



Afsprakenkader shared care ggz – doelgroep ouderen¹

N.a.v. de samenwerkingsovereenkomst 'Extra middelen mobiele teams'

Dit afsprakenkader situeert zich binnen de samenwerkingsovereenkomst die in 2021 op niveau van het beheerscomité van Diletti werd afgesloten naar aanleiding van de extra FOD-middelen voor de mobiele teams in het licht van COVID. Deze middelen worden ingezet op de doelgroep ouderen. Conform de verwachting van de overheid, werd dit afsprakenkader vormgegeven vanuit een intersectorale, meervoudige blik. De afspraken werden uitgewerkt op basis van praktijkgerichte ervaring van de partners uit GGZ, 1^{ste} lijn en welzijn, betrokken bij de 'schrijfgroep extra middelen mobiele teams – shared care ouderen'. Een adhoc werkgroep¹ kwam bijeen om de pijlers zorgregie, zorgoverleg en zorgplan verder uit te werken. Het afsprakenkader vormt een inspiratiebron voor de lopende shared care oefening in Leuven (Zorgprogramma GGZ voor mensen met een EPA) en in de deelregio's. Het is onze betrachting om zo breuklijnen tussen (jong)volwassenen en ouderen te vermijden. De adviezen hieronder zullen indien nodig worden herzien in functie van het voortschrijdend inzicht die uit de casuïstiek voortvloeien.

Inleiding

De gedeelde zorgsamenwerking die hieronder beschreven wordt, heeft tot doel in te staan voor een geïntegreerd multidisciplinair zorgaanbod met de partners GGZ en partners eerste lijn/welzijn (zie bij stakeholders). **Shared decision making, matched care** en **subsidiariteit, gedeelde verantwoordelijkheid** en **warme overdracht** staan hierbij centraal.

We gaan ervan uit dat rond de oudere cliënt altijd meerdere partijen samen dienen te werken en voor een duurzame zorgomkadering zorgen. De verschillende partners worden gevraagd zich te engageren om samen in de meest gepaste zorg- en dienstverlening te voorzien, waarbij gestreefd wordt naar een **gecoördineerd netwerk van professionele hulpverleners rond de cliënt en zijn context**, met een maximale subsidiariteit.

Een **aantal bouwstenen** die in deze shared care vervat zitten en hieronder waar mogelijk gespecificeerd worden, zijn:

1. De **doelgroep** voor wie de mobiele zorg voor ouderen wordt ingeschakeld,
2. De **zorgactoren** die betrokken partij zijn bij deze doelgroep en dus relevant zijn om de hulpverlening te dekken,
3. De wijze waarop **vraagverheldering** en de **zorgopbouw** gebeurt,
4. Wie de **regie van de zorg** op te nemen, hoe lang en onder welke voorwaarden,
5. Minimale afspraken bij **afronding van zorg** in het teken van zorgcontinuïteit.

¹ Adhoc werkgroep met Belianne De Kock (UPC KULeuven), Ilse Vandepoel (Wit-Gele Kruis), Els De la Ruelle (Hestia), Céline Geunis (SAD), Annelies Duthu (Ferm Thuiszorg) en Veerle Van Vlierberghe (CGG Passant), Ariane Dewil (Operationeel Coördinator Diletti), Kaat Ghyselen (Procesbegeleider Diletti), Evelyne Vereecke (Netwerkcoördinator Diletti), Annicq Hulshagen (Operationeel Coördinator Diletti), Gert Peeters (voorzitter schrijfgroep).



6. De wijze waarop en de omstandigheden waarin een **zorgoverleg** georganiseerd wordt,
7. De minimale elementen in een **gedeeld zorgplan** en hoe dit wordt bijgehouden,
8. Hoe er aan **deskundigheidsbevordering** wordt gedaan.

Het schema in bijlage visualiseert de flow en belangrijkste krijtlijnen van het shared care afsprakenkader.

Scope

Doelgroep

De doelgroep² van de beschreven samenwerking betreft ouderen 65+ (maar voornamelijk focus op biologische/psychologische/sociale leeftijd):

- Met een kwetsbaar profiel => frailty:
 - o Fysiek (chronische aandoeningen, somatische comorbiditeit, medicatiegebruik)
 - o Psychisch/ cognitief (dementie, middelengebruik, bemoeilijkte rouw, delier, laat ontstane psych stoornissen ...)
 - o Socio-economisch (verkleinen sociale netwerken, verhoogd risico eenzaamheid, armoede, ouderen mishandeling...)
 - o Vermijding van zorg
- Ook mantelzorgers met verhoogd risico op kwetsbaarheid
- Waarvoor vanuit de eerste lijn/welzijn een appel wordt gedaan op inzet van expertise inzake ouderenpsychiatrie.

Regio's

De deelregio's en eerstelijnszones binnen Vlaams-Brabant Oost.

Noot: binnen regio Leuven loopt een gelijkaardige shared care oefening binnen het gedeeld project van Diletti en Zorgzaam Leuven 'Zorgprogramma GGZ voor mensen met een ernstige psychiatrische kwetsbaarheid'. De procesbegeleider van de shared care oefening in Leuven werd betrokken bij de uitwerking van dit afsprakenkader. Er wordt zoveel als mogelijk gezocht naar verbinding en kruisbestuiving tussen de samenwerking voor ouderen op netwerkniveau, en de oefening binnen eerstelijnszone Leuven waarvoor de partners actief binnen deze zone een expliciet engagement werden gevraagd.

² De extra middelen die door de FOD toegekend werden aan de mobiele teams voor de doelgroep ouderen gingen gepaard met de boodschap dat deze voorlopig nog niet ingezet mogen worden voor bewoners binnen een woonzorgcentrum. Om de scope te mogen verbreden, kijken we uit naar de beleidstekst die op FOD-niveau wordt uitgewerkt als addendum van de groene gids "[Naar een betere geestelijke gezondheidszorg](#)" en die hopelijk zal gepaard gaan met extra middelen om in te zetten op geestelijke gezondheidszorg voor ouderen.



Betrokken actoren

In eerste instantie zijn volgende stakeholders betrokken partij:

- **GGZ-partners:** mobiele teams, CGG's, psychiaters, psychiatrische ziekenhuizen.
- **Eerstelijns/welzijnspartners:** huisartsen, thuiszorg, thuisverpleging, welzijnspartners (CAW/OCMW/Mutualiteiten), (eerstelijns)psychologen ...
- **De context/naasten** van de oudere.

Eerste contact (aanmelding) i.k.v. toeleiding of advies

- Aanmelden houdt een **engagement** in: de aanmelder staat in voor een '**warme overdracht**³', is bij voorkeur **aanwezig bij een eerste contact** tussen cliënt en de nieuwe zorgactor(en) en blijft **zolang als nodig betrokken** bij het traject.
- Waar de aanmelding ook gebeurt - bij een van de GGZ-partners of bij een partner uit de eerstelijns/welzijn - doet de partner die de aanmelding ontvangt, los van inclusiemogelijkheid een voldoende brede **vraagverheldering**. Hij **stapt hiervoor ter plekke af** bij de zorgvrager in aanwezigheid van 'aanmelder'.
- Er wordt getracht om **elke vraag te oriënteren**, ook al is de vraag niet aan de juiste adres.

Vraagverheldering

- De vraagverheldering gebeurt op de voor de zorgvrager **meest gepaste (vertrouwde) locatie**.
- Idealiter wordt de vraagverheldering in **tandem** tussen GGZ-partner en eerstelijns/welzijnspartner opgenomen zodat er direct een concreet en persoonlijk aanspreekpunt is voor de verwijzer/aanmelder.
- Er wordt hierbij zo goed mogelijk aangesloten bij het **taalgebruik, het ritme en de leefwereld van de cliënt**.
- Indien de zorgvrager vervolgens wordt toegeleid naar een andere of bijkomende partner, dan wordt het volledige intakeproces niet herhaald, maar vertrouwt men op de legitimiteit van de info die reeds uit de eerdere intake werd bekomen. De zorgvrager:
 - Dient dus idealiter **slechts éénmaal het intakeproces** te doorlopen.
 - Wordt **naadloos toegeleid** naar de voor hem/haar meest gepaste (geestelijke gezondheids)zorg en expertise volgens het principe van getrapte zorg, **rekening houdend met de mate aan ernst, complexiteit en risico**. Dit omhelst

³ **Warme overdracht** betekent dat iemand voldoende aandacht besteedt aan het zorgvuldig overdragen van zowel de vertrouwensrelatie, het behandeltraject, alsook relevante informatie en dit bij afronding van de zorg of verwijzing. Het gaat uit van een engagement in gedeelde verantwoordelijkheid. Dit gebeurt in samenspraak en de overdracht wordt afgestemd op de situatie en de noden van de cliënt en zijn context. In de context van deze nota betekent het verder dat een patiënt die aangemeld wordt bij een welbepaalde partner, door deze partner wordt vastgehouden totdat de zorgopbouw effectief gestart is. Exclusiecriteria vormen met andere woorden geen afdoende argument om de patiënt los te laten of zonder meer te verwijzen.

verschillende **lagen**: basiszorg (0^{de} en 1^{ste} lijn), basiszorg mét flankerende GGZ-ondersteuning, specialistische GGZ...

- **Bij onduidelijkheid** over de aard van de problematiek (matig complexe psychische problematiek tot ernstige psychiatrische problematiek) en het te volgen zorgtraject (betrekken van specialistische GGZ of niet) kan vlot de nodige expertise worden aangesproken voor een goede **vraagverheldering (diagnostiek)** en toeleiding. De huisarts en GGZ-partners ondersteunen hierbij. Er wordt ook bekeken met de partners welke rol de 'gespecialiseerde eerstelijnspsychologische functie' kan opnemen in deze vraagverheldering.

Opstart en opbouw van de zorg

- De reeds betrokken partners engageren zich om op basis van de eerste vaststellingen **andere partijen op eenvoudig verzoek** bij de zorg- en dienstverlening **te betrekken** en zo de **zorgopbouw onmiddellijk te initiëren** zodat wachttijden worden beperkt.
- Na aanmelding start de zorg-/dienstverlening zo snel mogelijk op. De zorgopbouw wordt gaandeweg verder vormgegeven.
- Indien uit de vraagverheldering blijkt dat dit aangewezen is, en in geval van wachttijden, wordt bekeken hoe de **cliënt én de verwijzer in tussentijd al ondersteund** kan worden.
- De actoren die op eenvoudig verzoek worden betrokken, vertrouwen op de legitimiteit van de vraagverheldering. Zo zijn er **geen bijkomende intakes** nodig alvorens de zorg verder uitgebouwd kan worden (een verdiepende uitklaring van de doelen en acties kan uiteraard wel nog). Deze partijen sluiten vlot aan bij de zorgopbouw.
- De actoren streven naar **matched care** :
 - Bijv. in het geval van het mobiel team zal de **aard** (modaliteit), **intensiteit** en de **duurtijd** van de begeleiding **aanpassen aan de behoeftes van de cliënt**. Dit kan gaan over: flankerende ondersteuning, uitbouw van het netwerk van de cliënt, outreachende en aanklampende zorg. De intensiteit kan overheen de tijd flexibel af- en terug opgeschaald worden (zie verder).
 - Ook andere partners bekijken hoe ze hun aanbod flexibel kunnen afstemmen op de noden van de doelgroep.
 - **Indien de cliënt zorg mijdend** is en nog niet open staat voor begeleiding, wordt bekeken hoe het informele netwerk (mantelzorger, partner of andere steunfiguren) of het zorgteam **ondersteund** kunnen worden.
- Op medisch vlak blijft de eindverantwoordelijkheid bij de huisarts, waarbij een 'co-management' tussen **huisarts en ouderenpsychiater** een belangrijke succesfactor is. De ouderenpsychiater neemt dan ook initiatief om bij aanvang contact op te nemen met de betrokken huisarts, ook indien deze de aanmelding niet deed, en deze te betrekken bij de 'shared decision making'. Indien de cliënt geen huisarts heeft, wordt deze gemotiveerd om er toch een onder de arm te nemen.



Afronding

- Het is cruciaal dat er voor chronische problematieken **op lange termijn afspraken** worden gemaakt om ervoor te zorgen dat er **stabiliteit** behouden blijft, ook wanneer een ggz-partner de zorg in intensiteit afbouwt.
- Daarom worden er zo snel mogelijk na de opbouw van de zorg **afspraken** gemaakt **over de nazorg** en worden hiertoe zo snel mogelijk de juiste partners geïntroduceerd zodat de afronding niet abrupt verloopt en er reeds een vertrouwensband met de cliënt kan worden opgebouwd.
- Ook omtrent de **regie** (zie verder) dienen er afspraken gemaakt te worden indien de afronding hierin verandering brengt (bv. partner die afrondt had de regie en dient deze over te dragen).
- Zo snel mogelijk, regelmatig en zeker naar het einde van een begeleiding toe, dient er **overleg** (zie verder) te worden georganiseerd om de zorgcontinuïteit te garanderen bij afronding en dienen hiertoe de nodige afspraken opgenomen te worden in het **begeleidingsplan**.
- Er is bij afronding en overdracht steeds voldoende oog voor **warme overdracht** vanuit gedeelde verantwoordelijkheid. Partners blijven zo lang als nodig betrokken in het traject.
- De **ggz-partner blijft bij afronding bereikbaar** voor het zorgteam mocht er opnieuw nood zijn aan opschaling van zorg. Dit kan gebeuren op basis van een '**gezamenlijk en overkoepelend zorgplan**' (zie verder) zonder nieuwe 'intakeprocedure'.

De doelgroep van mensen met een hoog complexe problematiek kenmerkt zich door een fluctuerend verloop van de klachten. Deze fluctuaties vormen een natuurlijk gegeven. Vanuit de herstelgerichte benadering en het principe van 'zorg op maat' hebben deze personen nood aan **periodisch opschalen en afschalen** van de geestelijke gezondheidszorg. Dit is inherent aan de FACT-werking van het mobiele team. Daarom is het beter om, wanneer het mobiel team 'afrondt' bij deze doelgroep, te spreken van een **pauze** in de begeleiding (slapend dossier) dan van een definitieve afronding. Deze pauzes maken het zo mogelijk om nieuwe patiënten in zorg te nemen. Het mobiel team kan voor deze 'gepauzeerde' casussen evenwel vlot terug ingeschakeld worden. Het gedeeld zorgplan, afspraken inzake regie, flankerende ondersteuning vanuit het mobiel team en **waakvlamfunctie** spelen in deze gevallen een belangrijke rol. Het zorgteam kan na **detectie van nieuwe signalen** zo snel terugvallen op de ondersteuning van deze ggz-netwerkpartners.

Gedeelde regie van zorg

We weten dat een deel van de zorgvragen die binnen deze shared care-samenwerking worden opgenomen, door hun complexiteit, veelal nood zullen hebben aan **goede afspraken inzake gedeelde regie**. Daarom worden onder de betrokken zorgteamleden zo vlug mogelijk duidelijke afspraken gemaakt over **wie de regie van de zorg** zal opnemen, hoe lang, onder welke voorwaarden en wat dit dan concreet inhoudt. Regieoverdracht dient dus onderwerp van gesprek te zijn bij de zorgoverleggen met de patiënt, zijn/haar naasten en de betrokken professionals. Bij wisselingen is er per definitie een risico op verlies van zorgcontinuïteit. Dat vraagt om oplettendheid van alle betrokkenen bij deze momenten van wisseling. Het



aanduiden van een geschikte 'zorgregisseur' is een uitdagende oefening. Het voorstel is daarom om per casus een **realistische inschatting** te maken van de mogelijkheden van de betrokken partners om deze verantwoordelijkheid op te nemen. Wie de zorgregie uiteindelijk (al dan niet tijdelijk) opneemt, dient onderwerp te zijn van de afspraken die de partners onderling maken.

Advies inzake zorgregie

Om te bepalen wie de regie best opneemt, gebruiken we een '**regiecascade**':

- Bij een stabiele en/of laag-complexe casus, kan de regie (opnieuw) opgenomen worden door de wilsbekwame oudere zelf, de mantelzorger of een vertegenwoordiger.
- Bij een stabiele en/of laag-complexe casus waarbij noch de oudere, noch iemand in diens omgeving de regie kan opnemen, wordt de regie opgenomen door een eerstelijnspartner. Deze partner behoudt de vrijheid om intern de zorgregisseur aan te wijzen.
- Bij een acute en/of complexe casus, **kan tijdelijk** de regie worden opgenomen door de GGZ-partner. Dit gaat idealiter om **co-regie in duo met een partner uit de eerste lijn** om later in het traject breuken in de zorgcontinuïteit te vermijden.

Bij toewijzing van een zorgregisseur wordt zowel het korte- als langetermijnperspectief bekeken. Indien bij aanstelling van de zorgregisseur duidelijk is dat er sprake is van een tijdelijke vorm van regie, wordt meteen bekeken wie de zorgregie na deze fase zal overnemen en hoe en wanneer dat gebeurt.

Een aantal **randvoorwaarden** die mee bepalen of een eerstelijns-/welzijnspartner de regie op langere termijn kan opnemen en/of de ggz-partner de co-regie kan loslaten, zijn (cf. bespreking schrijfgroep):

- Voldoende psychiatrische stabiliteit,
- Uitgebouwd netwerk met voldoende draagkracht,
- Aanwezigheid van een gedeeld zorgplan met inbegrip van een signalerings- of crisisplan,
- Flankerende aanwezigheid van het mobiel team:
 - Vlotte bereikbaarheid/aanspreekbaarheid van het mobiel team (concreet contactpersoon),
 - Coaching/advies/deskundigheidsbevordering,
 - Waakvlamfunctie.
- Waakvlakfunctie vanuit het mobiel team: mogelijkheid om, na afschaling/afronding, snel terug te kunnen opschalen.

Hierbij vertrekken we vanuit het principe dat afronden van een mobiele teambegeleiding vaak gelijk staat aan een pauze of een 'slapend dossier'.



Gezamenlijk en overkoepelend zorgplan

Er wordt op veel levensdomeinen, ruimer dan enkel mentale gezondheid, samengewerkt tussen ouderen, naasten en partners uit de verschillende organisaties en diensten. Daarom is er nood aan een **algemeen, overkoepelend en gedeeld document** dat gebruikt kan worden om de specifieke doelen in de integrale zorg voor een kwetsbare ouderen helder te krijgen over alle partners heen.

Alle partijen werken met eigen zorgplannen. Idealiter bevorderen deze op zich al het doelgericht samenwerken rond en met de cliënt en zijn naasten door verschillende professionals. Opdat de verschillende zorgmodaliteiten elkaar versterken ten voordele van de doelen van de zorgvrager, is, **naast de organisatiespecifieke zorgplannen, een gezamenlijk en integraal document nodig** dat de belangrijkste informatie in de samenwerking bundelt. Het is belangrijk dat dit document een **format** heeft dat voor iedereen toegankelijk en voldoende herkenbaar is. Ook dient dit gezamenlijk en overkoepelend zorgplan te vertrekken vanuit de behoeften van de zorgvrager en vandaaruit behapbare (sub)doelen te formuleren. Verder dient te worden aangegeven wie wat gaat doen, op welke manier en wanneer en indien mogelijk hoe dit geëvalueerd zal worden. Dit overkoepelend en gedeeld zorgplan kan het resultaat zijn van een multidisciplinair overleg (MDO), maar kan evengoed op een andere manier tot stand komen.

Door de leden van de schrijfgroep 'shared care ouderen' werd gevraagd om **geen vast format van zorgplan te ontwikkelen of op te leggen. Wel wordt er een gezamenlijk overkoepelend zorgplan gehanteerd. Dit vervangt niet per se het eigen zorg- of begeleidingsplan van de verschillende organisaties, maar biedt een overzicht van eenieders bijdrage in de shared care.**

Het kan zijn dat er binnen een zorgteam of een regio toch consensus bestaat omtrent welbepaalde zorgplannen of documenten in de gedeelde zorg. Het kan gaan om een van volgende

1. Een consensusinstrument beschikbaar in de eerstelijnszone (zie ook 6. Rol van de eerstelijnszone en Vlaanderen);
2. het zorgplan behorende bij het Vlaamse MDO-model (https://eerstelijnszone.be/sites/default/files/atoms/files/MO_sjabloon%20zorgplan_DEF%20%281%29.pdf);
3. het [mijnzorgteamformulier](#) (zie bijlage voor een aangepaste GGZ-versie);
4. Een instrument dat de oudere al gebruikt om zijn/haar doelen te beschrijven.

Gegevensdeling

De gezamenlijke dossiervorming en gegevensuitwisseling wordt zoveel mogelijk beheerd door de cliënt zelf en zijn context/mantelzorg. Binnen het team wordt afgesproken hoe het zorgplan gedeeld wordt met de verschillende betrokken partijen op een GDPR-veilige manier. Ondertussen wordt verder gezocht naar een geschikte, algemeen bruikbare digitale tool. Ondertussen is het Agentschap Zorg en Gezondheid een digitale tool aan het pilootdraaien dat in 2024 overheen de Vlaamse eerstelijnszones zou worden uitgerold: ['Alivia' wordt hét digitale instrument voor geïntegreerde zorg in Vlaanderen en Brussel | Zorg en Gezondheid \(zorg-en-gezondheid.be\)](#)



Advies inzake gedeeld en overkoepelend zorgplan

- In de integrale zorg rond de oudere werken we bij voorkeur met een gezamenlijke, overkoepelend zorgplan dat beknopt en overzichtelijk de relevante elementen in de gedeelde zorg samenvat op een 'A4tje'.
- Dit gezamenlijk, overkoepelend zorgplan **kan** bestaan naast organisatie-eigen zorg- of begeleidingsplannen. In deze laatste kan de bijdrage per organisatie immers in detail uitgewerkt worden. Indien het formele netwerk rond de oudere toch verkiest om één enkel zorgplan te hanteren, kan best verder gebouwd worden op:
 - Het zorgplan gehanteerd door de zorgactor met de regie,
 - Een ander, reeds bestaand consensusdocument
 - Een document dat de oudere zelf al uitwerkte ...
- Een gezamenlijk en overkoepelend zorgplan ontstaat onder regie van de oudere, zijn naasten en/of een van de professionele partners uit het veld.
- Het gezamenlijke, overkoepelend zorgplan gaat uit van de doelen van de zorgvrager en benoemt een ieders bijdrage (oudere, mantelzorgers en diverse professionals). Volgende basisinformatie komt hierin terug:
 - *Doelstellingen en acties voor de nodige levensdomeinen,*
 - *Betrokken actoren,*
 - *Acties per betrokken actor*
 - *Onderlinge afspraken,*
 - *Verwijzing naar crisisplannen, herstelplannen, signaleringsplannen....,*
 - ...
- Iemand die de regie heeft of neemt, is een basisvoorwaarde voor de doeltreffendheid van het gedeeld zorgplan.
- Bij voorkeur is de oudere zelf de beheerder van het gedeeld zorgplan, wordt voor hem/haar steeds een exemplaar op papier voorzien, dat in de woonomgeving blijft.
- Idealiter is het gezamenlijke zorgplan ook digitaal beschikbaar, om inzage op afstand mogelijk te maken.

Zorgoverleg vanuit shared decision making

'Shared decision making' en gedeelde verantwoordelijkheid worden in de samenwerking met het formele en informele netwerk vooropgesteld. Dit vereist voldoende afstemming tussen de betrokken partners. Dit kan op verschillende manieren in de praktijk worden gebracht: in de vorm van een vergoed multidisciplinair overleg (gekend als het Vlaamse MDO-model), een teamvergadering waarop extra partners worden uitgenodigd, een zorg- of buurtteam, of door een gezamenlijke afspraak met meerdere partners bij de oudere.

Het Vlaamse MDO wordt maximaal eenmaal per jaar vergoed en de aanwezigheid van een huisarts is noodzakelijk. Een voordeel van het Vlaamse MDO is dat de organisatie door een externe en neutrale overlegorganisator wordt opgenomen. Deze is niet betrokken in de zorg en kan het overleg voorzitten.



Belangrijk is dat dat de oudere (en eventuele naasten) steeds zelf aanwezig is en inspraak heeft. Als alle betrokken partners aanwezig zijn, kunnen de verwachtingen naar elkaar toe duidelijk gecommuniceerd worden en worden er duidelijke afspraken gemaakt over het opstellen en evalueren van het zorgplan. Op het zorgoverleg kan ook duidelijk gesteld worden wie de regie van de zorg op zich neemt en wat dit concreet inhoudt binnen dit zorgteam.

Relevante informatie over het vergoed multidisciplinair overleg is terug te vinden op www.zorg-en-gezondheid.be/multidisciplinair-overleg.

Advies zorgoverleg vanuit schrijfgroep

Bij een kwetsbare oudere met een zorgnood op meerdere levensdomeinen is er nood aan shared decision making: voldoende afstemming tussen de betrokken actoren en dit van bij de start van de ondersteuning. Ook tijdens lopende begeleidingen spreken de betrokken gezamenlijk wanneer nodig af in de vertrouwde (thuis)omgeving van de oudere om doelen op te volgen en verdere afspraken te maken.

Wat: de zorgafstemmingsgesprekken zijn actiegericht en dienen om de doelen van de oudere, alsook de gewenste acties, in kaart te brengen, hiertoe de nodige afspraken te maken inzake regie en samenwerking, dit te laten landen in een gezamenlijk zorgplan, en wanneer nodig het zorgplan te evalueren en aan te passen. Het specifieke onderwerp van het zorgafstemmingsgesprek zal mede bepaald worden door de context waarbinnen het wordt georganiseerd.

Hoe: elke vorm van afstemming vertrekt vanuit de behoeften en noden van de zorgvrager. Of dit dan gebeurt via een vergoed MDO met een neutrale overlegorganisator (dat 1 x per jaar vergoed wordt) of via een andere vorm van overleg, is afhankelijk van het aantal partners en de knelpunten in de zorg.

Waar: een zorgafstemmingsgesprek wordt zoveel als mogelijk georganiseerd in de thuissituatie, een vervangende thuisomgeving of een andere, vertrouwde plaats van de oudere.

Wanneer: de persoon die de regie vasthoudt, schat over het algemeen in wanneer een zorgafstemmingsgesprek nodig is. We onderscheiden grosso modo vier belangrijke mijlpalen:

- Bij het activeren van en/of verwijzen naar een nieuwe zorgpartner: de verwijzer en de partner(s) naar wie er verwezen wordt, stappen af in de thuisomgeving van de oudere en zijn context.
- Bij opname: de nieuwe zorgpartners stappen zo snel als mogelijk af bij de GGZ-partner in kader van ontslagplanning.
- Bij afschalen of afronding: het zorgteam, de oudere en zijn context maken afspraken over de verdere opvolging en welke acties nodig zijn bij verontrustende signalen.
- Wanneer nood aan opschalen: de betrokken zorgpartners, de oudere en zijn context evalueren het zorgplan, het betrokken netwerk en de nodige acties.



- Bij overdracht van de regie: indien de regie slechts tijdelijk werd opgenomen, vaak in kader van afschalen of afronding, dient zo snel mogelijk afgestemd te worden wie de regie overneemt.

Voorwaardes: het zorgoverleg staat of valt met een goede regie en een gezamenlijk (overkoepelend) zorgplan waarin de afspraken kunnen landen.



Signaalfunctie

- Reeds betrokken zorg- en welzijnactoren spelen een belangrijke rol in de **signaaldetectie** van on(der)behandelde zorgnoden of van dreigende escalaties. Zij bouwen gaandeweg een vertrouwensband op met de cliënt en nemen in dit model een signaalfunctie op.
- **Alle actoren kunnen in principe deze 'functie' uitoefenen:** mantelzorg en familie, huisarts, thuisverpleging, thuiszorg, welzijnsactoren (OCMW, CAW, mutualiteiten), apothekers, straathoekwerkers, inloophuizen, woonactoren, dagactiviteitencentrum, wijkagenten... Zij kunnen hiervoor gebruikmaken van **tools** zoals een signaalkaart of observatielijst (op punt te stellen, cf. observatielijst opgesteld binnen SEL GOAL en reeds gebruikt binnen WGK).
- De ouderenexperten binnen de ggz geven hierover **teaching/begeleiding/ondersteuning** (zie ook bij deskundigheidsbevordering) aan de partners in zorg: over welke signalen gaat het, hoe kan je die herkennen, wanneer is er een duidelijke indicatie om de zorg op te schalen.
- Het mobiel team kan verder ook handvaten aanreiken vanuit de methodiek van **aanklampende zorg**.

Rol van de conventie ELP

De [RIZIV-conventie eerstelijnspsychologische zorg](#) biedt bijkomende middelen om in te zetten op de doelgroep ouderen. Volgende modaliteiten kunnen hierbij worden uitgewerkt: vroegdetectie, vroeginterventies, vraagverheldering, indicatiestelling, deskundigheidsbevordering (groepsvorming, consult, intervisie, casusoverleg), behandeling....

De begeleiding en/of behandeling van ouderen binnen deze conventie kan enkel bij 'milde tot matige klachten of 'voldoende gestabiliseerde problematieken'. Vraagverheldering en deskundigheidsbevordering, daarentegen, zijn mogelijk voor een bredere scope van problematieken. Het is belangrijk dat ook dit nieuwe aanbod voldoende ingebed wordt binnen een breder 'zorgcircuit' van partners zodat de zorgcontinuïteit van de doelgroep gegarandeerd blijft.

Deskundigheidsbevordering

We beogen de deskundigheid te bevorderen van partners die een signaalfunctie opnemen in de samenwerking rond een cliënt. Liaisonfiguren GGZ in de eerste lijn kunnen hierbij een doorgeefluik vormen van kennis aan andere medewerkers.

Een nauwere samenwerking en 'shared decision making' tussen de betrokken partners, alsook methodieken zoals tandemwerking (cf. supra), gezamenlijk afstappen in de thuissituatie, zullen er spontaan voor zorgen dat deze partners elkaars werking en modaliteiten beter leren kennen en expertise gaan uitwisselen.

Naast deze spontane deskundigheidsbevordering kunnen ook volgende formats waardevol zijn:



- **(Online) intervisiemomenten** (voor huisartsen en andere eerstelijnspartners, cf. piekuurtjes PET-team COVIAS en SAVHA):
 - o Zorgverstrekkers of zorgteams die vastlopen op een casus kunnen op welbepaalde tijdstippen deelnemen aan een intervisiemoment.
 - o Een ggz-expert die aansluit op een intervisie rond verschillende casussen of rond één specifieke casus.
 - ➔ Hoewel we partners vragen om zoveel als mogelijk ter plekke af te stappen bij de patiënt, kan een dergelijk intervisiemoment een teaching effect hebben en zijn vruchten afwerpen voor de opvolging van nieuwe casussen.
- **Ad hoc advies** via **telefoon** en via **mail** rond concrete casussen (cf. Consultdeskggz)
- **Wissellere**n: bij de opstart van dit model en op regelmatige tijdstippen wordt via de methodiek wissellere-n-vreemdgaan de mogelijkheid geboden om tijdelijk mee te draaien binnen elkaars werking. (Diletti werkt ook mee aan dit initiatief, organisaties kunnen vacatures plaatsen of kandideren via [Vreemdgaan-wissellere](#)n.)
- **Medisch-farmaceutische-overleggen** (MFO's)
- **Vormingen**: indien er recurrente noden worden gedetecteerd inzake expertise, dan wordt hiervoor op maat een vorming uitgewerkt. Bij de uitwerking hiervan:
 - o Neemt elke GGZ-partner het initiatief om bekend te maken welk aanbod zij zelf aanbieden zodat dit op netwerkniveau in kaart kan worden gebracht via nieuwsbrief en website van Diletti,
 - o Worden de krachten zoveel mogelijk gebundeld overheen de verschillende ggz-partners zodat er een mooi, schakelend vormingsaanbod uitgewerkt kan worden. Hierbij kan men best vertrekken vanuit algemene kaders en heel specifieke insteken of methodieken die niet algemeen van toepassing zijn bij alle teams, vermijden
 - o Wordt er rekening gehouden met de soms beperkte tijdsinvestering die eerstelijns werkers kunnen opbrengen voor vorming,
 - o Wordt de mogelijkheid van korte **e-learningmodules** en **podcasts** onderzocht:
 - E-learning's zijn een goede format voor basiskennis en preventiethema's. Hiernaast zijn er echter nog andere modaliteiten nodig.
 - Deze modules dienen op maat van de doelgroep te worden uitgewerkt.
 - E-learning's dienen te schakelen met verdiepingsmodules, die meer casuïstisch van insteek zijn, en/of met het aanbod van andere ggz-partners.
 - o Wordt waar mogelijk de koppeling gemaakt met praktische en visuele tools,
 - o Kiest men zoveel mogelijk voor een praktische, casusgerichte insteek.

Belangrijke thematische vormingsnoden waarop ingezet moet worden, zijn

- **Signaal-/vroegdetectie**: hoe signalen detecteren, welke tools (bv. signaalkaart/observatielijst) ...
- Handvatten inzake **aanklampend werken** aan eerstelijnspartners,
- Richtlijnen rond **infodeling** in een pluridisciplinaire en intersectorale context.

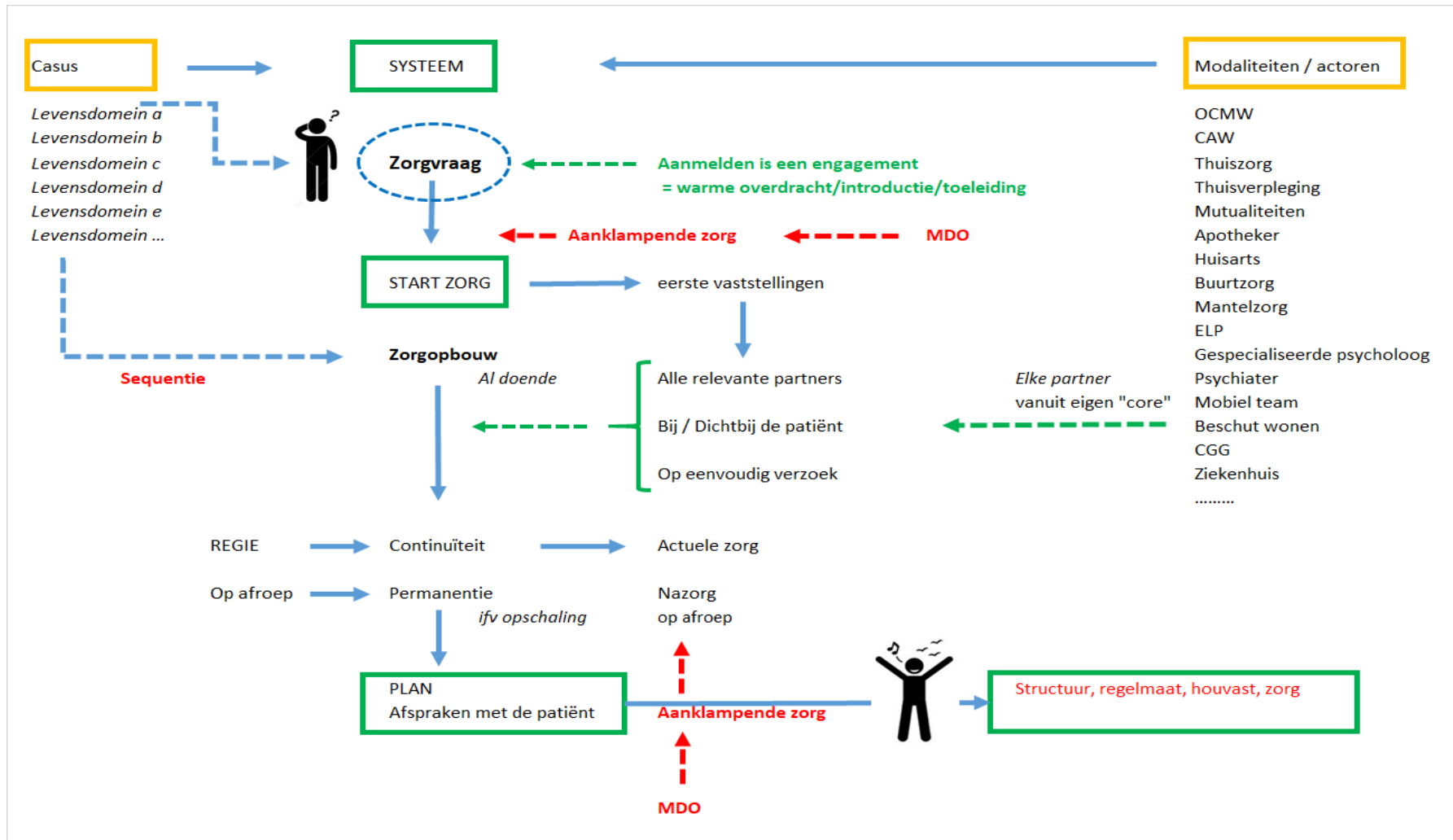


- Handvatten bij onbegrepen gedrag in de thuissituatie.
- Algemene thema's: hoe mensen maximaal ondersteunen, zinvolle dagbesteding bieden, kennis van de sociale kaart.
- Psycho – educatie rond dementie en het taboe hierover wat trachten door te prikken
- Psycho educatie rond alcoholgebruik alsook slaapmedicatie
- Advies bij concrete casuïstiek

De middelen binnen de conventie ELP maken het mogelijk om een deel van het aanbod inzake deskundigheidsbevordering kosteloos aan te bieden aan de eerste lijn. Zelfstandig psychologen en psychologen werkzaam binnen een organisatie kunnen zich hiertoe laten conventioneren.

Vormingsvragen kunnen rechtstreeks aan de partners en/of aan het netwerk worden gericht. Vervolgens spreekt het netwerk hiervoor de nodige GGZ- experts aan.

Bijlage 1: Shared care schema



Bijlage 2: Mogelijke tools en inspiratiebronnen

Inspiratiebronnen waarvan het nut onderzocht kan worden in de verdere casuïstische oefening:

Via VIVEL vinden we enkele instrumenten die kunnen helpen om gezamenlijke zorgdoelen vast te leggen:

<https://www.vivel.be/nl/doelgerichtezorg/>.

Er kan gekozen worden uit verschillende instrumenten of kaders (Clever, Doelgerichte zorg 2.0, Doelzoeker, Positieve gezondheid, Samenspraak, Zorg-Esperanto).

Andere inspiratiebronnen:

- [E-zorgplan](#) gebruikt in kader van MDOPsy,
- Zorgplannen en gezondheidsmap uitgewerkt binnen Zorgzaam Leuven,
- [Mijn zorgteamformulier](#) uitgewerkt door de SEL's,
- Uitgebreidere versie van het Zorgteamformulier voor GGZ binnen Functieforum 1 (*zie bijlage 2*),
- [Crisiskaart- en plan/signaalplan/safetyplan](#),
- [Samenspraak-fiche van Similes](#),
- [Observatielijst voor thuiszorgers](#),
- [BelRaj](#),
- Beslisboom voor verwijzing, bv. deze uitgewerkt binnen OudReach.

Bijlage 3: Zorgformulier uitgewerkt binnen Functie Forum 1 van Diletti

Mijn zorgteam

Meegegeven: aan cliënt/patiënt voor in het dossier thuis aan de hulpverlener op het zorgoverleg
 Samen met de cliënt/patiënt opgemaakt op : .../.../20...
 Alle hulpverleners: Graag dit document aanpassen bij elke wijziging en meegeven bij elke doorverwijzing
Ontwikkeld voor het zorgpad "basispad GGZ", arrondissement Leuven

Naam:

Leeftijd:

Beschrijving situatie:

- Huidige situatie en reden van doorverwijzing:
- Contactpersoon/Mantelzorg (aard/freq):
- Verwachtingen of doelen van de patiënt:
- Aanbeveling voor hulpverleners eerstelijns:

Hulpverlening en afspraken					
	Organisatie	Doel	Termijn/ /Dagen	Naam Contactpersoon	Telefoon en bereikbaarheid
Zorgbemiddelaar					
Behandelende psychiater					
Huisarts					
Thuiszorg:					
<ul style="list-style-type: none"> • Poets hulp: • Gezinszorg: • Verpleegkundige zorgen: 					
Welzijnszorg					
<ul style="list-style-type: none"> • CAW • OCMW 					
GGZ					
<ul style="list-style-type: none"> • Psycholoog • Psychiatrisch ziekenhuis • Maatschappelijk werk(st)er • Verpleegkundige • Opvolging aan huis 					
Ander zorgaanbod:					
<ul style="list-style-type: none"> • Nachthospitalisatie: • Daghospitalisatie: • Nabehandeling: • Vervoer patiënt: 					
Andere hulpverleners:					
.....					
.....					