkgroep

- De doelstelling van de werkgroep is onduidelijk. Is het de bedoeling om de financiële, medische of beleidsmatige positionering van de revalidatieziekenhuizen duidelijk te krijgen door deze werkgroep?
- Onze reactie wordt gevraagd op zorgvormen, zorgfuncties. Maar alleen de artsen die werkzaam zijn in onze ziekenhuizen kunnen daar een volledig en goed gemotiveerd antwoord op geven. Jullie kunnen niet een nieuw ziektemodel opbouwen waar de revalidatieziekenhuizen bij horen zonder de artsen daarin te betrekken. Je moet de artsen mee hebben om de revalidatieziekenhuizen mee te nemen in VSB.

- Wij kunnen en willen niet in de plaats van onze artsen spreken, dus wij kunnen hier onze achterban niet vertegenwoordigen. Met onze input kan jullie studie niet valide zijn.
- Wij kunnen nu enkel zeggen dat de revalidatieziekenhuizen niet passen binnen VSB. Sommige artsen stappen over naar federale ziekenhuizen omdat ze niet willen passen in het Vlaamse VSB-verhaal, want we verliezen veel doordat we niet als ziekenhuizen worden bekeken. Het totale plaatje van de revalidatiesector werd niet bekeken. We worden in een club (VSB) gebracht waar we niet in thuis horen.
- De directieleden stellen voor om een tweede afspraak te maken met artsen van de revalidatieziekenhuizen (één arts per instelling), zodat ze kunnen motiveren waarom ze niet binnen VSB horen.

3.2 Zorgvormen

- Definitie zorgvorm:
 - Een zorgvorm houdt ook medische dienstverlening in. In revalidatieziekenhuizen gebeurt alles binnen een medisch kader, zowel voor de ambulante zorg als voor de hospitalisatie. De geneesheer bepaalt welke therapie multidisciplinair gegeven wordt. De arts bepaalt de complexiteit van de zorgnood.
 - De infrastructuur is helemaal anders dan in niet-medische settings (eerstelijns, hersteldiensten, WZC), omdat we heel gespecialiseerde zorg aanbieden. De reval ZH hebben ook medisch-technische diensten, er is een ziekenhuisapotheek. Er zijn dus een aantal ziekenhuisfuncties. De zorg is daardoor duurder dan de niet-medische zorg. Ook het personeel is specialistisch, waardoor het meer geld kost.
 - In de definitie moet ook diagnostiek vermeld worden. In revalidatieziekenhuizen gebeurt ook medische op puntstelling.
 - Deze definitie is niet van toepassing op de revalidatieziekenhuizen. De primaire insteek van revalidatieziekenhuizen is de *gezondheidssituatie* verbeteren. We zijn ziekenhuizen!!
 - We moeten vertrekken vanuit pathologieën, omdat revalidatieziekenhuizen vanuit een medisch kader werken. Probleem met de definities van VSB is dat dit nooit over medische zorg gaat.
 - Voor bepaalde ziektenbeelden binnen de revalidatie setting kan aanklampende zorg voorkomen bij voorbeeld binnen de psychogeriatric. Aanklampende zorg kan in verschillende zorgvormen voorkomen dus eerder een zorgfunctie dan een zorgvorm op zich. Verschil tussen een dringende ziekenhuisopname en aanklampende zorg is dat bij een dringende ziekenhuisopname een arts moet akkoord zijn om de patiënt op te nemen bij aanklampende zorg daarentegen is dat niet het geval en kan dit voorkomen binnen verschillende fase gedurende de opname.
- Wij zijn een ziekenhuis als zorgvorm, ook al vallen we onder Vlaamse bevoegdheid. Wat zegt de ziekenhuiswet over wat een ziekenhuis is? We moeten geneeskunde aanbieden.

- Ons werk past niet onder de definities van de verschillende zorgvormen. De definitie van revalidatieziekenhuis staat niet in VSB. De definitie moet uit het overname decreet gehaald worden.
- Verschil andere zorgvormen binnen VSB die revalidatie aanbieden en revalidatieziekenhuizen is dat binnen een revalidatieziekenhuis medische acute multidisciplinaire revalidatie gegeven wordt.
- Residentiële zorg is geen hospitalisatie.
- Semi-residentiele zorg
 - Wat is het verschil tussen daghospitalisatie (die uit hospitalisatie-terminologie komt) en semiresidentieel? Daghospitalisatie is zelfde omkadering dan residentieel, maar de patiënten slapen er alleen niet. Ze krijgen dus ook eten. Semi-residentieel is geen daghospitalisatie. Het is daghospitalisatie en niet semi-residentiële zorg. Daarnaast zijn er ook mogelijk situaties (denkbaar) dat men enkel overnacht in revalidatieziekenhuizen o.w.v. de omkadering en overdag elders verblijft.
 - Het is een opname die partieel is. Maar dat is nog iets anders dan een daghospitalisatie.
- Mantelzorg wordt betrokken in de multidisciplinaire zorg. Waarom is dat geen aparte zorgvorm?
- Ook ambulante zorg is acute, multidisciplinaire en medische zorg
- Mobiele zorg is aanwezig: transmuraal teams (771), ademhalingsondersteuning thuis (riziv-conventie).
- Aanklappende zorg:
 - Niet voor reva ZH, wel voor hersteldiensten (hersteloord).
 - Misschien ook wel voor de psychogeriatric reva ZH. Voor bepaalde ziektebedden kan het wel noodzakelijk zijn.
 - We willen ziekenhuis statuut blijven behouden, daarom noemen we het niet graag aanklappende zorg. Bij ons zou je dan spreken over dringende ziekenhuisopnames.

3.3 Zorgfuncties

- Definitie zorgfunctie:
 - het gaat om *medische* activiteiten (bij ander diensten niet-medische taken)
 - Het betreft bij revalidatieziekenhuizen geen ondersteuningsnood. Het gaat hier over een behandelings- of diagnostiekneed. De patiënt moet beter buiten geraken dan hij binnenkomt.
- Definitie zorgactiviteit:
 - Door opleiding én vervolgopleiding.
 - We missen evidence-based.

- Ik kan me echt niet vinden in deze definitie. De zorgactiviteit is behandeling, revalidatie-activiteit. De definitie vinden we in het cahier van Zorgnet. Dit kan gebruikt worden voor het concept-verhaal.
- Aanmelding, screening, intake:
 - Patiënten melden zichzelf niet aan, maar worden doorverwezen . Dus is dat dan aanmelding?
 - Mensen kunnen inderdaad doorverwezen worden. Dat wordt multidisciplinair bekeken.
 - Opnameprocedure binnen de 24u binnen de opnamecommissie. Dan wordt gekeken of die in één van de 15 reval-trajecten past (zie overzicht dat Inkendael gemaakt heeft van 15 revalidatie-trajecten).
- Diagnostiek
 - gebeurt multidisciplinair. Dat duurt lang omdat alle disciplines daarbij betrokken zijn.
 - De diagnostiek kan enkele dagen duren. Screening gebeurt ook door alle disciplines, zodat alle doelstellingen duidelijk zijn. Screening kan niet zonder diagnostiek. Om dan te kijken welke behandeling nodig is.
 - We vullen de diagnostiek aan voor die patiënten waarbij dit reeds in het vorige ziekenhuis gedaan werd.
- Verzorging
 - Die omschrijving is totaal niet dekkend voor alle dingen die we doen. We werken naar evolutie, naar behandeling, resocialisatie, re-integratie toe. Patiënten moeten beter buiten gaan dan ze binnen gegaan zijn.
 - We gebruiken het ICF model. Dus we doen wel verzorging. Maar het is niet de core business. Het is maar een klein gedeelte van hetgeen we doen.
 - We willen geen onderscheid tussen verzorging en revalidatie.
 - Verzorging en activering hangt heel nauw samen.
- Begeleiding
 - Hier horen ook andere vormen van educatie bij, zoals rond medicatie, auto-medicatie, educatie van familie/mantelzorgers
 - Het verhaal rond pijnbegeleiding: mensen leren omgaan met pijn
 - De link met reval missen we, waardoor niet alles wat wij doen rond begeleiding hieronder valt.
 - Health literacy hoort hier ook bij.
- Urgentiezorg
 - Mid-care, waar mensen beademd worden.
 - Waar trek je de lijn?
 - Eerste zorgen en dan komt de MUG.

4 Concluderende opmerkingen bij deze werkgroep

De Vlaamse overheid wil een eigen ziektemodel. Het federale model is er al sinds 1964. De revalidatieziekenhuizen hebben daar altijd binnen gefunctioneerd. Zij voldeden aan al de verwachtingen qua erkenning.

VSB is gestart binnen woonzorg. De Vlaamse overheid wil dit uitbreiden naar alle andere vormen van zorg die onder Vlaamse bevoegdheid vallen. De revalidatieziekenhuizen zijn er als laatste bijgekomen, en wij hangen het hardst vast aan de federaal aangestuurde zorg.

VSB is een tang op een varken voor ons. Misschien is zeggen dat je je vergist hebt, en de klok terugdraaien, beter. Misschien kunnen we Vlaams blijven, maar niet in VSB.

Er is al ongerustheid bij het personeel. Het personeel begint naar andere ziekenhuizen te gaan. Wij willen die braindrain niet hebben.

Hoe kan je eruit geraken? Het budget van 1200 bedden omvormen tot 1 conventie? Dan moet er geen normerend kader gemaakt worden, en dan verdelen de revalidatieziekenhuizen het budget.

Het moet met de artsen bekeken worden of de revalidatieziekenhuizen bij het traject van de 19 PVF-werkgroepen blijft. Dus dat is na deze werkgroep niet duidelijk.

Een laatste en nadrukkelijke vraag vanuit deze werkgroep: iemand moet de revalidatieziekenhuizen vertegenwoordigen in de stuurgroep van dit SWVG-project.

5 Extra informatie

Documenten met extra informatie die aan de onderzoeker werden bezorgd:

- https://issuu.com/w247/docs/2015_cahier_portfolio_revalidatiezi
- <https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/Cahier%20Revalidatiegeneeskunde%20def.pdf>

Verslag

Titel: Werkgroep 19 Visuele stoornissen
Datum, uur: 21-10-2019, 9u30 – 12u30
Plaats: Hendrik Consciencegebouw Brussel

In wat volgt, wordt een overzicht gegeven van de input van de werkgroepleden.

1 Kenmerken van de zorgvormen/ algemene bedenkingen/ aanvullingen voorbereidend document

- Centra ook erkend bij VAPH. Het is soms onduidelijk voor de patiënt maar ook dubbel werk voor de organisaties. Soms zijn er discrepanties op vlak van erkenningen. Wel kunnen inschrijven in visuele revalidatie maar dat VAPH vindt dat deze persoon niet tot de doelgroep behoort. Soms doet het VAPH heel moeilijk om erkenning te geven omdat ze de pathologieën minder goed kennen.
- Aantal sessies zijn gebaseerd op leeftijd en niet op zorgnood/zorgzwaarte/ernst van de aandoening. Als je 65+ bent en al lang slecht ziet heb je geen recht op de 120 sessies in de eerste periode indien je dan helemaal blind wordt. Als je acuut blind wordt na je 65 heb je wel recht op die 120 sessies. Bij elke acute blindheid of slechtziendheid heeft men nood aan een hogere frequentie van aantal zittingen. De leden van de werkgroep wensen dit verschil te benadrukken: Wanneer je plots slechtziend wordt na je 65e: heb je recht op twee periodes van 15 zittingen. Wanneer je blind wordt na je 65e, heb je recht op 120 + 15 zittingen. Daarnaast hebben mensen ook geen recht op een deze prestaties (met name een extra 120 zittingen in de eerste periode) wanneer ze al eerder ingeschreven werden in een revalidatiecentrum als slechtziend. Bv. je bent slechtziend door een aandoening. En door een andere aandoening word je blind. We kunnen dan geen 120 zittingen aanvragen, ondanks dat er dan andere hulpmiddelen/ technieken/... aan bod moeten komen., je je moet aanpassen aan een nieuwe manier van leven.

- Type 6 onderwijs bieden we zelf wel aan als zorgvorm. Dit is niet zo voor UZA, UZ Gent en UZ Leuven. Ik heb al de boodschap gekregen dat we het niet mogen aanvragen.: De Markgrave VZW heeft een Heropleidingscentrum voor personen met een visuele beperking, dit is Type 6-onderwijs. Als revalidatiecentrum zijn wij een onderdeel van de VZW, maar we mogen deze personen niet verder helpen vanuit de conventie.
- Visueel perceptieonderzoek binnen neurologisch verslag.
- De pathologie includeert 3 doelstellingen. De pathologie helpt om in te schatten wat de problemen zullen zijn.
- Wij zouden op voorhand moeten kunnen zien of iemand al ergens ingeschreven is geweest. De persoon heeft al zoveel formulieren getekend zoals bv VAPH-documenten en weet dus niet of hij/zij al ingeschreven is. We bellen dus wekelijks naar de mutualiteiten om dit te vragen. Het zou handig zijn als dit ergens in het systeem stond, centraal toegankelijk zou zijn.
- Het is ook handig om te weten of men remgeld verschuldigd is of niet. Dan moet je andere facturen maken. Het remgeld is 1,84 euro, tenzij men recht heeft op verhoogde tegemoetkoming krijgt
- Het logistiek aspect wordt niet vermeld in onze conventie. Ik denk wel dat er een administratief bediende in de conventie staat.
- 80 zittingen tussen 0 en 4 jaar is niet genoeg. We komen dan wel al eens in de problemen. Sommige pathologieën vereisen meer sessies dan andere. Bij slechthoortheid tgv neurologische aandoeningen hebben we vaak niet genoeg sessies. In de periode van 0-4j gebeurt er heel veel. 80 zittingen zijn dus te weinig.
- Als er een nieuwe aanvraag komt, zien we dat als een nieuwe zorgvraag. We doen niet altijd een intermediair bilan. We doen dit wel als de persoon zegt dat hij/zij achteruit is gegaan. Als er een nieuwe doelstelling bij komt, dan doen wij dat gewoon en is er geen intermediair bilan. Bij ons is dat vooral gekoppeld aan het zicht. Het intermediair bilan is er gewoon voor ons om stil te staan bij de nieuwe situatie. Bij een wijziging wordt de hulpvraag nog eens in kaart gebracht door de therapeut. Bij een intermediair bilan moet de arts ook opnieuw een evaluatie doen. Indien dit niet nodig is, wordt er geen intermediair bilan opgesteld.
- Elke therapeut zou betaald moeten worden voor de prestaties die hij doet. Er is veel werk ter voorbereiding en follow-up van revalidatiezittingen, naast de patiëntencontactmomenten.
- Voor sociaal werkers mogen we ook geen zitting aanrekenen. Men krijgt een afspraak maar geen vergoeding.
- Infrastructuur wordt bij ons ook niet meegerekend.

2 Zorgvormen

2.1 Definitie zorgvorm:

- Er wordt in de definitie niets gezegd over de kwaliteit van de zorg.
- De focus in de definitie ligt op het 'niet-medische' terwijl het medische er ook een onderdeel van is. Vooral in de diagnostische fase is het medische belangrijk. De juiste diagnose moet gesteld worden. Een arts is hier onontbeerlijk en heeft hierbij een superviserende functie. Hij kan adviseren en sturen. Als je in het begin geen arts hebt, is het trial en error. Als je op voorhand niet weet of het een progressieve aandoening is, kan je verkeerde beslissingen nemen. Ook wat de oriëntatiemobiliteit betreft is de input van een arts belangrijk. Bijvoorbeeld bij een Usher problematiek. Er moet echt nauw opgevolgd worden door artsen wat haalbaar is en wat niet. Daarnaast is de arts in elk proces betrokken. Hij zit mee in de teamvergaderingen en informatie wordt dan uitgewisseld.

2.2 Zorgvorm

- Ambulante zorg: 1 sessie duurt 1 uur en er staat geen limiet op het aantal uren per dag. De conventie laat nu meerdere uren toe.
- Mobiele zorg maakt het grootste deel uit van zorg, ongeveer 80%. Het meeste gebeurt dus thuis. Dit is anders voor UZ Gent, ongeveer 50% aan huis, werk, school en 50% in het centrum en de satellietlocaties.
- We werken rond mobiliteit en dit is bijna altijd in de eigen woonomgeving. Als we mobiele hulpmiddelen gaan testen doen we dat liever thuis. Als daar bv minder goede verlichting is, is het beter om het daar te testen. Als je iets moet testen in de ideale omgeving of thuis is er wel een verschil. Als er grote hulpmiddelen nodig zijn, moeten ze wel tot bij ons komen.
- Dit houdt in dat we de mobiliteit nagaan in de eigen woning, aanpassingen in de gemaakt kunnen worden aan de woning zelf; toelichten van demomodellen, enz.
- Geen residentiële zorg mogelijk.
 - Bij acute blindheid is een opname niet mogelijk. Hierdoor kunnen we cliënten met acute blindheid geen oplossing aanbieden. Soms houden ze daarom patiënten langer in het ziekenhuis voordat wij kunnen starten. Maar bij sommige patiënten die plots blind worden, hebben wij soms niet onmiddellijk een oplossing omdat er niet onmiddellijk een link is met een andere pathologie die in het ziekenhuis behandeld wordt. Daarnaast zijn er weinig voorzieningen die bij acute blindheid kunnen optreden.
- Er wordt geen semi-residentiële zorg aangeboden, al vinden de leden van de werkgroep dit een interessante zorgvorm. Wij proberen dat wel maar wij hebben geen infrastructuur om 's middags een maaltijd aan te bieden. Als we dat konden aanbieden, zouden we ook ADL kunnen evalueren bijvoorbeeld.

- Aanklampende zorg is geen specifieke zorgvorm die binnen onze conventie voorkomt. Wij doen meer aan ambulante en mobiele zorg. Soms gaan ze wel met de familie naar het aanvangsbilan en dan beslist de persoon toch om het niet te doen. Er zijn wel momenten dat we de persoon toch niet loslaten en gaan we contact blijven houden. Er zijn ook mensen die niet in aanmerking komen en dan houden we ook het contact om de stap de volgende keer te verkleinen. Soms vormt de taal een barrière. Als de persoon geen Nederlands, Frans of Engels kan, is het belangrijk dat die persoon eerst de taal leert. Zo zijn er ook slechtziende kinderen van allochtone ouders. Recent was er ook een leerkracht die belde. Wij hebben dan gevraagd om eerst de arts te contacteren om zo een doorverwijzing te krijgen.

2.3 Zorgfuncties

- Definitie zorgfunctie:
 - Iedereen akkoord met omschrijving en definiering van zorgfunctie.
- Definitie zorgactiviteit:
 - Geen opmerkingen bij de definiering van zorgactiviteit.
 - Belangrijk dat een ervaringsdeskundige nog onder 'zorgverleners' kunnen vallen. Bijvoorbeeld een blinde dame die kookles geeft samen met de therapeut, slechtziende patiënten die professionals medewerkers zijn geworden. Meerwaarde voor nieuwe patiënten, slechtziende om ervaringen uit te wisselen.

2.4 Aanmelding, screening, intake

- Voor de aanmelding, is het telefonisch onthaal. Als ze bellen om een aanmelding te doen hoor je al of ze in aanmerking gaan komen. Je hoort dan wat de zorgvraag is en hoe de persoon bij ons terecht is gekomen. Soms bellen ze gewoon voor een speciale horloge bv. We verwijzen dan telefonisch al door.
- Wat er nu omschreven staat bij 'aanmelding, screening, intake' doen we tijdens het bilan. De persoon is dan al gestart bij ons in een traject.
- De omschrijving die er nu staat is de intake en het aanvangsbilan. Het aanvangsbilan houdt in dat de patiënt gescreend wordt. De patiënt komt bij de orthoptist/optometrist. We kijken dan naar kleurzinstoornissen, gezichtsveld... De oogarts doet een fundusonderzoek, een drukmeting en een standaard oogonderzoek en patiëntengesprek. De sociaalassistent of psychologe brengt de sociale kaart in beeld. Bij de kinderen komt de psychotherapeut en ergotherapeut erbij. Volgens de conventie moet het er een oogarts, een orthoptist low-vision therapeut en een maatschappelijk assistent of psycholoog bij zijn.
- De manier waarop de aanvragen worden bekeken verschilt. In een bepaalde voorziening worden alle aanvragen gezamenlijk op een overleg bekeken. Anderen kijken hoe de persoon bij hen terecht gekomen is gekomen en dan kijken of de persoon in aanmerking komt. Soms is er een W-prestatie nodig. Als de patiënt zelf belt en er geen verwijsbrief is, vragen sommige een doorverwijsbrief van de oogarts. Anderen bekijken de verwijsbrief niet op voorhand. Als er een is, gaan

ze ervan uit dat de persoon in aanmerking komt. UZ Gent vraagt een recent oogheelkundig attest <1 jaar oud.

2.5 Indicatiestelling, diagnostiek, evaluatie, observatie, oriëntering, onderzoek, advisering

- Het aanvangsbilan omvat zowel aanmelding als indicatiestelling. Dat zit daarin. Aanmelding om gepaste zorg en ondersteuning te bepalen en indicatiestelling om te bepalen of ze in aanmerking komen voor de conventie. Personen zijn gemakkelijk 3u bij ons binnen voor het aanvangsbilan. Wij brengen de medische diagnostiek, het huidig functioneren en de hulpvraag in kaart. Daarna dan gaan we na hoe we tegemoetkomen aan al die vragen. Maar vanuit de conventie zoals ze nu bestaat, mogen we eigenlijk niet aan diagnostiek doen, maar eigenlijk kan het niet anders... Als je bv merkt dat er cataract is, moet dit eerst geopereerd worden voor je verder kan.
- Momenteel wordt er twee uur gefinancierd: het bilan is 30 min arts, 30 min maatschappelijk assistent en 1u therapeut. Maar het bilan duurt langer. Hierbij zitten de uren van het overleg en de communicatie met de patiënt ook niet mee in vervat. We moeten ook bepalen welke zorg wij opnemen en wat andere partners in het netwerk kunnen opnemen

2.6 Verzorging

- Alle leden van de werkgroep zijn het er over een dat ze zelf de zorgfunctie verzorging niet opnemen. Er wordt doorverwezen naar familiehelp, thuisverpleging. De sociaalassistenten regelen dan dat iemand anders in het netwerk het kan opnemen.

2.7 Begeleiding, ondersteuning, psycho-educatie

- De elementen die opgesomd worden, zijn niet allemaal zaken die binnen onze doelstelling vallen. Psychische stoornissen kunnen wij niet behandelen. Psychotherapie is bij ons niet van toepassing, wel psychologische ondersteuning.
- Wij werken volgens een ICF-model.
- Voorbeelden administratieve taken worden niet overgenomen maar we mogen de patiënten wel aanleren hoe ze structuur kunnen aanbrengen in de administratie en welke hulpmiddelen ze kunnen gebruiken om het makkelijker te maken. Heel veel mensen kunnen bijvoorbeeld ook hun medicatie niet meer zien. We geven tips over hoe ze medicatie wel kunnen nemen maar we gaan de medicatie niet klaarleggen. Vandaar dat wij onze revalidatie meer gelinkt is aan de zorgfunctie 'specialistische en methodische behandeling'. Wij gaan echt functies en vaardigheden aanleren. Bepaalde elementen die bij de zorgfunctie 'Begeleiding, ondersteuning, psycho-educatie' aangehaald worden, komen voor maar steeds om vaardigheden aan te leren en ze dan leren toe te passen.
- Wat er vermeld staat als begeleiding is iets wat de thuisbegeleiding¹ doet. Wij gaan eerder inzetten op specialistische en methodische behandeling. Wij proberen onze doelstelling te

¹ Sinds januari 2017 spreken we niet langer van thuisbegeleidingsdiensten maar van

- hoofdzakelijk diensten voor Rechtstreeks Toegankelijke Hulpverlening ('RTH')
- in mindere mate Multifunctionele Centra ('MFC') voor Niet-Rechtstreeks

bereiken en het vervolg is dan eerder thuisbegeleiding of RTH. Onze kerntaak is om vaardigheden aan te leren (leren lezen, leren medicatie nemen.). Dan neemt de thuisbegeleiding over maar als er dan een probleem opduikt, kunnen ze wel weer naar ons komen en gaan wij dit weer aanpakken.

- Psycho-educatie is voor ons ook belangrijk. De psycholoog wordt bij ons ook ingezet om de revalidatie mogelijk te maken. De conventie voorziet 4 min van de zitting waarbinnen de psycholoog ingezet kan worden. Het eenheidsbedrag dat opgesteld is dat we aan therapie mogen factureren, daaronder zitten een aantal aspecten, waaronder 4 min psycholoog. Als je een 20-uren pakket aanbiedt, kan je dus 1u een psycholoog inschakelen. Terwijl dit vaak veel meer zou moeten zijn. Dit is heel belangrijk voor de patiënten. Het psychisch functioneren is heel belangrijk om de vooropgestelde doelen te kunnen bereiken.

2.8 Specialistische en methodische behandeling

- We willen de persoon zo ver krijgen dat die klaar is voor de revalidatie. Wij werken gericht om de revalidatie mogelijk te maken. Vandaar dat we vallen onder specialistische behandeling en methodische behandeling.
- Het hele zorgtraject dat we met de patiënt hebben valt onder de specialistische en methodische behandeling. Ook het psychologisch gesprek valt daaronder.
- Belangrijke aanvulling is dat er gesproken wordt van herstellen, veranderen en behouden maar verbeteren wordt vermeld. Dit moet toegevoegd worden in de definitie van specialistische en methodische behandeling. Daarom voorstel om het woord 'veranderen' te vervangen door 'verbeteren'.

2.9 Activering, tijdsinvulling, arbeid, bezigheid, vrije tijd, vorming

- Activering, tijdsinvulling, arbeid, bezigheid, vrije tijd, vorming komt niet direct voor. We bieden geen dagbesteding aan. We gaan mensen wel begeleiden naar een organisatie die dan zorgt voor activering of nagaan hoe iemands werkpost aangepast kan worden om de huidige taken nog te kunnen opnemen. Wat wij doen valt weer eerder onder specialistische en methodische behandeling. Wij gaan bijvoorbeeld ook geen weekroosters maken voor de patiënt. Dit wil zeggen dat binnen de specialistische en methodische behandeling die we aanbieden deze onderwerpen wel aanbod kunnen komen indien noodzakelijk om de vooropgestelde doelstellingen te bereiken. (cfr ICF-model)
- Wij zijn ook geen residentiële voorziening. Wij geven ambulante zorg.

-
- allemaal erkend als Vergund ZorgAanbieder ('VZA') voor cliënten met een PersoonsVolgend Budget ('PVB') Bron: <http://www.thuisbegeleidingsdiensten.be/>

2.10 Dienstverlening, vorming, preventie, informatie, supervisie

- De outreach die wij doen valt hier denk ik wel onder. We geven info over de aandoeningen aan bijvoorbeeld CLBs, het COS... Een dienst kan soms ook vragen hoe wij revalidatie doen na een CVA en dan gaan wij een toelichting geven. Vaak is er dan wel een therapeutische relatie.
- Vanuit onze universitaire setting dienen we dit wel te doen.
- De arts moet wel een overzicht houden op de schoolse prestaties van de patiënten en zo wel in contact treden met andere partners. Je kan vaak niet anders dan samenwerken met anderen. Het is een evidentie. Het gaat hier dus over onze contacten en communicatie met de buitenwereld. We steken daar toch wel wat tijd in.
- Wij doen ook al het mogelijk om op congressen aanwezig te zijn, ons kenbaar te maken, etc. Daar wordt veel tijd ingestoken.
- Er wordt op reguliere school ook ondersteuning geboden aan leerlingen die ondersteuning krijgen vanuit het type 6 onderwijs. (vroegere Gon-ondersteuning type 6) In een type 6 school (BuBaO type 6) is het niveau veel lager. Men kan vanuit een type 6 -school weer naar een gewone school overstappen met ondersteuning van OT type 6 = Ondersteuningsteams type 6. Vanuit de klassituatie zijn er veel vragen en toch zijn er veel casussen waar er geen ondersteuning voor is. Dat is ook een taak voor het ondersteuningsnetwerk. Ideaal is dat er een goede communicatie is tussen de ondersteuning in de klas en ons. Ze kunnen het kind dan ondersteunen, aanleren en aanpassen en dan zijn ze weer op weg. We geven de tips en informatie die nodig om weer op weg te gaan.
- De aandoeningen die we behandelen zijn aandoening die je hele leven meedraagt. De manier waarop het niet gefinancierd maakt ondersteuning op maat niet altijd mogelijk. Je kan in een periode van 3 jaar 300 uren aanvragen. Of je kan 1 keer 50 uren in een blok opnemen maar er soms is er veel meer nodig. Je moet dan echt schipperen om te weten of de persoon het nu wel echt nodig heeft of dat die later meer zorgvragen en noden gaat hebben. Maar je kan dat niet altijd op voorhand weten. Je weet ook niet of technologische innovaties nog veel sterker veranderen. Als je dan inzet om nu alles goed aan te leren kan dat betekenen dat de persoon nadien nergens meer recht op heeft. Ook al heeft hij/zij er wel echt nood aan.

2.11 Wetenschappelijk onderzoek

- Iedereen neemt deel aan wetenschappelijk onderzoek vaak gelinkt aan de onderzoeksactiviteiten van het ziekenhuis. Het uittesten van nieuwe technieken, technische hulpmiddelen, onderzoek gelinkt bionische ogen, enz. Er vinden stages plaats.

2.12 Samenwerking, overleg, uitwisseling en samen inzetten van expertise van (netwerk)partners

- Voorstel om 'expertise en informatie die uitgewisseld wordt in functie van een therapeutische relatie met zorggebruiker en doelgroep uit elkaar te trekken' van 'de expertise en informatie die uitgewisseld wordt in functie van een doelgroep, of een gemeenschappelijk thema' omdat de informatie die gelinkt is aan de individueel persoon anders is dan deze informatie die uitgewisseld wordt in functie van een doelgroep of een gemeenschappelijk thema. Alle leden van de werkgroep kunnen zich hierin vinden.
- Telefonische contacten met de diensten gezinszorg en maatschappelijke thuiszorg.
- Wij gaan ook met thuisbegeleidingsdiensten spreken over waar we bezig mee zijn om af te stemmen wie wat doet. Die afstemming is zeer nuttig en nodig maar ook delicaat. Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat iedereen met de neus in dezelfde richting kijkt. Hierbij is er een

therapeutische relatie met de zorgbehoevende persoon. Die werken voor ons en moeten ook onze visie delen en onze conventie kennen. Voor sommige leden van werkgroep is het zo dat ze hun organisatie naar hen gedetacheerd.

Dat is niet bij iedereen het geval. Anderen hebben iedereen zelf in dienst en hebben geen detacheringen of contractuele samenwerkingen.

- Er wordt ook samengewerkt met patiëntenorganisaties met blindenorganisaties, zoals Brailleliga, Blindenzorg Licht en Liefde.
- Er loopt ook een TAS-project: Test en Advies Schoolsystemen. We geven dan toelichting over de schoolbordsystemen. De screening moet gebeuren voor men een aanvraag kan doen. Wij zien de patiënt in revalidatie. De organisatie van dit project is een initiatief dat we opnemen om kwaliteit te verbeteren in advies, medisch, objectief, deskundig, niet commercieel. Dat is een samenwerking met het ministerie van onderwijs, de firma's en de 4 centra. Symposia op congressen oogartsen
- Vorming verpleging oogheelkunde

3 Zorglocaties

- Ambulante zorg: de zorggebruiker verplaatst zich naar het centrum.
- Binnen de (eigen) thuisomgeving van de cliënt (mobiele hulpverlening). Zittingen 'out' zijn zittingen die tellen voor iedere zorggebruiker waarvoor je meer dan 5 km je verplaatst tov het centrum waar je werkt. Dit kunnen we zien al mobiele zorg
- Binnen een andere zorgeenheid binnen de gezondheidszorg: Er wordt ook zorg verleend binnen het ziekenhuis op een andere dienst of zelfs binnen het WZC. Of binnen beschut wonen, in de gevangenis.
- Eén centrum heeft computertherapeuten die via de telefoon advies geven. Dit wordt niet gefinancierd.

4 Soorten zorg binnen VSB: Zorgtrajecten

4.1 Planbare zorgtrajecten binnen de VSB

- Zowel langdurige als kortdurende zorgtrajecten komen voor. Wij hebben vaak een opeenvolging van vragen. Sommige mensen zijn ingeschreven sinds 2004 maar komen telkens terug, tot in 2019, telkens met een andere vraag. De leden van de werkgroep vragen zich af over welke zorg dit dan gaat? Langdurende of kortdurende? Dit kan gaan over langdurende of kortdurende revalidatie: nieuwe technieken en hulpmiddelen komen op de markt, patiënten hun interesses veranderen, hun familiale situatie verandert waardoor ze meer actief moeten worden... Bijvoorbeeld: partner nam vele taken op zich en overlijdt... hierdoor moeten bankzaken/huishoudelijke taken... overgenomen worden en aangeleerd worden met de beschikbare hulpmiddelen.
- Er wordt vermeld dat je niet ook niet kan weten of iemand zijn traject zal bepaald worden door zijn IQ, psychologisch welzijn, etc. Soms komt iemand met de vraag: ik wil Dactylo leren... en pas wanneer die op gang is, ga je zien hoe het loopt. Er gaan vaak al 20 sessies aan vooraf.
- Per zitting evalueer je hoeveel sessies er nodig zijn. Je kan dat niet op voorhand bepalen. Het is moeilijk op voorhand te zeggen. Iets kan voor de ene persoon veel langer duren dan voor de andere. Maar soms moeten we wel doorheen het traject het aantal zittingen gaan verkorten

omdat het te lang duurt en er zijn maar een beperkt aantal zittingen mogelijk. Een stuk van de valkuilen kan je zelf wel inschatten. Maar dat gaat niet altijd.

- Als iemand al zijn sessies opgebruikt heeft, stopt het. Er is een meisje van 16 dat een hersentumor gehad heeft en blind geworden is. Ze heeft nu alles bijna opgebruikt. We moeten nu tot haar 18 wachten voor verdere begeleiding maar dan gaat het ook weer snel op zijn. We kunnen geen verlengingen aanvragen.
- We weten dat iemand niet geneest van een visusaandoening dus in die zin is het traject gewoonlijk lang. Maar het ene traject is een aaneensluitend traject en het andere wordt in blokken gedaan tot het aantal sessies op zijn. Dit wil niet zeggen dat er dan geen zorgvraag of zorgnood meer is. Maar we kunnen geen verdere ondersteuning bieden.

4.2 Niet-planbare zorgepisodes

4.2.1 Urgentiezorg

- Wij hadden eens een dame van 92 gehad die op zich goed was. Maar ze moest te vroeg uit het ziekenhuis en ze moest naar een rusthuis. Ze werd daar aan haar lot overgelaten en heeft dan euthanasie aangevraagd. Op dit moment laat de conventie het niet toe dat er 10 sessies in het WZC gegeven kunnen worden. We konden dus maar 3 sessies gaan om de nodige input te leveren. Dat was te weinig. Ze was blind dus ze kon niet alleen wonen maar ze was cognitief te goed. In zo een woonzorgcentrum moet je echt een mobiliteitstrainer, een adl trainer, etc. opzetten. In die zin is dat eigenlijk wel levensbedreigend en was er urgent meer ondersteuning nodig in het woonzorgcentrum. Je steekt daar dan heel veel tijd in... Maar zoals gezegd gezien haar leeftijd 92 konden we dus maar 3 sessies gaan.
- Ik heb ook wel al uren aan de telefoon gehangen met mensen die van een brug wilden springen. Maar naar welk centrum kan je zo iemand sturen? Ik heb er al doorgestuurd naar de psychiatrie.
- We hebben crisis EN urgentie... Je steekt er veel eigen tijd in.

4.2.2 Crisiszorg

- Crisissituaties maken we allemaal mee maar we hebben geen aangepaste crisiszorg.
- Personen die acuut blind worden, hebben hulp nodig. Iemand die niet meer hoort of ziet dat is toch een crisissituatie.
- In uitzonderlijke situaties kunnen we iemand ook wel enkele dagen laten opnemen in het ziekenhuis.
- We worden soms ook a la minute gevraagd om een bilan op te maken voor mensen die in het ziekenhuis belanden en acuut blind zijn geworden om een of andere reden.