

DE VLAAMSE MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

NOTA AAN DE VLAAMSE REGERING

Betreft: - Voorontwerp besluit van de Vlaamse Regering betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood
- Tweede principiële goedkeuring

Samenvatting

Het voorliggende ontwerpbesluit raakt aan de kern van de hervorming van de eerstelijnszorg, met name de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood.

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

Elke professioneel opgeleide zorgaanbieder wil immers de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood centraal plaatsen. Dit uitvoeringsbesluit geeft richting aan dit proces om namelijk de integrale benadering van de persoon te vertalen naar een concreet kader. Hierbij worden de minimaal te volgen stappen naar het doelgerichte karakter van de organisatie van de zorg en ondersteuning beschreven.

In het voorliggende besluit wordt richting gegeven aan hoe een zorgproces zich moet ontwikkelen en vorm krijgen om kwaliteitsvol te zijn.

Met dit uitvoeringsbesluit wil de Vlaamse Regering de concepten m.b.t. geïntegreerde en doelgerichte zorg, waarbij de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood centraal staat, omzetten in een effectieve werkingsmethodiek.

1 SITUERING

A. BELEIDSVELD/BELEIDSDOELSTELLING

Dit besluit behoort tot het beleidsveld gezondheids- en woonzorg, inhoudelijk structurelement 'woonzorg en eerste lijn'.

B. VORIGE BESLISSINGEN EN ADVIEZEN

De Vlaamse Regering hechtte haar principiële goedkeuring aan het voorontwerp van besluit op 10 november 2023 (VR 2023 1011 DOC.1448/1BIS) en gelastte de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin om over het voorontwerp van besluit het advies in te winnen van de Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (Vlaamse Raad WVG), de Vlaamse toezichtcommissie voor de verwerking van persoonsgegevens (VTC) en de Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA).

De Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin heeft haar advies uitgebracht op 8 december 2023.

De Vlaamse toezichtcommissie voor de verwerking van persoonsgegevens bracht op 15 december 2023 het advies nr. 2023/139 uit.

De Gegevensbeschermingsautoriteit heeft op de zitting van 18 december 2023 beslist om voor het ontwerp van besluit te verwijzen naar het standaardadvies nr. 65/2023 van 24 maart 2023.

1. Bespreking van het advies van de Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

De raad is positief over het voorliggende ontwerp van besluit en formuleert geen expliciete punten tot aanpassing. De raad onderschrijft de vijf principes van doelgerichte zorg en ondersteuning en de flexibele inzet van de methodiek. De raad beaamt dat elk zorgproces uniek is en maatwerk vraagt.

De raad roept op om verder werk te maken op de eerste lijn van een gedeeld begrippenkader waarbij alle actoren zich gevat voelen. Deze oproep wordt zeker ter harte genomen en vormt een blijvend aandachtspunt in alle communicatie en ontwikkeling van methodiek, instrumenten en materialen.

De raad werpt op dat integrale zorg en ondersteuning niet stopt bij de eerste lijn. De visie op integrale zorg en ondersteuning vraagt naadloze overgangen en continuïteit in het zorg- en ondersteuningsproces en dus ook een effectieve samenwerking met gespecialiseerde zorg en ondersteuning rond een zorg- en ondersteuningsplan. De opstellers van het besluit zijn zich hier terdege van bewust. Zoals ook werd aangehaald in de bespreking van het advies van de raad op het ontwerpdecreet kan een decreet op de eerstelijnszorg, en zijn uitvoeringsbesluiten, niet volledig de integrale zorg en ondersteuning regelen. Dit vergt een veel bredere regelgevende basis. Echter, in de verschillende decreten binnen het beleidsdomein WVG is nu reeds uitgegaan van de principes van integrale zorg en ondersteuning, zodat de dwarsverbindingen hiertussen wel gelegd zijn.

De raad vraagt om in het besluit te verwijzen naar de nood aan ondersteuning voor mensen met onvoldoende gezondheids- en welzijnsvaardigheden en naar de nood aan vorming en opleiding van professionals op het terrein. Het besluit wil vooral de grote richtlijnen meegeven om te komen tot een doelgericht zorg en ondersteuningsproces voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Voor alle personen, die de doelgerichte zorg en ondersteuning in praktijk willen omzetten, zal inderdaad ondersteuning nodig zijn: voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, zijn informele zorg en zijn (professionele) zorgaanbieders. Deze ondersteuning wordt niet allemaal ingeschreven in het ontwerpbesluit, maar krijgt wel vorm door alle andere initiatieven die genomen worden binnen het kader van de hervorming van de eerstelijnszorg en het eerstelijnsdecreet.

De raad vraagt ook om in het besluit aandacht te geven aan gender- en culturele verschillen in zorg en ondersteuning. Dit principe staat al ingeschreven in de werkingsprincipes van het eerstelijnsdecreet en zijn natuurlijk ook van toepassing op het voorliggende ontwerpbesluit. In de uitwerking van de methodiek rond doelgerichte zorg en ondersteuning wordt hier de nodige aandacht aan besteed. Uiteindelijk moet deze aandacht tot uiting komen in het handelen van de zorgaanbieders tijdens het zorgproces.

De raad is verbaasd dat bij het ontwerpbesluit geen begroting wordt gevoegd van de budgettaire inspanningen die nodig zullen zijn om dit besluit te implementeren. Ook vragen ze de timing en werkwijze van die implementatie te verduidelijken. De budgettaire impact zal duidelijk worden door de methodiek en de instrumenten uit te testen in pilootprojecten. Het is een innovatie waarvan nog niet duidelijk is welke onderdelen juist een budgettaire inspanning zullen vragen en van welke grootteorde die inspanning zal moeten zijn. .

De raad haalt aan dat het is goed dat er benadrukt wordt dat er tijd en ruimte moet worden gemaakt voor vraagverheldering, maar vraagt om niet voorbij te gaan aan de reeds opgebouwde expertise, bestaande werkwijzen en methodieken omtrent vraagverheldering en deze te benutten bij de verdere uitbouw van doelgerichte zorg en ondersteuning. Verder vinden zij de tweedeling tussen een beperkt en een complex procesniveau een eerder theoretisch gegeven. In het implementatietraject van de vijf principes zal zeker gesteund worden op alle beschikbare expertise en kennis. Het ontwerpbesluit probeert een heel complexe materie, zoals zorgprocessen, te verankeren in regelgeving. In de handelingsrichtlijnen die hierover opgesteld worden, zal moeten duidelijk worden hoe dit in de praktijk kan toegepast worden.

De raad merkt op dat bij een complex procesniveau niet iedere persoon met zorgbehoefte bereid zal zijn levensdoelen te bepalen. Het bepalen van levensdoelen vraagt een dialoog tussen de persoon met zorgbehoefte, zijn mantelzorger en de professional. Neem dit op in het besluit. Het is goed dat de informele zorgverlener een duidelijke plaats krijgt in de methodiek van doelgerichte zorg en ondersteuning. Benoem ook de mantelzorger expliciet. In de methodiekontwikkeling krijgen deze elementen allemaal een plaats.

De raad geeft mee dat het belangrijk is dat de methodiek met 5 principes niet als een strikt stappenplan wordt gezien, maar flexibel kan worden ingezet naargelang de context van de zorg en ondersteuningsbehoefte. De initiatiefnemer die niet bij machte is om alle stappen van de methodiek zelf in te vullen, moet kunnen doorverwijzen. Het is goed dat het voorontwerp van besluit naar het Geïntegreerd Breed Onthaal verwijst als aanvulling van het aanbod. Dubbel werk moet evenwel vermeden worden. Er moeten ook linken gelegd worden met het gespecialiseerd aanbod. Ook deze elementen zullen in de methodiekontwikkeling aan bod komen.

De raad haalt aan dat het goed is dat door de verankering van het zorg- en ondersteuningsplan het werken met levensdoelen en zorg- en ondersteuningsdoelen minder vrijblijvend wordt. Ze vragen om te zorgen voor een goed werkend digitaal platform om hiervan een succes te maken. De raad suggereert om in het voorontwerp van besluit naar de toepassingen van de BelRAI te verwijzen. Ook stellen ze voor ervoor te zorgen dat het digitaal zorg- en ondersteuningsplan kan communiceren met andere instrumenten. Het toepassen van het only-once principe is de absolute voorwaarde. Tot slot halen ze aan te zorgen voor een heldere en leesbare afdruk van het digitaal plan. Ondersteun wie minder digitaal vaardig is. Met al deze elementen wordt reeds rekening gehouden in het implementatietraject van de vijf principes.

De raad merkt op dat het goed is dat de persoon met zorgbehoefte en zijn netwerk centraal worden gezet bij zorgcoördinatie en vragen om de taken van andere leden van het zorg- en ondersteuningsteam m.b.t. zorgcoördinatie ook op te nemen in het besluit. De opstellers van het besluit hebben tijdens de ontwerpfasen van het besluit uitgebreid en veelvuldig gesprekken gevoerd met de vertegenwoordigers van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de informele zorg en de zorgaanbieders. Uit deze gesprekken is het voorliggend besluit als consensus uitgekomen. Deze consensus hield in dat er geen te verregaande mate van detail in het ontwerpbesluit werd opgenomen. Om die reden gaan de opstellers van het besluit niet in op de suggestie van de raad om de taken van de andere leden van het zorg- en ondersteuningsteam ook in het besluit op te nemen.

De raad vraagt om de verdere afstemming van de rol van casemanager met het Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg te bewaken en afstemming te zoeken met de casemanagers in de welzijnssectoren. Deze opmerking wordt zeker ter harte genomen. Met alle partijen wordt verder afstemming gezocht.

2. Bespreking van het advies van de Vlaamse Toezichtcommissie voor de verwerking van persoonsgegevens

De VTC adviseert dat wordt nagegaan of de gegevens die volgens de artikelsgewijze bespreking bij het artikel 5 mogelijks zullen verwerkt in het digitale zorg- en ondersteuningsplan onder de categorieën van persoonsgegevens vallen die zullen worden verwerkt overeenkomstig het ontwerp van decreet. Indien dit niet het geval is mogen deze persoonsgegevens niet worden verwerkt, indien dit wel het geval is, gebeurt de precisering bij voorkeur in het voorgelegde ontwerpbesluit (randnummer 17).

Volgende persoonsgegevens worden vermeld in de artikelsgewijze bespreking bij het artikel 5:

- “de samenstelling en de contactgegevens van het zorg- en ondersteuningsteam, met inbegrip van de identificatie van de zorgcoördinator: het artikel 23/3, eerste, tweede lid, derde en vierde lid, van het toekomstige decreet van 26 april 2019 vermeldt dat de ‘identificatiegegevens’ en de ‘contactgegevens’ zullen worden verwerkt van de verschillende betrokkenen van het zorg- en ondersteuningsteam;
- “de informatie over behoeften, noden en zorgvragen die het gesprek richting kunnen geven, indien aanwezig aangevuld met de resultaten van BelRAI: overeenkomstig het artikel 23/3, eerste lid, van het toekomstige decreet van 26 april 2019 worden volgende gegevens verwerkt van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood “de gegevens over de gezondheid en het welzijn van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood” en “de relevante gegevens die nodig zijn om zorg en ondersteuning ter verlenen aan de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, verschillend van gegevens over gezondheid waaronder onder andere de levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen, de verzameling van gegevens die de graad van zorgbehoefte van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood meten;
- “achtergrondinformatie over de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood die bijdraagt aan een volledige inschatting van de thuissituatie”: hier kan onder andere verwezen worden naar de “sociaaleconomische situatie” en “de gegevens over de religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, vermeld in artikel 23/3, eerste lid, van het toekomstige decreet van 26 april 2019;
- “de communicatie rond de uitvoering van het zorg- en ondersteuningsplan”: hier kan verwezen worden naar “de zorg- en ondersteuningsplanning, -coördinatie en communicatie” en ‘de elektronische communicatiegegevens die uitgewisseld worden tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam.”

De artikelsgewijze bespreking van artikel 5 bevat enkel ter informatie enkele voorbeelden van bijkomende elementen, die zorgaanbieders naar eigen goeddunken in functie van het zorg- en ondersteuningsproces, kunnen toevoegen aan het zorg- en ondersteuningsplan. Het heeft geenszins de bedoeling om een verdere precisering te doen van de opgesomde elementen in artikel 5. Om de verwarring hierover weg te nemen, worden de voorbeelden in de artikelsgewijze bespreking van artikel 5 geschrapt.

De VTC wijst erop dat, gezien de digitale gegevensdeling en het feit dat het delicate gegevens en bijzondere categorieën van persoonsgegevens betreft, een bijzondere aandacht vereist is inzake informatieveiligheid. Hierbij moet eveneens rekening worden gehouden met de mogelijkheden en capaciteiten van de kwetsbare doelgroep (randnummer 20). De VTC verwijst hiervoor naar een aantal voorbeeldmaatregelen en aanbevelingen (randnummers 21 tot en met 24). Zij wijst er op dat de specificering van deze maatregelen niet in de wetgeving moet worden opgenomen, maar dat de decreetgever of mits delegatie, de Vlaamse Regering dit wel expliciet moet opleggen aan de betrokken

instanties wanneer zij vermoed dat de gepaste maatregelen niet gerealiseerd worden (randnummer 25).

Er wordt wel degelijk rekening gehouden met de mogelijkheden en capaciteiten van kwetsbare doelgroepen bij het opmaken van een digitaal zorg- en ondersteuningsplan (bijvoorbeeld bij personen die moeilijker hun weg vinden in de digitale wereld). Dit werd reeds uitgebreid beargumenteerd in de memorie van toelichting bij het ontwerpdecreet ter wijziging van het eerstelijnsdecreet. Daar wordt er bijv. specifiek gewezen naar personen met een zorg- en ondersteuningsnood, hun vertegenwoordigers, mantelzorgers of overig leden van het zorg- en ondersteuningsteam die niet even vlot overweg kunnen met digitale instrumenten.

Ook de verwerking van de persoonsgegevens via het digitale zorg- en ondersteuningsplan wordt geregeld in het ontwerpdecreet ter wijziging van het eerstelijnsdecreet. Overeenkomstig het artikel 31 van het ontwerp van decreet is het Departement Zorg de verwerkingsverantwoordelijke voor het beheer van het digitaal zorg- en ondersteuningsplan. Het Departement Zorg zal infrastructuur opzetten opdat digitale zorg- en ondersteuningsplannen op een veilige manier kunnen worden opgesteld en uitgewisseld. Bij het opzetten van deze infrastructuur zal uiteraard rekening worden gehouden met de voorbeeldmaatregelen en aanbevelingen van de VTC (bijv. pseudonimisering van de gegevens,...). Een GEB zal worden opgesteld die wijst op de eventuele risico's, zodat de nodige en passende technische beveiligingsmaatregelen kunnen genomen worden. Dit is eveneens een decretale verplichting van het Departement Zorg. Verder is er ook het artikel 32 van het ontwerpdecreet dat expliciet bepaalt dat het Departement Zorg de passende technische en organisatorische maatregelen moet nemen conform artikel 32 AVG om een beveiligingsniveau te waarborgen dat op het risico is afgestemd, evenals dat voldaan moet zijn aan de principes van gegevensbescherming door ontwerp en door standaardinstellingen, vermeld in artikel 25 van de AVG. Het Departement Zorg zal de nodige infrastructuur opzetten voor het veilig opstellen en delen van digitale zorg- en ondersteuningsplannen. Het expliciet benoemen van de beveiligingsmaatregelen in regelgeving wordt niet wenselijk geacht, deze zullen blijken uit de GEB die ook aan de VTC kan worden overgemaakt.

Tenslotte maakt de VTC nog een voorbehoud voor wat betreft de wijzigingen die eventueel nog aan het ontwerpdecreet zouden worden aangebracht. Zij vraagt dat een eventueel gewijzigde tekst aan haar zal worden voorgelegd zoniet wordt het advies als een niet AVG-conform advies beschouwd (randnummer 26).

3. Bespreking van het advies van de Gegevensbeschermingsautoriteit

De Gegevensbeschermingsautoriteit heeft zich beperkt tot een standaardadvies zonder in te gaan op de specifieke inhoud van dit voorontwerp van besluit. Dit standaardadvies werd doorgenomen en het voorontwerp van besluit werd bekeken rekening houdende met de aanbevelingen in het standaardadvies. Aan het ontwerp werden geen bijkomende wijzigingen aangebracht naar aanleiding van dit advies.

2 INHOUD

A. ALGEMENE TOELICHTING

Het voorliggende ontwerpbesluit raakt aan de kern van de hervorming van de eerstelijnszorg, met name de kwaliteitsvolle organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Het vertaalt de integrale benadering van de persoon naar een concreet kader,

waarbij de te volgen stappen het doelgerichte karakter van de organisatie van de zorg en ondersteuning weerspiegelen.

De integrale benadering van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, waarbij de persoon als een geheel wordt benaderd, is het meest belangrijke werkingsprincipe van het eerstelijnsdecreet. Het bepaalt meteen de wijze waarop het zorgmodel van de toekomst moet vorm krijgen en geeft richting aan welke ondersteunende instrumenten en structuren nodig zijn om deze benadering in realiteit om te zetten. Alle elementen in het aangepaste eerstelijnsdecreet vloeien voort uit deze benadering van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood: zoals de zorgraden, de organisaties met terreinwerking zoals de palliatieve netwerken, het VIVEL, de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders in de praktijkvoering, de bepalingen rond gegevensdeling en -verwerking in het kader van het digitaal zorg- en ondersteuningsplan en VSB.

In het voorliggende ontwerpbesluit wordt een kader voorgesteld aan hoe een zorgproces zich moet ontwikkelen en vorm krijgen om kwaliteitsvol te zijn. Het vastleggen van de te volgen stappen is echter geen evidentie, omdat het onmogelijk is om de complexiteit en verscheidenheid van zorgprocessen te vatten in regels. Elk zorgproces is uniek, omwille van het feit dat we vertrekken vanuit die integrale benadering van een unieke persoon. Zijn noden, behoeften, wensen, kansen, doelen, mogelijkheden en beperkingen staan voorop in het vormgeven van elk zorgproces. Toch proberen we die complexiteit en verscheidenheid te vatten in enkele universeel te nemen stappen, die een garantie bieden voor de opbouw van een kwaliteitsvol zorgproces.

Dit voorliggend ontwerp kwam tot stand op basis van een uitgebreid participatief traject met vertegenwoordigers van de verschillende relevante betrokken actoren op het terrein van zorg, welzijn en ondersteuning. Over elke bepaling werd grondig discussie gevoerd. Het voorliggende ontwerp vormt het resultaat van het diverse overleg.

Sinds 2017, de start van de hervorming, hebben de eerstelijnszorgaanbieders zich geëngageerd om aan de slag te gaan met de principes van doelgerichte zorg en ondersteuning. Doelgerichte zorg en ondersteuning als methodisch kader van handelen, sluit het best aan bij een integrale benadering van een persoon. Voor het opbouwen van het zorgproces wordt door de zorgaanbieder vertrokken van een gesprek over de levensdoelen van de persoon. Dit zijn de drijfveren, de belangrijkste zaken voor een persoon.

Gebaseerd op alle Vlaamse (onder meer vanuit het Steunpunt WVG), nationale en internationale inzichten (WHO) rond integrale zorg en ondersteuning en doelgerichte zorg en ondersteuning, schuiven we in dit ontwerpbesluit vijf principes naar voor van doelgerichte zorg en ondersteuning. Het gaat dan om:

1. Principe 1: Het luisteren naar de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en het in dialoog met deze persoon verduidelijken van de vraag om zorg en ondersteuning;
2. Principe 2: het formuleren van levensdoelen;
3. Principe 3: het samenstellen van een zorg- en ondersteuningsteam;
4. Principe 4: het opstellen van een zorg- en ondersteuningsplan;
5. Principe 5: het aanwijzen van een zorgcoördinator.

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

Voor het opbouwen van het zorgproces wordt door de zorgaanbieder vertrokken van een gesprek over de levensdoelen van de persoon. Dit zijn de drijfveren, de belangrijkste zaken voor een persoon. Ze zijn het antwoord op een eenvoudige vraag als: "Waarvoor sta jij 's morgens op?" kan al richtinggevend zijn voor deze levensdoelen. Het hoeft dus niet complex te zijn. Aan de hand van deze levensdoelen kunnen de zorgnoden bekeken worden en kan een vertaling gebeuren naar zorg- en ondersteuningsdoelen. Deze zorg- en ondersteuningsdoelen trachten een antwoord te bieden op de

zorgnoden, maar worden in relatie gezet met de levensdoelen van de persoon. Met een concreet voorbeeld: een persoon krijgt de diagnose COPD, een chronische longziekte. Hiervoor zijn meerdere behandelingen mogelijk en, naarmate de ziekte vordert, zal de zorg en ondersteuning toenemen. De persoon heeft als levensdoel om de 2 kleinkinderen zo lang mogelijk te zien opgroeien en ook in de mogelijkheid te zijn om tweewekelijks na schooltijd in de opvang te voorzien. Verder wil de persoon ook sociaal geëngageerd blijven in het lokaal dienstencentrum. Vanuit die levensdoelen zal de best passende behandeling en opvolging gekozen worden om dit maximaal mogelijk te maken. Niet elk levensdoel kan of moet in een zorg- en ondersteuningsdoel vertaald worden. Zorg en ondersteuning heeft zijn limieten en daarmee moet rekening gehouden worden bij de opzet van een zorgproces en de beschikbare capaciteit in de zorgsector.

In een doelgerichte zorg en ondersteuning wordt op methodisch vlak het grootste belang gehecht aan een kwaliteitsvolle communicatie tussen de persoon en zijn zorgaanbieders, afstemming, samenwerking en overleg tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam, een planmatige aanpak van het zorgproces met de nodige coördinatie. Het voorliggende ontwerpbesluit introduceert al deze elementen in een logische opeenvolging van stappen naar een kwaliteitsvol zorgproces.

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

B. TOELICHTING BIJ DE ARTIKELN

Artikel 1

Dit artikel omschrijft de definities die gebruikt worden in het besluit.

Artikel 2

Dit en de volgende artikelen introduceren de werkwijze volgens de principes van doelgerichte zorg en ondersteuning. De concrete methodiek om uitvoering te geven aan de principes van doelgerichte zorg en ondersteuning zal in een volgende fase uitgewerkt worden, zodat gerichte opleiding en vorming op het terrein mogelijk is. De persoon wordt hier volledig centraal geplaatst, de zorgaanbieder maakt de nodige tijd en ruimte om de vraagverheldering mogelijk te maken. Er wordt vanuit gegaan dat in sommige gevallen de initiële vraag om zorg en ondersteuning niet de volledige vraag of nood weergeeft. Daarom is het van groot belang dat de zorgaanbieder tijd en ruimte maakt om het gesprek aan te gaan met de persoon om deze vraag te beluisteren en voldoende duidelijk te krijgen. Om een kwaliteitsvol zorgproces op te bouwen, moet de vraag helder en correct geformuleerd zijn en moet de zorgaanbieder inzicht hebben in de noden, behoeften en wensen.

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

samenwerken. Verder is het ook zo dat bij de analyse van een zorgvraag, op basis van de op dat moment beschikbare informatie en gesprek, de zorgaanbieder tot de vaststelling kan komen dat het op dat moment gaat om een beperkt procesniveau, terwijl het zorgproces in de toekomst evolueert naar een meer complex procesniveau. Zorgprocessen verlopen dynamisch en kunnen dus evolueren doorheen de tijd.

Artikel 3

Bij een eerder beperkt procesniveau is het nuttig, zinvol, wenselijk, maar niet noodzakelijk om levensdoelen te formuleren. De keuze moet gelaten worden aan de persoon zelf om deze al dan niet te formuleren. De zorgaanbieder moet wel de mogelijkheid kenbaar maken om hierover het gesprek aan te gaan, zodat de persoon zich gerespecteerd en ondersteund weet in het aangaan van dit gesprek.

Belangrijk is ook dat de persoon informatie aangeboden krijgt over het aanbod aan zorg en ondersteuning en hierover in gesprek kan gaan met de zorgaanbieder. Een zicht krijgen op het beschikbare aanbod aan zorg en ondersteuning is cruciaal in de opbouw van het verdere zorgproces. Het is belangrijk dat de zorgaanbieder, tot wie de persoon zich richt, dit op een objectieve, neutrale en transparante wijze doet. Indien de zorgaanbieder zelf niet deze informatie kan geven, is het noodzakelijk dat de zorgaanbieder de persoon doorverwijst naar een organisatie, die dit wel kan doen. Zo denken we bijvoorbeeld aan de Sociale Kaart of het Geïntegreerd Breed Onthaal. De keuze van de persoon voor het aanbod aan zorg en ondersteuning staat altijd centraal.

Artikel 4

Voor de opbouw van een zorgproces met een complexer procesniveau worden altijd levensdoelen geformuleerd. In dit geval is het altijd zinvol, nuttig en wenselijk, maar vooral noodzakelijk om te vertrekken van de belangrijke elementen in het leven van de persoon, zijn wensen, behoeften en drijfveren. Het bevordert de "therapietrouw" in het zorgproces als de zorg en ondersteuning geënt wordt op deze levensdoelen, omdat de persoon zelf dan de meerwaarde inziet van de zorg en ondersteuning, hier eigenaarschap voor voelt en ook de verantwoordelijkheid zal nemen om hiermee samen met de andere leden van het zorgteam aan de slag te gaan.

In veel gevallen wordt niet vertrokken van een wit blad als het gaat om zorg en ondersteuning. Het is heel belangrijk dat een zorgaanbieder deze beschikbare informatie uit vroegere of andere, nog lopende, zorgprocessen meeneemt in zijn analyse van de zorgsituatie.

Vanuit de levensdoelen en de analyse van de zorgsituatie kan georiënteerd worden naar het best passende zorgproces. Uit het gesprek met de persoon zelf volgt het samenstellen van het zorg- en ondersteuningsteam. Steeds wordt ook aandacht besteed aan de aanwezigheid van eventuele informele zorg. Dit is de minst ingrijpende en meest nabije zorg en ondersteuning voor een persoon.

Indien het zorg- en ondersteuningsteam beperkt is qua omvang kan het maken van eenvoudige afspraken tussen de persoon en de zorgaanbieder volstaan om het zorgproces vorm te geven. Met eenvoudige wordt bedoeld dat deze mondeling of schriftelijk kunnen gebeuren, maar zonder een formeel overleg hiervoor in te plannen.

In het geval van een omvangrijker zorg- en ondersteuningsteam of bij een groot aantal of complexe zorg- en ondersteuningsnoden kan op verzoek van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, zijn informele zorgverleners of een zorgaanbieder betrokken bij de zorg- en ondersteuning geopteerd worden voor een startoverleg tussen de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de eventuele informele zorg en de zorgaanbieder. Dit is een meer formele start van het zorgproces en laat optimaal toe de methodiek van doelgerichte zorg en ondersteuning toe te passen in de praktijk. Tijdens het startoverleg wordt dan alle reeds beschikbare informatie gedeeld tussen de aanwezigen, worden zorg- en ondersteuningsdoelen geformuleerd in relatie tot de levensdoelen, wordt een zorg- en ondersteuningsplan opgesteld en het zorg- en ondersteuningsteam formeel samengesteld.

Artikel 5

In dit artikel wordt gesteld dat niet voor elk zorgproces de opmaak van een zorg- en ondersteuningsplan noodzakelijk is. Het is afhankelijk van de zorg- en ondersteuningsnoden, zorg- en ondersteuningsdoelen en de wens van de persoon of een ander lid van het zorg- en ondersteuningsteam om dit te doen.

In de situatie van een complex zorgprocesniveau wordt wel altijd een zorg- en ondersteuningsplan opgesteld. Het is wenselijk en zinvol om de veelheid aan zorg- en ondersteuningsnoden en -doelen, leden van het zorg- en ondersteuningsteam, afspraken en taken rond de zorg en ondersteuning en de communicatie hierover vast te leggen in een zorg- en ondersteuningsplan. Dit zorg- en ondersteuningsplan wordt digitaal ingevuld en bijgehouden. Een digitale weergave maakt het mogelijk om snel een overzicht te krijgen van de zorg en ondersteuning, snel contact op te nemen met leden van het zorg- en ondersteuningsteam, communicatie te voeren, opvolging, evaluatie en bijsturing te doen van de zorg- en ondersteuningsdoelen en de hieraan verbonden zorg- en ondersteuningstaken. Het maakt ook de zorgcoördinatie mogelijk en efficiënt. Een papieren afdruk van het zorg- en ondersteuningsplan hoort wel tot de mogelijkheden voor personen die minder vertrouwd zijn met digitaal naslagwerk.

In het besluit worden de minimale gegevens in het zorg- en ondersteuningsplan opgesomd.

Artikel 6

Het zorgproces, de opbouw en de uitvoering ervan, wordt volledig opgehangen aan de principes van doelgerichte zorg en ondersteuning. Dit impliceert dat een zorgproces vorm krijgt door een zorg- en ondersteuningsteam. Het inbrengen van een echte teamlogica in een zorgproces houdt in dat er binnen het team een hechte samenwerking is, dat er duidelijke doelstellingen geformuleerd zijn waaraan gewerkt en samengewerkt wordt en dat er een gedeelde verantwoordelijkheid bestaat over de realisatie van deze doelstellingen. Deze teamlogica leidt ertoe dat binnen zo'n team regelmatig overleg nodig is tussen de leden van het zorg- en ondersteuningsteam en samenwerking en afstemming in de uitvoering van de zorg- en ondersteuningsdoelen. De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en zijn informele zorg maken inherent deel uit van dit zorg- en ondersteuningsteam. Dat is een evolutie ten opzichte van de huidige zorgprocessen, die nog vaak voor de persoon gebeuren, maar niet met en door de persoon. Dit vraagt een andere manier van werken, die de volgende jaren, via de methodiek van doelgerichte zorg en ondersteuning aangeleerd zal worden.

Een cruciaal principe van doelgerichte zorg en ondersteuning is de coördinatie van de zorg en ondersteuning. Dit moet gezien worden als een geleidelijk groeiproces in sommige zorgsituaties en een onmiddellijke noodzaak in andere zorgsituaties. In de eerste categorie kan de zorg- en ondersteuningsnood bij aanvang van het zorgproces te beperkt zijn van procesniveau om de zorg en ondersteuning zwaar te plannen en hier een coördinatie op te plaatsen. De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood of zijn informele zorg worden in deze procesniveaus gestimuleerd om de coördinatie zelf op te nemen. Dit neemt niet weg dat het procesniveau kan evolueren naar een meer complex procesniveau en op een gegeven ogenblik binnen het zorg- en ondersteuningsteam, waar de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en zijn mantelzorger inherent deel van uitmaken, toch beslist wordt om over te gaan tot zorgplanning en hierop zorgcoördinatie te plaatsen. In de andere categorie, waarbij het procesniveau al bij aanvang vrij complex is, kan onmiddellijk planning en coördinatie vereist zijn. Uitgangspunt is evenwel altijd dat het een beslissing is van het zorg- en ondersteuningsteam om deze zorgcoördinatie in te voeren en een zorgaanbieder aan te duiden die deze rol zal opnemen. De taken worden in het besluit opgesomd. Belangrijk hierbij is dat de zorgcoördinator een vertrouwenspersoon vormt voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, het overzicht bewaart over de zorg en ondersteuning, het zorgplan opvolgt, de persoon bevraagt over de uitvoering en indien nodig bijstuurt. De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood kan ook beslissen om zelf de rol van zorgcoördinator op te nemen.

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

1° expertise inbrengen om invulling te geven aan de noden en de behoeften van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;

2° meewerken aan het opstellen van zorg- en ondersteuningsdoelen en taakafspraken maken om die zorg- en ondersteuningsdoelen te bereiken;

3° vanuit de eigen ervaringen, discipline of domeinen, informeren over het bestaande aanbod en over de toegang tot rechten, en, als dat nodig is, doorverwijzen naar andere diensten of disciplines;

4° de noden en hiaten in de hulpverlening signaleren op het overleg en mogelijke oplossingen voorstellen;

5° meewerken aan het bereiken van de zorg- en ondersteuningsdoelen, zoals bepaald in het zorg- en ondersteuningsplan;

6° beraadslagen over de aanduiding van een zorgcoördinator, zoals vermeld in artikel 6, §3, derde lid, van het decreet;

7° het zorg- en ondersteuningsplan uitvoeren en opvolgen;

8° desgevallend beslissen tot de inzet van een zorgaanbieder, die de taak van casemanagement opneemt, zoals vermeld in artikel 7, §3, van het decreet.

Artikel 7

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

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

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

Welke taken de zorgaanbieder, die het casemanagement opneemt, exact moet uitvoeren, hangt af van zijn grondige analyse en evaluatie van de zorgsituatie en het zorgproces.

Artikel 8

Gezien er in de methodiek van doelgerichte zorg en ondersteuning sterk wordt uitgegaan van een teamwerking zal voor het inroepen van externe ondersteuning voor het team eerst een bespreking binnen het team moeten gebeuren. De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood maakt integraal en als volwaardig lid deel uit van het zorg- en ondersteuningsteam. Daarom is het belangrijk dat elk lid van het team, waaronder de persoon zelf, de ruimte krijgt om problemen, wensen, niet vervulde noden of behoeften te bespreken met het team alvorens het casemanagement aan te stellen. Een bespreking in het team laat toe dat er eerst aan remediëring binnen het team kan gedaan worden. Indien de bespreking niet leidt tot een verbetering van de teamwerking kan de aanvraag voor casemanagement gebeuren, zelfs zonder dat het team dit in consensus beslist. Aan de Vlaamse minister wordt de procedure voor de aanstelling van een zorgaanbieder die de taak van casemanagement opneemt gedelegeerd. Deze delegatie is het gevolg van nog lopende onderhandelingen met de federale overheid over het casemanagement en de concrete invulling ervan. Afhankelijk van deze besprekingen zullen de louter procedurele zaken voor de aanstelling vorm krijgen en in uitvoering van dit besluit kunnen genomen worden.

Artikel 9

Dit artikel vraagt geen verduidelijking.

Artikel 10

Dit artikel vraagt geen verduidelijking.

3 BESTUURLIJKE IMPACT

A. BUDGETTAIRE IMPACT VOOR DE VLAAMSE OVERHEID

De Inspectie van Financiën heeft een gunstig advies verleend op 24 oktober 2023.

Het ontwerp van besluit heeft geen budgettaire impact.

Met toepassing van artikel 31, §2, 2°, van het BVR VCO is voor dit dossier het gemotiveerd akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor de begroting, niet vereist.

B. ESR-TOETS

Deze toets is niet van toepassing op dit voorstel.

C. IMPACT OP HET PERSONEEL VAN DE VLAAMSE OVERHEID

Het voorstel heeft geen weerslag op het personeel van de Vlaamse Overheid.

D. IMPACT OP DE LOKALE EN PROVINCIALE BESTUREN

Het voorstel heeft geen weerslag op de lokale en provinciale besturen.

4 VERDER TRAJECT

Na de tweede principiële goedkeuring van het voorontwerp van besluit, wordt hierover het advies van de Raad van State ingewonnen, met het oog op een definitieve goedkeuring van het ontwerp van besluit.

5 VOORSTEL VAN BESLISSING

De Vlaamse Regering beslist:

- 1° haar principiële goedkeuring te geven aan het bijgaande voorontwerp van besluit van de Vlaamse Regering betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;

2° de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin te gelasten over het voormelde voorontwerp van besluit van de Vlaamse Regering het advies van de Raad van State in te winnen, met het verzoek het advies mee te delen binnen een termijn van dertig dagen, met toepassing van artikel 84, §1, eerste lid, 2°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State:

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Hilde CREVITS