

Via de projectfiche RELING OVERLEG krijgen de subregio's Noord, Midden, West en Zuid de opdracht om overlegtafels te organiseren om zorgcircuits uit te tekenen voor hun subregio. Het netwerkteam tracht via deze visietekst een inhoudelijk kader te creëren voor de verschillende subregionale zorgcircuits.

ZORGCIRCUITS RELING:
----------------------

- DOEL:
  - Op basis van duidelijk uitgetekende, subregionale zorgcircuits kunnen trajecten (volgens geïndividualiseerde behandelafspraken) worden uitgetekend.
  - Een zorgcircuit is aangewezen bij complexe zorgvragen waarbij de aangeboden zorg door meerdere partners gelijktijdig of geschakeld georganiseerd dient te worden.
- WAT:
  - Een zorgcircuit bestaat uit het logisch schakelen van verschillende zorgmodules over voorzieningen heen. Voor het taalkader verwijzen we graag naar de tekst: Raamkader GGZ (zorgfuncties).
  - Een zorgcircuit wordt schematisch voorgesteld, waar nodig met een begeleidende tekst ter verduidelijking.
  - Een zorgcircuit vertrekt vanuit een in vraaggestuurde opbouw en kent een duidelijk aanmeldingspunt. (zie aanmeldingen)
  - De functie van **HOUVAST** (zie nota 1: houvastfunctie) wordt per patiënt toegewezen aan een persoon.
  - Een zorgcircuit is opgebouwd vanuit het algemene principe van getrapte zorg.
  - Een zorgcircuit is herstelgericht opgebouwd waarbij de nodige zorgfuncties hun plaats krijgen.
    - Aanmelding, screening, intake
    - Indicatiestelling, diagnostiek, evaluatie, observatie, oriëntering, onderzoek, advisering
    - Verzorging
    - Begeleiding, ondersteuning
    - Psycho-educatie
    - Behandeling
    - Activering, tijdsinvulling, arbeid, bezigheid, vrije tijd, vorming
    - Dienstverlening, vorming, preventie, informatie, supervisie
  - Een zorgcircuit streeft continuïteit van zorg na waar nodig, zonder dat de rol van één de partners wordt uitgehold.
    - Primair: Welke stappen (modules over voorzieningen heen) zijn noodzakelijk / wenselijk / mogelijkheid voor deze specifieke zorgvraag?
    - Secundair: Er is oog voor continuïteit van zorg in de tijd (naadloos). Er zijn geen of minimale **ongewenste** zorgonderbrekingen / vertragingen in het schakelen en een goede opvolging (overbrugging) wanneer deze zich toch voordoen. (zie nota 2: wachtlijsten)
    - Tertiair: Er is oog voor continuïteit van zorg volgens de aangevatte zorgmethodiek en de ontwikkelde casusconceptualisatie, tenzij anders geïndiceerd.

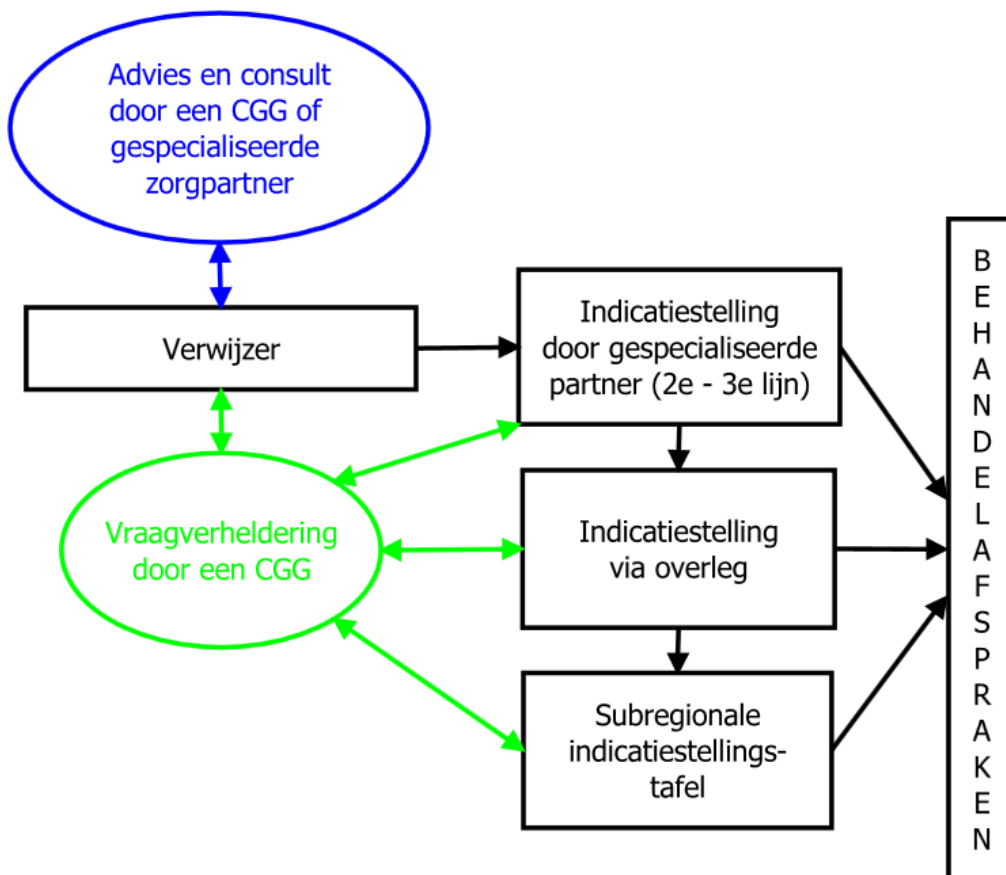
- AANMELDING:
  - WAAR aanmelden?
    - In Reling wensen we **de keuze aan vertrouwde toegangsdeuren voor geestelijke gezondheidsproblemen** (bij de netwerkvoorzieningen) **te behouden** en niet te ijveren naar één centraal aanmeldpunt / aanmeldteam.
    - Achter de diverse toegangsdeuren gaat **één visie schuil**, op: aanmelding, vraagverheldering, indicatiestelling, diagnostiek en doorverwijzing. Met als doelstelling na de aanmelding snel en gericht door te schakelen naar de meest geschikte zorgmodule volgens het principe van de getrapte zorg (Subsidiariteitsprincipe).
    - Bij onduidelijke of complexe zorgvragen kunnen patiënten en verwijzers terecht bij Functie 1B (vraagverheldering, diagnostiek en indicatiestelling) aangeboden door alle CGG's in het zorggebied Reling.
  - WAT is een goede aanmelding?
    - Er wordt gebruik gemaakt van een **éénvormige aanmeldingsfiche**, gemaakt en bekrachtigd door alle partners.
    - Deze bestaat uit een aantal relevante persoons- en administratieve gegevens van de cliënt en zijn context (relevante familieleden, mantelzorgers, hulpverleners en andere belangrijke steunfiguren) en daarnaast een **exploratie van de zorgvraag**.
      - Persoons- en administratieve gegevens:
        - Algemene persoonsgegevens zorgvrager
        - Contactgegevens betrokken familieleden, steunfiguren, mantelzorgers en hulpverleners
      - De exploratie van de zorgvraag vraagt een zekere assessment:
        - **Wat is er aan de hand?** Wat is de hulpvraag / context van de hulpvraag / voorgeschiedenis van ziekteproces en hulpverlening / ...
        - **Wat kunnen wij vanuit een zorgcircuit doen?**
          - **Welk zorgprogramma kan op maat voldoen aan deze hulpvraag?** Wat is een mogelijk zorgantwoord? Welke module(s) is (zijn) het meest geschikt? (zowel qua inhoud als qua zorgvorm)
          - **Welke zorg/ondersteuning** hebben de mantelzorgers, familieleden en steunfiguren nodig om hun rol te blijven vervullen?
      - **Voorstel:** voor de opmaak van een éénvormige aanmeldingsfiche neemt de NWC het initiatief tot een ad hoc werkgroep aangevuld met externe experts (Vb. Auteur Baert, Erik Stijnen (Grimbergen), ...) onder regie van het NWT. Er dient **gelijktijdig een duidelijk onderscheid te worden gemaakt tussen de aanmeld- en intakefunctie**.
    - De verkregen gegevens worden elektronisch verwerkt. Dit om de gegevensdeling bij indicatiestelling via overleg, op de indicatiestellingtafel en bij een afgesproken schakeling tussen partners te optimaliseren. Gegevensdeling gebeurt steeds volgens **het principe van de 'warme overdracht'**.
      - "WARM"
        - Met oog voor de relatie met de patiënt en zijn omgeving.
        - Met respect voor het informatierecht en medezeggenschap van de patiënt en zijn omgeving.
        - Het betreft naast louter medische informatie via briefwisseling ook functionele informatie, indien complex face to face gecommuniceerd.
        - Er is een gedeelde verantwoordelijkheid tussen de verwijzende en ontvangende hulpverlener om de gegevensoverdracht op te volgen en te evalueren.
      - "OVERDRACHT"
        - De gegevensoverdracht gebeurt systematisch en op initiatief van de doorverwijzer.

- De kwaliteit van de overdracht wordt door betrokkenen geëvalueerd. (zijnde de verwijzer, de ontvanger en de patiënt en zijn omgeving):
  - Heeft de ontvanger tijdig, vlot, kwalitatieve en functionele informatie ontvangen om de zorg verder op te nemen?
  - Percipieert de ontvanger deze informatie als bruikbaar om de zorg op te starten?
  - Voelt de patiënt en zijn omgeving zich voldoende betrokken bij de overdracht?
- Bij onvoldoende tevredenheid van de overdracht analyseren alle partijen de verschillende aspecten ervan en maken onderling de nodige toekomstgerichte afspraken. Bij het vaststellen van drempels en omstandigheden die een goede overdracht hinderen wordt het NWT hiervan op de hoogte gebracht.
- **“Stepped care”** benadering van de aanmeldingen
  - **<< STAP 0>> ONDERSTEUNING BIJ AANMELDING**  
 We streven ernaar de eerstelijns hulpverlening (huisartsen, organisaties...) zo correct mogelijk te informeren zodat ze over voldoende informatie beschikken om gerichte verwijzingen te doen.
    - Verwijzer - website Reling / Noolim
    - Vormingsinitiatieven en informatiekanalen
    - Directe feedback bij iedere verwijzing

Voor advies en ondersteuning bij aanmelding, vraagverheldering, diagnostiek en indicatiestelling kan iedere eerstelijns hulpverlener terecht bij:

    - een CGG wanneer de patiënt niet gekend is bij een partner in de GGZ
    - iedere zorgpartner GGZ wanneer de patiënt er (recentelijk nog) in behandeling en/of opvolging is (was)
  - Wanneer een patiënt wordt aangemeld bij een gespecialiseerde partner uit de 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> lijn wordt het éénvormig aanmeldingsformulier ingevuld. Volgens de inschatting die daarop volgt kan de partner waarbij werd aangemeld via onderstaande keuzes handelen:
    - **<<STAP 1>> INDICATIESTELLING**  
 De zorg wordt door de voorziening (hulpverlener) zelf opgestart.
    - **<<STAP 2>> INDICATIESTELLING VIA OVERLEG**  
 Indien geïndiceerd wordt de zorg mits “indicatiestelling via overleg” geschakeld naar een relevante partner uit het zorgcircuit:
      - Bij schakeling worden, met toestemming van de patiënt, de gegevens van de aanmelding met de nieuwe partner gedeeld. (er gebeurt geen nieuwe aanmelding!!!)
      - De gegevensdeling gebeurt via de principes van de warme overdracht.
      - De verwijzer, de huisarts en de HOUVAST worden op de hoogte gebracht van de schakeling in zorg.
    - **<<STAP 3>> SUBREGIONALE INDICATIESTELLINGSTAFEL**  
 Bij meervoudige, complexe zorgvragen wordt bij twijfel de aanmelding en indicatiestelling besproken op de subregionale Indicatiestellingtafel. De behandelafspraken (over zorgperiodes, kernopdrachten, schakelingen en gegevensdeling, ...) worden met akkoord van patiënt, verwijzer, huisarts, houvast\*\* en de verschillende betrokken partners genoteerd, rekening houdend met een instroomgarantie in de GGZ voor alle psychiatrische zorgvragen.
      - Schakelingen van zorg tussen partners gebeuren volgens de behandelafspraken, tenzij gaandeweg anders geïndiceerd.
      - Wanneer er onvoldoende informatie beschikbaar is om concrete behandelafspraken op te stellen kan een CGG ingeschakeld worden voor

verdere diagnostiek en vraagverheldering. Nadien komt de casus terug op de subregionale indicatiestellingtafel.



o Opgvolging

- Bij **IEDERE** doorverwijzing wordt de patiënt, zijn HOUVAST en zijn huisarts op de hoogte gebracht van de opgestarte behandeling en/of geadviseerd voor verdere opvolging.

### Nota 1: HOUVAST functie

De HOUVAST **functie** bestaat erin dat, wanneer nodig, één van de betrokken familieleden / mantelzorgers / steunfiguren / hulpverleners de patiënt bijstaat en coacht bij het kenbaar maken van de eigen wensen en keuzes in het op te maken individuele zorgtraject.

De toewijzing van deze functie aan een persoon is een keuze van de patiënt. We wensen de keuzemogelijkheden getrapd aan te bieden:

- 1/ De patiënt zelf en/of een gezins- of familielid
- 2/ Een betrokken eerstelijns hulpverlener of betrokken mantelzorger/steunfiguur (niet gezins- of familielid)
- 3/ Een betrokken hulpverlener uit de 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> lijn.

PS: Bij inschakeling van een mobiel B team komt deze HOUVAST functie sterk overeen met de functie van HOUVASTBEGELEIDER.

PS: De toewijzing van deze HOUVAST functie is tijdelijk en veranderbaar tijdens het traject. De finaliteit blijft dat professionele hulpverleners zich op termijn 'overbodig' maken.

De term "HOUVAST functie" is voorlopig weerhouden. De term "referentiepersoon" zoals vermeldt in de projectfiche valt samen met de "referentiepersoon" uit de 1<sup>e</sup> lijn. Maar is de beoogde functie in overeenstemming? Kan dit voor verwarring zorgen? Listel bespreekt dit verder binnen het RIZIV.

Termen die werden overwogen maar niet werden weerhouden:

- "casemanager" ligt al vast in de teksten uit de gehandicaptenzorg en beoogt een eerder managementmatige benadering van een traject.
- "overlegcoördinator" (Listel) staat voor de functie van het plannen en opvolgen van het nodige netwerkoverleg rond een individuele casus en is per definitie een niet-betrokken actor in de zorg.
- "vertrouwenspersoon" ligt al vast in de teksten i.v.m. patiëntenrechten.

### Nota2: Wachlijsten

- Wachlijsten worden zoveel mogelijk vermeden.  
We spreken van een wachtlijst (of wachtperiode) **wanneer een patiënt ongepland dient te 'wachten' op zorg die hij/zij nu nodig heeft.**
- De periode tussen een aanmelding (telefonisch of via een verwijzer) en het intakegesprek wordt bepaald door de procedure en geldt niet als "wachttijd".
- De periode van een schakeling tussen twee modules geldt niet als "wachttijd" aangezien deze periode gekend (voorspelbaar) en in te plannen is. Wanneer de patiënt in zijn context deze periode zonder zorg moeilijk kan overbruggen wordt er gezocht naar tijdelijke ondersteuningszorg.