

1<sup>e</sup> lijn LINKT

woonzorgcentra



HOE SAMENWERKEN KAN TUSSEN  
WOONZORGCENTRA EN EERSTELIJN

## INHOUDSOPGAVE

HET WERKVELD MAAKT HET VERSCHIL .....	3
HET BELANG VAN TRANSMURALE SAMENWERKING .....	5
GOODPRACTICES.....	7
BBO (BELEEF, BEWEEG, ONTMOET) .....	8
DEELNAME MAATSCHAPPELIJK WERKER THUISZORG AAN OPNAMETEAM .....	10
HAMONT-ACHEL: SAMENWERKINGSOVEREENKOMST OPNAMECOMMISSIE .....	11
HOGEVIJF ALS REFERENTIEPUNT VOOR ALLE VRAGEN OVER OUDER WORDEN.....	12
HOU REKENING MET MIJN ECHTE IK. DAGELIJKSE TOTAALZORG IN EEN WOONZORGCENTRUM.....	14
INTEGRALE NACHTOPVANG LIMBURG.....	16
NETWERKZORG VOOR PERSONEN MET DEMENTIE NOORD-LIMBURG - INLOOPHUIS DEMENTIE.....	18
OPNAMEBELEID WOONZORGCENTRUM VOORZIENIGHEID .....	20
OPNAMELOKET MAASMECHELEN.....	21
OVERBRUGGINGSZORG.....	23
OVERLEG WOONZORGCENTRA ZORGREGIO GAOZ (GENK – AS – OPGLABBEK – ZUTENDAAL) .....	25
PELLE MELLE, SENIORENCAMPUS OVERPELT, EEN SAMENWERKING/ DIENSTVERLENING OP MAAT!.....	27
ROOM-I: REGIONAAL OVERLEG OUDEREN MAASLAND - INTERVISIE .....	29
SAMEN OP HET ZORG-PAD.....	31
SAMENWERKING OPNAMEBELEID WZC CECILIA – OCMW ALKEN.....	33
VERWENZORG: EEN SAMENWERKING TUSSEN LANDELIJKE THUISZORG EN DE WOONZORGCENTRA .....	34
WERKGROEP WOONZORGCENTRA – EERSTELIJK – ZIEKENHUIS, SINT-TRUIDEN.....	36
ZORGBRUG.....	38
ZORGBRUG OCURA MONTENAKEN.....	40
ZORGCOACHING OCMW GENK .....	42
ZORGTEAM WZC HET MEERLEHOF - OCMW LUMMEN .....	44
PROTOCOL III PROJECTEN.....	45
ERGOTHERAPIE AAN HUIS.....	46
GERIATRISCHE ZORGCOACH .....	48
GERONTO-PSYCHIATRISCHE EXPERTISECENTRUM MENOS .....	49
't KRUIDENPAND .....	51
ZORG OP MAAT EN ZORGCOÖRDINATIE TER VERSTERKING VAN DE ZORGETEN .....	53
INITIATIEVEN TER BEVORDERING VAN KWALITEIT .....	55
AANVULLENDE WOONZORG VAN VZW IN-Z. EEN THUISGEVOEL IN WOONZORGCENTRA.....	56
ONDERSTEUNING AAN BEWONERS VAN WOONZORGCENTRA .....	58
ONDERSTEUNING IN DE ZORG .....	59
ZZEN.....	60
BIJLAGEN:SAMENWERKINGSOVEREENKOMST .....	62
LIMBURGSE CODE.....	62

# HET WERKVELD MAAKT HET VERSCHIL



Voor u ligt de eerste editie van 'EERSTELIJN LINKT WOONZORGCENTRA', een verzameling van mooie Limburgse praktijkvoorbeelden over hoe samenwerken tussen woonzorgcentra en eerstelijns kan. Het is meteen de eerste realisatie van de samenwerkingsovereenkomst tussen LISTEL en de 4 koepels van woonzorgcentra.

Tijdens de uitwerking van een samenwerkingsovereenkomst tussen de Limburgse woonzorgcentra en de eerstelijns, werd al gauw duidelijk dat het verschil gemaakt wordt op het werkveld zelf, kort bij de oudere en zijn mantelzorger, in een woonzorgcentrum, een centrum voor kortverblijf, een dagverzorgingscentrum of een gemeente. De werkgroep was overtuigd dat er in Limburg talrijke goede praktijkvoorbeelden te vinden zijn die zorgen dat de overgang van de thuissituatie naar een residentiële of semi-residentiële voorziening vlot verloopt.

Omdat deze plaatselijke projecten en initiatieven meestal in alle bescheidenheid gerealiseerd worden, wilden we ze in beeld brengen. We vroegen alle Limburgse woonzorgcentra en eerstelijnsactoren om hun aanwezige kennis en kunde met het Limburgse werkveld te delen en zo hun collega's te inspireren.

Onze oproep resulteerde in deze bundeling van 30 Limburgse projecten:

- 21 projecten met de focus op concrete samenwerking tussen woonzorgcentra en de eerstelijns
- 5 protocol-III projecten rond alternatieve vormen van ouderenzorg
- 4 projecten met het accent op verbetering van kwaliteit van zorg in woonzorgcentra, in nauwe samenwerking met eerstelijnspartners

Met deze uitgave, ook digitaal beschikbaar op [www.listel.be](http://www.listel.be), bieden we één kennisplek aan die de bestaande initiatieven en projecten raadpleegbaar maakt, op elk moment en voor het hele werkveld. Door kennis van en inzicht in het werk van collega's in beeld te brengen, hopen we inspiratie aan te bieden en ruimte te creëren om nieuwe processen op te wekken. Kennisdeling kan ondersteunend werken en inzicht geven aan anderen over welke successen en prestaties geboekt kunnen worden.

Woonzorgcentra en eerstelijns werkers die zich geroepen voelen om nieuwe projecten of initiatieven te ontwikkelen, kunnen LISTEL aanspreken om de overlegtafel aan te bieden en een ondersteunende rol te spelen. Vanuit LISTEL maken we dwarsverbindingen met andere bestaande relevante initiatieven en ondersteuningsmogelijkheden. We kijken ernaar uit!

Namens LISTEL danken we alle mensen die aan deze productie hebben meegewerkt voor de inbreng, het engagement en de bereidheid om hun kennis te delen.

Veel lees-en-inspiratie-plezier

Dr. Johan Vandervelden  
Voorzitter

Hasselt, 3 december 2015



# HET BELANG VAN TRANSMURALE SAMENWERKING

---

---

---

Het toenemend **belang aan transmurale samenwerking** vinden we als LISTEL terug in onze SEL-opdrachten van de Vlaamse overheid: *'het sluiten van samenwerkingsovereenkomsten met woonzorgcentra, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf om het zorgcontinuüm te verzekeren'*. De bekommernis over een betere samenwerking tussen de woonzorgcentra, centra voor kortverblijf, dagverzorgingscentra, assistentiewoningen en de eerstelijns, gaf aanleiding om samen met het werkveld na te denken over werkwijzen om de continuïteit van zorg voor de oudere te verbeteren. Overleg tussen de koepels van de ouderenvoorzieningen (DOTZORG Limburg, Ferubel, VLOZO, Zorgnet-Icuro) en afgevaardigden van de eerstelijns leidde tot een nieuw engagement.

Een samenwerkingsovereenkomst werd opgesteld om de begeleiding en de zorg aan de oudere verder kwaliteitsvol en efficiënt uit te bouwen. Een **prioritaire doelstelling** is het realiseren van **meer continuïteit binnen het zorgtraject van de oudere**.

We verkozen om te vertrekken vanuit een gemeenschappelijke visie met een aantal **basisprincipes en uitgangspunten**:

- Het centraal stellen van de oudere en zijn zelfredzaamheid tijdens het zorgproces
- Het optimaliseren van de betrokkenheid van familie en mantelzorgers
- Het benaderen van de oudere vanuit een behoefte-gestuurde aanpak
- De waarborgen van de geïnformeerde keuzevrijheid van de oudere
- Het respecteren van de persoonlijke levenssfeer en waardigheid van de oudere
- Het streven naar eenvoud en efficiëntie in de samenwerking
- Het naleven van de principes gehanteerd in de 'Limburgse code tot coördinatie voor SEL/GDT Genk en SEL/GDT Hasselt.

Concreet beidt deze **overeenkomst handvaten** waarmee het werkveld aan de slag kan in de praktijk, met de focus op multidisciplinaire samenwerking.

Om de doelstellingen in de praktijk te concretiseren, maken we op regelmatige tijdstippen een inventaris van bestaande initiatieven en komt het geheel raadpleegbaar op één kennisplek, op elk moment en voor het hele werkveld. Deze **kennisdeling** heeft o.a. als doel:

- inspiratie aanbieden en ruimte creëren om nieuwe processen op te wekken
- ondersteunen bij beslismomenten en bij dialoog voor implementatie
- inzicht geven aan anderen welke successen en prestaties geboekt kunnen worden

Met dit initiatief zijn we een aanspreekpunt om noden, knelpunten en bevindingen in samenwerking in kaart te brengen en om in overleg initiatieven te nemen. Samen met de koepels van woonzorgcentra beogen we partners uit de eerstelijns en ouderenvoorzieningen aan te zetten om tot **nieuwe wisselwerkingen** te komen. Kruisbestuivingen en dwarsverbindingen met Limburgse netwerken trachten we te stimuleren. Ook onze plaatselijke overlegplatformen (POP's) zijn bevoorrechte partners.

Tot slot engageren we ons om gegevens te verzamelen, adviezen te formuleren en goede praktijkvoorbeelden betreffende samenwerkingsaspecten naar de diverse overheden te signaleren.

# GOODPRACTICES



## BBO (BELEEF, BEWEEG, ONTMOET)

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: Woon en zorgcentrum St. Elisabeth  
Contactpersoon: Johan Abrahams/ Evy Van Doninck  
Adres: Demerstraat 80, 3500 Hasselt  
Telefoon: 011 24 93 57  
E-mail: zcstelisabeth@begralim.be

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: 01/07/2015  
Einddatum: geen einddatum

### PROJECT

#### "RUST ROEST"

Een actieve levensstijl en voldoende bewegen zorgt ook op oudere leeftijd voor een belangrijke gezondheidswinst. Samen bewegen doet bewegen, verhoogt de kans tot ontmoeting en leidt tot verbinding tussen lotgenoten. Beweegprogramma's hebben een gunstig effect op het lichamelijk en psychisch functioneren.

Beweegprogramma's hebben een gunstig effect op het lichamelijk en psychisch functioneren. Daarom stellen wij enthousiast dit BBO-programma voor.

#### BBO: BELEEF, BEWEEG, ONTMOET

##### **BEWEEG: onder begeleiding van een kinesist.**

Een functioneel motorisch doel. Er wordt gebruik gemaakt van verschillende toestellen en materialen: trilplaat, massagezetel, trilbed, manuele technieken, warmte,.....



##### **BELEEF: onder begeleiding van een ergotherapeut**

Laat je zintuigen helemaal tot leven komen op het waterbed, de massage-zetel of aromatherapie.

Geheugentraining door de ergotherapeut: door middel van allerlei opdrachten en geheugenspelen worden de mogelijkheden van het geheugen behouden en gestimuleerd. Ook voor zij die het meest kwetsbaar zijn en het bewegen minder evident is wordt er voornamelijk ingezoomd op (sensomotorisch) 'beleven'





## **ONTMOET**

joint care: door te bewegen in groep wordt ieder binnen zijn eigen mogelijkheden gemotiveerd tot bewegen. lotgenoten contact, gezellig samen zijn, ...

## **PRAKTISCH**

Maandag: 14.00-17.00u

WZC Sint-Elisabeth, Demerstraat 80, 3500 Hasselt

Aanmelden via de zorgcoach 011 24 93 57

Men dient zelf ter plaatsen te geraken

Dit aanbod is geldig voor personen uit Hasselt

Heden bedraagt de kostprijs 5 euro

## DEELNAME MAATSCHAPPELIJK WERKER THUISZORG AAN OPNAMETEAM

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: OCMW Houthalen-Helchteren  
Contactpersoon: Elke Blokken  
Adres: Pastorijstraat 30, 3530 Houthalen-Helchteren  
Telefoon: 011 49 22 44  
E-mail: elkeblokken@houthalen-helchteren.be  
Website: [www.houthalen-helchteren.be](http://www.houthalen-helchteren.be)

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
Woonzorgcentrum Vinkenhof	Rob Geurts
Team thuiszorg OCMW	Elke Blokken

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: 1/1/2011  
Einddatum: Onbepaald in tijd

### PROJECT

Het OCMW Houthalen-Helchteren biedt enerzijds een aantal diensten aan in de thuiszorg (gezinszorg en aanvullende thuiszorg, maaltijdbedeling, lokaal dienstencentrum, dagverzorgingscentrum) en anderzijds baat het OCMW ook een eigen woonzorgcentrum uit. De maatschappelijk werker in de thuiszorg verzorgt de intakes voor de dienst gezinszorg en aanvullende thuiszorg, ook de intakes van het dagverzorgingscentrum gebeuren door de maatschappelijk werker thuiszorg. Nadat een gebruiker is opgestart, neemt de coördinator van het dagverzorgingscentrum de verdere begeleiding op.

Op de sociale dienst van het woonzorgcentrum zijn maatschappelijk werkers bevoegd voor de intake en verdere sociale begeleiding van de bewoners. Binnen het woonzorgcentrum vindt er wekelijks een opnameteam plaats, waaraan de coördinerend geneesheer, een maatschappelijk werker en de directeur van het woonzorgcentrum deelnemen. Om de afstemming van de thuiszorg en de ouderenzorg te optimaliseren, neemt de maatschappelijk werker van het team thuiszorg op regelmatige basis deel aan het opnameteam van het woonzorgcentrum. De coördinator van het dagverzorgingscentrum is dan ook aanwezig. Op deze manier wordt de hulpverlening op mekaar afgestemd en blijft men op de hoogte van gemeenschappelijke dossiers. Dit brengt voordelen met zich mee voor de dienstverlening. Er is een vlottere doorverwijzing van de thuiszorg naar de ouderenzorg en de dienstverlening gebeurt meer op maat van de gebruikers.

## HAMONT-ACHEL: SAMENWERKINGSOVEREENKOMST OPNAMECOMMISSIE

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: OCMW Hamont-Achel  
Contactpersoon: Nathalie Maas  
Adres: Michielsplein 1, 3930 Hamont-Achel  
Telefoon: 011 80 55 50  
E-mail: nathalie.maas@ocmwhamontachel.be  
Website:

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
WZC Sint-Jan Berchmanstehuis	Greet Geuens
WZC Residentie Aan de Beverdijk	Piet Bormans
VZW Dienstencentrum De Kring	Liesbet Clijsters
OCMW Serviceflats De Kempkens en De Lier	Nele Rutten
OCMW Dienst Ouderen	Nathalie Maas
OCMW – Raad voor Maatschappelijk Welzijn	Patric Groenen en Willy Gielen

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: 1994, aangepast in 2009 en 2015  
Einddatum: onbepaald

### PROJECT

De opnamecommissie is ontstaan in 1994.

De opnamecommissie is een adviserend orgaan dat maandelijks geactualiseerde lijsten “aanvraag tot opname” vastlegt, waarin per deelnemende organisatie de rangorde wordt bepaald. Op basis van deze lijst kunnen de deelnemende organisaties tot opname besluiten.

De aanvrager richt zich in eerste instantie naar de voorziening(en) van zijn keuze en start daar de aanvraagprocedure. Nadien heeft hij de maatschappelijk werker van het OCMW als aanspreekpunt voor zijn aanvraag. Alle wijzigingen worden via deze trajectbegeleider gemeld tijdens de opnamecommissie aan de voorzieningen teneinde de wachtlijsten aan te passen.

De trajectbegeleider heeft binnen het OCMW als andere taak de thuiszorg op te volgen en zorgoverleg te organiseren. Vanuit deze taak kan zij de aanvrager informeren over alternatieven voor een woonzorgcentrum, dagverzorgingscentrum, serviceflats, ... en kan zij overbruggingsthuiszorg installeren. Dit alles om de thuiszorg in afwachting van een opname zo haalbaar mogelijk te houden en te voorzien in een naadloze overgang van thuiszorg naar residentiële zorg.

De partners van de eerste lijn (huisartsen, verpleegkundigen, diensten gezinszorg, ...) maar ook de sociale diensten van de omliggende ziekenhuizen kennen onze werking. Dit maakt dat ook zij de juiste procedures kennen om de aanvraag op het juiste moment te stellen zodat de aanvrager hierin de juiste begeleiding kan krijgen.

Het ontslag van het ziekenhuis wordt in sommige situaties afgestemd op de bespreking binnen de opnamecommissie en de te verwachten plaats op de wachtlijst.

Doordat de aanvrager via het OCMW de aanvraagprocedure grotendeels moet doorlopen wordt hij ook geïnformeerd en begeleid om maximaal gebruik te kunnen maken van sociale en financiële voordelen.

Indien een aanvrager alsnog een aanbod weigert zal ook steeds de trajectbegeleider de aanvrager op de hoogte brengen van de consequenties en de verdere thuiszorg opvolgen.

## HOGEVIJF ALS REFERENTIEPUNT VOOR ALLE VRAGEN OVER OUDER WORDEN

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: OCMW Hasselt  
Contactpersoon: Elke Sweldens  
Adres: A. Rodenbachstraat 20, 3500 Hasselt  
Telefoon: 011 30 80 31  
E-mail: elke.sweldens@ocmwhasselt.be  
Website: www.ocmwhasselt.be

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
Woonzorgcentrum Zonnestraal	veerle.vanlook@ocmwhasselt.be
Seniorenvoorzieningen OCMW Hasselt -thuiszorgondersteuning	
Lokaal dienstencentrum 't Park-De Boelvaar	
Centrum voor Kortverblijf (WZC Zonnestraal)	
Dagverzorgingscentrum Plankeweke OCMW Hasselt	
GAW OCMW Hasselt (Parkresidentie, Gouden Regen, Juniperus)	

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: 1/8/2013  
Einddatum: 1/5/2017

### PROJECT

#### DOELSTELLING

We willen onze seniordienstverleningen zodanig herorganiseren zodat we nog meer klantgericht kunnen werken, de continuïteit in het zorgtraject van de oudere kunnen optimaliseren en zo de kwaliteit van onze dienstverlening verhogen. Daarnaast willen we ons zo organiseren dat we ook de verschuiving van onze rol van actor naar regisseur ten volle kunnen opnemen. Dit alles binnen een kostenefficiënte organisatie.

#### RESULTAAT

In november 2013 besloot de raad voor maatschappelijk welzijn alle bestaande seniordiensten te groeperen in een departement ouderenbeleid, Hogevijf, om zo de senior een zorgcontinuüm aan te bieden. Zo kunnen we onze interne diensten beter op mekaar afstemmen en onze regierol beter coördineren. Dit alles om de senior zowel thuis als residentieel optimaal te begeleiden. Omdat we onze voorzieningen verhuizen naar twee zorgcampussen, waarvan één in de Banneuxwijk en één in het centrum van Hasselt nabij het stadspark, kunnen beide campussen fungeren als een woonzorgnetwerk zoals beschreven in het woonzorgdecreet. Dat is een buurtgericht functioneel samenwerkingsverband waarin actieve erkende voorzieningen uit de buurt uitgenodigd worden tot participatie om ouderenzorg en thuisondersteunende diensten in de wijk in te bedden. Dit met als doel de samenwerking tussen de verschillende actoren in thuiszorg en residentiële zorg te bevorderen en een zorgcontinuüm te creëren. Om tegelijk dat zorgcontinuüm te creëren én om onze regierol te coördineren heeft Hogevijf een uniek concept uitgewerkt:

Mensen die bij Hogevijf komen aankloppen, stellen zich op de een of andere manier vragen over ouder worden en de effecten daarvan op hun leven of op dat van iemand die hen dierbaar is. Sommigen hebben een concrete zorgvraag of zoeken naar oplossingen voor een moeilijke leefsituatie. Anderen zijn op zoek naar informatie of willen als oudere zelf hun sociale leven weer vorm geven. Mensen stellen deze vragen als senior, als mantelzorger, als familielid, maar ook als zorgverlener.

Hogevijf wil hiervoor een referentiecentrum zijn waar, vanuit een partnerschap, een passend antwoord geboden wordt op alle vragen die ouder worden met zich mee brengt.



Vanuit de principes van het actief ouder worden zoeken we oplossingen die maximaal beroep doen op de eigen kracht van de mensen en hun netwerk om binnen hun gewone vertrouwde woonomgeving zoveel mogelijk zichzelf te kunnen zijn. Of, als het nodig is, om in een aangepaste leefomgeving zo autonoom mogelijk te leven.

Daartoe bouwen we een organisatie en een aanbod van diensten en voorzieningen uit waarbinnen de Hasselaar zich zoveel mogelijk tot één enkele contactpersoon kan wenden, die zich actief informeert over de situatie, de keuzes en de verwachtingen van de senior. Een goede intake en een voortdurende open communicatie van deze zorgbemiddelaar met de senior en zijn omgeving zorgt voor een goede oriëntatie in de zorg. Tegelijk willen we voortdurend oog hebben voor de veranderende zorgwensen en gaan we flexibel om met deze veranderende zorgvraag.

Hogevijf is er voor elke Hasselaar, maar heeft toch een heel bijzondere aandacht voor de meest kwetsbare ouderen.

### **ORGANISATIEMODEL**

Het organisatiemodel is een logisch gevolg van ons concept, waarbij de senior centraal staat. Wanneer de Hasseltse senior zich tot Hogevijf wendt, is zijn eerste aanspreekpunt een single point of contact (SPOC) of anders gezegd een vaste aanmeldcentrale. Deze bevindt zich zo dicht mogelijk bij de klant. Dat wil zeggen dat de rol van SPOC moet opgenomen worden zowel op campus Banneux, Campus Stadspark als in het Stadhuis. Bij de SPOC gebeurt een eerste gerichte intake. Kleine vragen kunnen onmiddellijk beantwoord worden. In geval dat er een dossier dient geopend te worden, wordt er met de senior een klantrelatie aangegaan en wordt dan doorverwezen naar een case manager. Deze case manager is een trajectbegeleider en neemt de begeleiding van de senior op zich vanaf dat moment tot het ogenblik dat de cliëntrelatie afgesloten wordt wegens overlijden of een opname in een woonzorgcentrum. Niettemin zal de trajectbegeleider de opname begeleiden. Het is de casemanager die de vraag van de senior analyseert en begeleidt richting van de meest passende oplossing binnen het volledige pallet aan dienstverleningen op de Hasseltse welzijns- of zorgmarkt. Dat kunnen eigen dienstverleningen zijn, maar evengoed externe diensten.

Omwille van schaalvoordelen enerzijds en kwaliteit anderzijds worden ondersteunende diensten en expertise gegroepeerd.

### **STAND VAN ZAKEN**

Momenteel is de visie en het concept overgebracht naar al onze medewerkers die ook hun engagement gegeven hebben om deze visie uit te dragen. We zitten ook in een finale fase in het uitschrijven van de processen. Vanaf begin 2016 zullen deze gefaseerd geïmplementeerd worden. De kwaliteit wordt hierbij voortdurend gemeten opdat we de processen kunnen evalueren en bijsturen. Vanaf de zomer volgend jaar zullen functiekaarten uitgeschreven worden en in september starten we vervolgens met een traject rond leiderschap, waarbij we het middenkader begeleiden om de waarden van onze visie uit te dragen doorheen de ganse organisatie en de nodige leidinggevende competenties te ontwikkelen.

## HOU REKENING MET MIJN ECHTE IK. DAGELIJKE TOTAALZORG IN EEN WOONZORGCENTRUM

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: OCMW Woonzorgcentra  
Contactpersoon: Mieke Duyssens  
Adres: Schurhoven 74, 3800 Sint-Truiden  
Telefoon: 011 68 48 71  
E-mail: mieke.duyssens@ocmw-st-truiden.be  
Website: www.ocmw-st-truiden.be

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
Huisartsen	
Sint-Trudo ziekenhuis	

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: 1/10/2013  
Einddatum: blijvend initiatief

### PROJECT

Als woonzorgcentra zien wij vroegtijdige zorgplanning niet als louter een medisch iets. Het is meer dan de bewoners informeren over hun patiëntenrechten en medische afspraken noteren. Het is een permanent communicatieproces tussen de bewoner, zijn naasten en interne en externe zorgverstrekkers. Zie de persoon achter de naam, leer de bewoners kennen en geef ze hun naam terug, ook al is het maar een fluisteren van wensen.

Het project is gericht op verschillende doelgroepen binnen de ouderenzorg:

- De bewoner: actief en systematisch bevragen van hun wensen m.b.t. verschillende levensdomeinen, dit op regelmatige basis blijven evalueren, bevragen en bijsturen
- De naasten: ondersteunen in het nemen van beslissingen, hen informeren over biopsychosociale wensen van de bewoner, regelmatig overleg organiseren samen met de afdelingsverantwoordelijke en de arts om het welbevinden van de bewoner te bespreken en te verbeteren
- Hulpverleners: mentaliteitsverandering en betrokkenheid vergroten, het aanbod van zorg aanpassen aan de wensen van de bewoner, betrokkenheid en communicatie tussen de hulpverleners onderling, de naasten en de bewoner vergroten, de kwaliteit van zorg op regelmatige basis toetsen aan de verwachtingen en wensen van de bewoner
- Ziekenhuizen: communicatie met de naasten, bewoner en de hulpverleners van het woonzorgcentrum bevorderen, dit door uniformiteit in het gebruik van codes en documenten, knelpunten inzake vroegtijdige zorgplanning worden besproken in het halfjaarlijks overleg met het Sint-Trudo ziekenhuis
- Huisartsen: bespreekbaarheid verbeteren, huisartsen van wacht beter op de hoogte brengen van de wensen van de bewoner en informatie ter beschikking stellen, huisartsen systematisch betrekken met overlegmomenten.

We willen evolueren naar een systematisch medezeggenschap van de bewoner en/of zijn naasten in de zorg. Vroegtijdige zorgplanning beoogt kwaliteit van leven door met de bewoner tijdig te communiceren over zijn wensen en zijn kijk op de zorg rond het levenseinde. In onze woonzorgcentra integreren we de vroegtijdige zorgplanning in het maatzorgaanbod waarbij we over alle aspecten van het leven en de dood in gesprek gaan.

Het is niet alleen horen wat de bewoners zeggen, maar echt en oprecht luisteren en rekening houden met hun wensen, gevoelens en zorgen. De bewoners en hun naasten zijn volwaardige gesprekspartners in het uittekenen van de zorg die zij willen ontvangen in het woonzorgcentrum. Dit traject is een permanent communicatieproces tussen de bewoner, zijn naasten en de interne en externe zorgverstrekkers waarbij de noden en wensen van de bewoner en zijn naasten systematisch worden gedetecteerd en besproken.

De zorg wordt in overleg afgesproken, opgevolgd, geëvalueerd en bijgestuurd. Op die manier kan de bewoner tot het einde toe de regie over zijn leven behouden en ondersteunen we de naasten, ook na het overlijden van hun familielid. De wet op de patiëntenrechten vormt het kader voor dit communicatieproces waardoor de informatie over de rechten systematisch kan worden gegarandeerd.

We zijn in oktober 2013 gestart met 5 bewoners. Ondertussen worden meer dan de helft van de bewoners begeleid in het totaalzorg-traject. De gesprekken lopen volgens een vast stramien, op regelmatige tijdstippen en steeds met dezelfde voorbereiding. Dit om zoveel mogelijk informatie te vergaren m.b.t. de verschillende levensdomeinen en om zoveel mogelijk vragen van alle gesprekspartners te kunnen beantwoorden. Dit steeds met toestemming van de bewoner.

Het zorgtraject maakt kwaliteitsbewaking nodig. Deze bewaking wordt gegarandeerd door het inzetten van een trajectcoördinator die ervoor zorgt dat op regelmatige en vastgelegde tijdstippen de noden en wensen op verschillende levensdomeinen met de bewoner en zijn naasten worden besproken en de zorg in overleg met interne en externe zorgverleners wordt afgesproken, geëvalueerd en/of bijgestuurd.

## INTEGRALE NACHTOPVANG LIMBURG

### INITIATIEFNEMER

Organisatie: Familiehulp vzw  
Contactpersoon: Dirk Van Laethem  
Adres: Industripark 1243, Halen  
Telefoon: 013 35 88 20  
E-mail: dirk.van.laethem@familiehulp.be  
Website: www.familiehulp.be

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
Landelijke Thuiszorg	Sigrid Luytens
Familiehulp	Dirk Van Laethem
IN-Z	Ruth Claes
CM	Alex Cox
Wit-Gele Kruis	Luc Bijnens
Zorgnet	Patrick Siborgs
Christelijke woon- en zorgcentra Zonhoven	Sebastien Dudal
WZC Sint Elisabeth Hasselt; WZC Sint Franciscus Tongeren	Bart Michotte
Bejaardenzorg Grauwzusters Limburg	Johan Abrahams
Rusthuizen zusters Augustinessen Alken	Roel Eerlingen

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: 1 januari 2015  
Einddatum: 31 december 2017

### PROJECT

#### WAT

Thuiszorgdiensten en woonzorgcentra stoten bij cliënten reeds lange tijd op een grote nood aan nachtopvang. Vanuit de reguliere werking kan hier helaas niet altijd een antwoord op geboden worden dat betaalbaar is voor de cliënt. In januari 2015 ging daarom het project 'Integrale Nachtopvang Limburg' van start met als doel de blinde vlek met betrekking tot hulpvragen tijdens de nacht in Limburg op te vangen. De deelnemende partners (Landelijke Thuiszorg, Wit-Gele Kruis Limburg, IN-Z, CM Ziekenzorg, Familiehulp en woonzorgcentra) willen met het project 'Integrale Nachtopvang Limburg' personele middelen vanuit vrijwilligerswerking, diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, thuisverpleging en woonzorgcentra inzetten om hieraan tegemoet te komen en om zorg op maat te kunnen leveren in deze complexe zorgvragen.

Integrale Nachtopvang Limburg kent verschillende zorgvormen. Afhankelijk van de thuissituatie en de zorgbehoeften van de cliënt, zal er gestreefd worden naar een hulpverlening op maat door middel van:

- nachtzorg met polyvalent verzorgenden of professionele oppassers
- nachtoppas met geschoolde vrijwilligers
- nachthotel als tijdelijke nachtzorg in een residentiële setting

#### DOELSTELLING

Integrale Nachtopvang Limburg geeft de mogelijkheid aan zorgbehoevenden om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen met behulp van kwalitatieve ondersteuning en het geeft de mantelzorgers de noodzakelijke ademruimte. De zorg overdag vraagt vaak al heel wat energie van de mantelzorg. Wanneer deze vraag ook tijdens de nacht aanhoudt, is het niet makkelijk om de zorgbehoevende 24 uur op 24 bij te staan.





## **MOTIVERING**

Thuiszorgdiensten en woonzorgcentra stoten bij cliënten reeds lange tijd op een grote nood aan nachtopvang. Vanuit de reguliere werking kan hier helaas niet altijd een antwoord op geboden worden dat betaalbaar is voor de cliënt. In januari 2015 ging daarom het project 'Integrale Nachtopvang Limburg' van start met als doel de blinde vlek met betrekking tot hulpvragen tijdens de nacht in Limburg op te vangen.

## **DOELGROEP**

Personen met een zorgbehoefte en diens mantelzorger(s).

## **WAT/HOE SAMENWERKING?**

Zoals hierboven reeds beschreven kadert de concrete samenwerking met woonzorgcentra in dit project binnen het aanbod van 'nachthotel'. Nachthotel wordt aangeboden aan de cliënt als tijdelijke nachtzorg in een residentiële setting. Overdag verblijft de cliënt met de nodige ondersteuning thuis, 's nachts verblijft hij in een residentiële setting, waarop hij 's morgens weer naar huis kan.

Sinds september 2015 ging de proeftuin van start in twee grote regio's, namelijk Sint-Truiden, Borgloon, Tongeren en Zonhoven, Hasselt, Diepenbeek. In deze proeftuin zijn de zorgvormen 'Nachtzorg' en 'Nachtoppas' operationeel. Echter, het luik 'Nachthotel' is in deze fase nog niet operationeel omdat verder onderzoek betreffende het juridisch kader genoodzaakt is. De periode van de proeftuin zal gebruikt worden om dit verder uit te klaren. Bijkomend worden alle vragen voor Nachthotel geïnventariseerd om de vraag naar dit aanbod verder in kaart te brengen.

### **INITIAFIEFNEMER**

Organisatie: Woonzorgcentrum Immaculata  
Contactpersoon: Ceelen Wendy - Veerle Janssen  
Adres: Dorpsstraat 58, 3900 Overpelt  
Telefoon: 011/80 56 50  
E-mail: [inloophuisdementie.overpelt@rusthuizenza.be](mailto:inloophuisdementie.overpelt@rusthuizenza.be)  
Website: [www.rusthuizenza.be/immaculata/](http://www.rusthuizenza.be/immaculata/)

### **PROJECTPARTNERS**

<b>ORGANISATIE/DISCIPLINE</b>	<b>CONTACTPERSOON</b>
DAGG	Miek Vandenberg
Cm Limburg	Patricia Van Hout
Geheugenkliniek Mariaziekenhuis	Ann Dreesen en Isabel Hermans
Alzheimerliga	Laura Weyns

### **DUUR VAN HET PROJECT**

Startdatum: oktober 2015  
Einddatum: Onbeperkt in tijd

### **PROJECT**

#### **ONTSTAAN**

Het Inloophuis is ontstaan vanuit de ervaring in contacten met familieleden en cliënten met dementie bij opname in het woonzorgcentrum of het dagverzorgingscentrum. We werden maar al te vaak geconfronteerd met mensen die na diagnose van dementie vaak leken vast te lopen en de weg niet vonden om de gepaste zorg te krijgen, gaande van hulp bij administratieve zaken tot opvangmogelijkheden, aangepaste hulp aan huis en dergelijke. Gemiddeld duurt het blijkbaar 2 jaar voordat mensen enigszins op weg geholpen worden in hun zorgtraject.

#### **DOELSTELLINGEN**

- Een luisterend oor bieden voor het verhaal van mensen met dementie en hun omgeving: info verstrekken, advies geven, gericht doorverwijzen, gespreksgroepen, familiegroepen...
- Diensten verlenen aan zorgdragers van mensen met dementie: ondersteunen van specifieke initiatieven bv. infodagen, praatavonden, familiegroepen, aanbieden van vormingen, samenwerken met zorgvoorzieningen
- Wederzijdse doorverwijzing door partners: zorgpartners (huisartsen, ziekenhuizen,...), samenwerking met Expertisecentrum dementie en de Alzheimerliga.

Vanuit de voorbeelden uit de regio Antwerpen groeide bij ons het idee om een plaats te creëren waar mensen terecht kunnen met al hun vragen en bekommernissen rond dementie. Dit om mensen wegwijs te maken in het kluwen van diensten in de zorg. Na bekeken te hebben wat er reeds bestond van dienstverlening in de regio Noord-Limburg kwamen we tot het besef dat er al heel veel bestond in de zorgverlening rond dementie en zijn we overgegaan tot een mailing naar alle mogelijke zorgpartners met de vraag om mee te werken aan een partnerschap. Bovenstaande partners hebben dan besloten om mee in te stappen in het project. Ondertussen hebben we samen een zorgpad opgesteld:

1. in het Inloophuis kan iedereen terecht die nood heeft aan meer info rond dementie. Dit ongeacht of men al een gestelde diagnose heeft of niet. De bedoeling is om sneller te kunnen doorverwijzen naar het geschikte zorgaanbod in Noord-Limburg. Dit in nauwe samenwerking met de vooraf genoemde partners.

2. Diagnose van dementie gebeurt door de geheugenkliniek en/of huisarts.
3. Info en advies over het ziektebeeld kan bekomen worden bij de diverse partners. Zo kan er individuele begeleiding door het Inloophuis dementie, DAGG, maatschappelijk werk van de mutualiteit, de psycholoog van de geheugenkliniek aangeboden worden. Mensen zijn vrij om hierin keuzes te maken
4. Er worden vormingen aangeboden i.s.m. de partners met als doel overlapping te vermijden en een zo uitgebreid aanbod aan info te kunnen geven aan mensen die hier nood aan hebben. De vormingen kunnen steeds doorgaan in de lokalen in de campus van WZC Immaculata tenzij anders gewenst of afgesproken.
  - CM en de geheugenkliniek bieden een vorming aan van een 5-tal avonden rond dementie in het Mariaziekenhuis.
  - CM en het Inloophuis bieden specifieke vormingen aan bv. dementie en nu.
5. Uit deze vormingen kan een groepsgebeuren ontstaan zoals een praatgroep die loopt over een korte termijn. Dit wordt reeds aangeboden door CM en DAGG i.s.m. de Alzheimerliga. Mensen die nood hebben aan een langlopende praatgroep zouden terecht kunnen in een familiegroep georganiseerd door het Inloophuis dementie i.s.m. de Alzheimerliga.

Naast oudere personen met dementie richt Netwerkwzorg voor personen met dementie Noord-Limburg zich ook op personen met jongdementie:

- het inloophuis organiseert een 5-tal keer per jaar een ontmoetingsavond voor mantelzorgers van personen met dementie.
- vanuit het inloophuis kunnen personen met jongdementie en/of mantelzorgers doorverwezen worden naar ieder van de partners.
- Vormingen georganiseerd door het samenwerkingsverband kunnen zich ook specifiek richten op de doelgroep van personen met jongdementie;

Bovengenoemde partners komen op regelmatige tijdstippen samen om het aanbod te evalueren, indien nodig bij te sturen en te plannen.

## **RESULTATEN**

We kunnen momenteel stellen dat het vormingsaanbod vanaf het najaar heel concreet georganiseerd wordt zonder enige overlapping wat we wel kenden in het verleden. Ook het voorjaar van 2016 is reeds gepland. Het inloophuis loopt officieus al. We zien al mensen met concrete hulpvragen en vaak ook ter voorbereiding op een opname in het woonzorgcentrum. We merken dat een opname veel gemakkelijker verloopt bij mensen die op voorhand gesprekken hebben gehad en contacten hebben gehad met het woonzorgcentrum. De drempel wordt kleiner zowel voor de cliënt als voor de mantelzorgers.

## OPNAMEBELEID WOONZORGCENTRUM VOORZIENIGHEID

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: WZC Voorzienigheid  
Contactpersoon: Marc Voets  
Adres: Kerkhofstraat 31, 3950 Bocholt.  
Telefoon: 089 46 21 61  
E-mail: [info@wzcvoorzienigheid.be](mailto:info@wzcvoorzienigheid.be)  
Website: [www.wzcvoorzienigheid.be](http://www.wzcvoorzienigheid.be)

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
WZC Voorzienigheid, sociale dienst	Annick Ercken, Jaklien Goijens
OCMW Bocholt	Bern Vrolix, Jet Wuyts

### PROJECT

Via een gecoördineerd zorgbeleid willen we de bejaarden van onze gemeente ondersteunen om zolang mogelijk zelfstandig thuis te wonen. Indien dit niet meer of zeer moeilijk mogelijk is, gaan we samen met de personeelsleden van de dienst thuishulp van het sociaal huis naar andere oplossingen zoeken.

Iedere maand is er een opnamecommissie waarin de sociale dienst van het woonzorgcentrum samen met de maatschappelijk werkers van de dienst thuishulp van het sociaal huis de dossiers overlegt van personen waarvoor het moeilijk wordt om zelfstandig te wonen. Deze personen zijn vooraf aangemeld bij het woonzorgcentrum en/of bij het sociaal huis (op eigen initiatief of op initiatief van de familie, vanuit het ziekenhuis, vanuit een thuiszorgoverleg, ...) of zijn gekend vanwege hun verblijf in een assistentiewoning van ons woonzorgcentrum. Anderen hebben reeds gebruik gemaakt van ons dagcentrum of zijn eventueel al eens op kortverblijf geweest.

Bij de maandelijkse opnamecommissie overlopen we onze wachtlijsten en gaan we een aantal plaatsen toekennen voor een rusthuisopname. Hiervoor wordt met verschillende criteria rekening gehouden: grootte van zorgvraag, medische criteria, aantal thuiszorgdiensten en beschikbare mantelzorgers, woonsituatie, datum van inschrijving, meldingsdatum van probleemsituatie en de woonplaats (link met onze gemeente). De bewoners van de assistentiewoningen krijgen voorrang op de wachtlijst als de situatie acuut is.

We ervaren onze samenwerking met de maatschappelijk werkers van de dienst thuishulp van het sociaal huis als een absolute meerwaarde. Zij hebben vaak een gedetailleerder beeld van de thuissituatie waardoor de dossiers globaler en correcter kunnen behandeld worden.

## OPNAMELOKET MAASMECHELEN

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: OCMW Maasmechelen  
Contactpersoon: Jana Vankan  
Adres: Binnenhof 2, 3630 Maasmechelen  
Telefoon: 089 48 28 00  
E-mail: info@ocmwmaasmechelen.be  
Website: www.ocmwmaasmechelen.be

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
Dienst Ouderen en Thuiszorg Maasmechelen	Jana Vankan
WZC Heyvis	Ronny Kuppens

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: 1 juni 2011  
Einddatum: Onbepaald

### PROJECT

Ons woonzorgcentrum Heyvis heeft te kampen met een lange wachtlijst en hierin zijn we wellicht niet alleen. Helaas moesten we de mensen het minder goede nieuws geven dat directe opname in ons woonzorgcentrum niet meteen mogelijk was. Hen aan hun lot overlaten was voor ons echter geen optie. Vandaar is het idee gegroeid om binnen de dienst Ouderen en Thuiszorg het opnameloket op te richten.

Iedereen die zich wil inschrijven op de wachtlijst van ons woonzorgcentrum komt terecht bij de zorgbemiddelaar van de dienst Ouderen en Thuiszorg. Zij schrijft de mensen in op de wachtlijst, maar om de mensen niet aan hun lot over te laten, gaat zij dan verder in op de zorgvragen die zich op dat moment acuut stellen. Als zorgbemiddelaar van het OCMW heeft zij kennis van de gehele sociale kaart in Maasmechelen. De zorgbemiddelaar legt op dat moment de link naar de eerstelijns hulpverleners. Via een uitgebreid gesprek worden de zorgnoden van de mensen in kaart gebracht: Wat heeft die persoon aan thuishulp nodig om de periode tot opname in het WZC te overbruggen? Is er nood aan gezinszorg? Kan iemand baat hebben met poetshulp? Is er een probleem wat betreft het bereiden van maaltijden en kunnen we hiervoor doorverwijzen? Is er nood aan opvang gedurende de dag? Is één van onze dagverzorgingscentra een optie? Is er daar plaats? Is oppas aan huis noodzakelijk? Kortom, het doel is om de tijd dat een persoon thuis moet verblijven bij gebrek aan plaats in het woonzorgcentrum zo comfortabel mogelijk te organiseren, en dit zowel voor de zorgbehoevende als voor de mantelzorger.

Een andere meerwaarde is de link met ons loket voor tegemoetkomingen. Doordat mensen komen informeren voor het woonzorgcentrum bij de dienst Ouderen en Thuiszorg lichten wij hun ook in over de mogelijke financiële tegemoetkomingen waarop mensen recht hebben en verwijzen wij hen dan ook door naar onze collega's binnen de dienst Ouderen en Thuiszorg die gespecialiseerd zijn in allerlei tegemoetkomingen voor ouderen.

Om van start te gaan is de dienst Ouderen en Thuiszorg in 2011 gaan samen zitten met het woonzorgcentrum. De eerste bijeenkomsten waren eerder pragmatisch. In de loop van de rit werd er een werkgroep opgericht bestaande uit de OCMW-secretaris, personeel van het woonzorgcentrum en personeel van de dienst Ouderen en Thuiszorg. Het doel van deze werkgroep was samen tot een duidelijk opnamebeleid te komen. Dit opnamebeleid werd door de raad goedgekeurd en vervolgens gecommuniceerd naar de bevolking. Het was voor ons in eerste instantie belangrijk om de mensen duidelijk te maken dat men voor een opname in het woonzorgcentrum terecht moet bij de dienst Ouderen en Thuiszorg en niet bij het woonzorgcentrum. We hebben de mensen trachten in te lichten over hoe een inschrijving op de wachtlijst van het woonzorgcentrum verloopt en we hebben proberen duidelijk te maken dat de zorgbemiddelaar van het OCMW samen met de mantelzorgers bekijkt hoe

men de tijd dat men wacht op een plaatsje in het woonzorgcentrum het best kan overbruggen, meer bepaald door de mogelijkheden van de thuiszorg te overlopen.

We kunnen dus stellen dat het contact niet stopt na de inschrijving op de wachtlijst. Het eventueel traject dat mensen vooraf nog moeten doorlopen via thuishulp wordt bekeken. Mensen die vroegtijdig komen informeren over een opname in het woonzorgcentrum worden dan ook preventief ingelicht over de mogelijkheden van thuiszorg.

Momenteel bestaat het opnameloket 4 jaar en is het principe alom bekend in Maasmechelen. We zijn ervan overtuigd dat onze zorgbemiddelaar van het OCMW kan helpen om de moeilijke wachttijd tot plaatsing in het woonzorgcentrum te overbruggen.

Concrete cijfers:

Op dit moment (voorjaar 2015) staan 461 personen ingeschreven op de wachtlijst van ons woonzorgcentrum en worden ze aangeschreven voor een update van hun gegevens.

Van alle aanmeldingen die we binnen krijgen, helpen we ongeveer 80% verder aan de hand van thuiszorg. De link tussen eerstelijns en woonzorgcentrum durven wij dan ook omschrijven als een succesvolle link!

## OVERBRUGGINGSZORG

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: Solidariteit voor het Gezin vzw  
Contactpersoon: Frieda Mariën  
Adres: Koningin Astridlaan 32 bus 1, 3500 Hasselt  
Telefoon: 011 29 10 40  
E-mail: [frieda.marien@svhg.be](mailto:frieda.marien@svhg.be)  
Website: [www.solidariteit.be](http://www.solidariteit.be)

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
Senior Assist – Residentie De Laek	Petra Vermeyen
Senior Assist – Residentie Villa Vitae	Patrick Tersago
Thuisverzorging in Solidariteit vzw	Dominique Uten
Solidariteit voor het Gezin ism Zorgende Handen	Sandra Christiaens

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: 1/06/2015  
Einddatum: Onbepaald

### PROJECT

Dit project kwam tot stand op vraag van Residentie De Laek in Koersel en Villa Vitae in Paal om een antwoord te kunnen bieden ingeval van crisissituaties bij bewoners van de assistentiewoningen. Wanneer bewoners van een assistentiewoning door een plots voorval niet meer in staat zijn om zelfstandig te wonen zal beroep gedaan worden op overbruggingszorg van Solidariteit voor het Gezin. Overbruggingszorg is de aangepaste zorg die aansluit bij de crisiszorg en die gedurende een korte periode wordt verleend in afwachting dat de zorg kan verleend worden die de bewoner zelf heeft gekozen.

De samenwerking wil volgende doelstellingen bereiken :

- bij crisissituaties snel aangepaste zorg bieden aan bewoners van een assistentiewoning gedurende een korte periode (14 dagen)
- gezinszorg en aanvullende thuiszorg bieden aan bewoners van assistentiewoningen met een zorgbehoefte
- ondersteuning van mantelzorgers
- de overgang van de thuissituatie naar het woonzorgcentrum eventueel voorbereiden en vlot laten verlopen
- zorggarantie bieden aan personen in de thuissituatie in afwachting van een opname in een WZC of een assistentiewoning

Overbruggingszorg richt zich tot :

- personen of gezinnen die verblijven in een assistentiewoning
- personen die zich inschrijven op de wachtlijst voor opname in een woonzorgcentrum of een assistentiewoning

Volgende diensten kunnen worden aangeboden :

- Thuisverpleging
- Gezinszorg – acute zorg
- Huishoudelijke hulp
- Oppashulp
- Vervoersdienst (niet-dringend, medisch, zittend vervoer)

Het servicecenter van Solidariteit voor het Gezin is 24u/24u bereikbaar voor vragen of aanmeldingen. Ingeval van crisis streeft Solidariteit voor het Gezin ernaar om hulp op te starten binnen de 24 u of volgens afspraken met de cliënt. Aanvragen voor thuisverpleging worden onmiddellijk opgevolgd. Zorgafstemming met de aanwezige zorg- en hulpverleners van de cliënt is noodzakelijk (eventueel via een multidisciplinair overleg).

Na 14 dagen volgt een evaluatie samen met de bewoner van de assistentiewoning, de woonassistent of de mantelzorgers.

Verderzetting van de hulpverlening na 14 dagen is mogelijk volgens de noden en wensen van de bewoner.

De keuzevrijheid van de bewoner wordt hierbij steeds gerespecteerd.



## OVERLEG WOONZORGCENTRA ZORGREGIO GAOZ (GENK – AS – OPGLABBEEK – ZUTENDAAL)

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: OCMW Genk  
Contactpersoon: Hilde Adamczak  
Adres: Welzijns-campus 11, 3600 GENK  
Telefoon: 089 57 30 57  
E-mail: Hilde.adamczak@ocmwgenk.be

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
Zorgbedrijf Ouderenzorg Genk: <ul style="list-style-type: none"><li>- WZC Toermallien</li><li>- WZC Mandana</li></ul>	Danny Marcoen Jos Aben
Foyer De Lork: <ul style="list-style-type: none"><li>- WZC Uilenspiegel (Genk)</li><li>- WZC Oosterzonne (Zutendaal)</li><li>- Hof van Gan (Genk)</li></ul>	Sandra Stevens Rudi Kusters
Residentie Prinsenpark	Geert Olaerts
WZC De Olijfbom	Carlo Feijen
WZC De Vierde Wand	Bart Houbregs
WZC Kimpenhof	Christel Cleuren
Residentie Pallieter	Vera Vandeurzen
Ziekenhuis Oost-Limburg	Jo Claes

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: 4 oktober 2004  
Einddatum: Onbepaald

### PROJECT

#### START EN AANLEIDING

Op maandag 4 oktober 2004 kwamen voor de eerste keer op uitnodiging van het OCMW de directies van de Genkse woonzorgcentra samen. De bedoeling van deze bijeenkomst was in de eerste plaats om kennis te maken met elkaar en met de projecten en initiatieven in de verschillende woonzorgcentra. In tweede fase werden al verschillende pistes van mogelijke samenwerking onderzocht. Met deze eerste samenkomst werd de grondslag gelegd voor de ontwikkeling van een sterk netwerk tussen de seniorenvoorzieningen van het OCMW (zowel residentieel als de thuiszorgvoorzieningen) en de andere Genkse woonzorgcentra. Later werd deze samenwerking uitgebreid tot de hele GAOZ regio en het ziekenhuis Oost-Limburg.

#### HUIDIGE WERKING

Nog steeds brengt het OCMW de woonzorgcentra uit de regio GAOZ en het Ziekenhuis Oost Limburg (ZOL) een drie tot vier maal per jaar samen rond de tafel. Om de binding met de woonzorgcentra nog te versterken werd ervoor geopteerd om de vergaderingen telkens te laten plaatsvinden in een van de woonzorgcentra.

Het doel van dit overleg is te komen tot ervaringsuitwisseling, afstemming en samenwerking. Dat dit werkt, bewijzen een aantal concrete initiatieven: de opmaak van een gezamenlijke informatiebrochure met een weergave van het profiel, de doelgroep, de opnamecriteria, dagprijs, ... van de verschillende woonzorgcentra. Deze brochure is een handig instrument voor doorverwijzers vanuit de thuiszorg om kandidaat bewoners gericht te kunnen verwijzen. Er werd eveneens een brochure over de financiële aspecten bij opname in een woonzorgcentrum uitgegeven. Deze brochure biedt de thuiszorg de

mogelijkheid om ook het financiële van een opname op voorhand bespreekbaar te maken met de kandidaat bewoner en/of familie. Er werd een gezamenlijke procedure opgesteld rond vermissing van personen met dementie in samenwerking met de politie Midlim. Deze procedure werd aangeboden aan de thuiszorg, zodat zij hier ook gebruik van kunnen maken. Om tegemoet te komen aan de woon- en zorgbehoeften van moslims, werd er in dialoog getreden vanuit dit overlegplatform met de Imams en Moskeevoorzitters. In 2014 werd gewerkt aan een gemeenschappelijk reglement van orde voor de huisartsen waar de woonzorgcentra mee samenwerken. Eveneens werden de eerste stappen gezet naar een gezamenlijk protocol met het Ziekenhuis Oost-Limburg om de informatieoverdracht tussen de woonzorgcentra en het ziekenhuis te optimaliseren. Nieuwe regelgeving vanuit de overheid of nieuwe initiatieven, die relevant zijn voor de werking van de woonzorgcentra en het bewaken van kwaliteitsindicatoren maken vast deel uit van de agenda. Reflecties over inspectiebezoeken aan een woonzorgcentrum komen aan bod en geven de andere woonzorgcentra de kans om zich op deze punten nog beter voor te bereiden. Naast de meer inhoudelijke thema's kan het ook gaan om samenwerking in kader van ontspannende activiteiten voor de bewoners. Initiatieven van de Genkse lokale dienstencentra en/of Seniorenraad worden kenbaar gemaakt en er wordt zelfs gefaciliteerd om een samenwerking op te zetten tussen de aanbieder van de activiteit en het betreffende woonzorgcentrum. De stad Genk heeft ook de plaatsing van voldoende rustbanken in de omgeving van de Genkse woonzorgcentra gerealiseerd op initiatief van dit overlegplatform. Wanneer in 2015 de verzelfstandiging van Toermalien een feit is, zal de rol van het OCMW in dit netwerk van woonzorgcentra wijzigen van actor naar regisseur. Om zich hier goed op voor te bereiden heeft het OCMW alle woonzorgcentra van GAOZ geconsulteerd. In individuele gesprekken werd gepolst naar de verwachtingen en werden domeinen verkend voor verdere samenwerking in de toekomst. Hier liggen heel wat uitdagingen voor het OCMW. Thema's als de samenwerking met de thuiszorg, de betaalbaarheid van een verblijf in een woonzorgcentrum, profilering naar doelgroepen en opnamebeleid, personeelsbeleid, ... zijn gemeenschappelijke issues waar het OCMW haar regiefunctie zeker in kan waarmaken.

## PELLE MELLE, SENIORENCAMPUS OVERPELT, EEN SAMENWERKING/ DIENSTVERLENING OP MAAT!

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: Sociaal Huis – OCMW & WZC Immaculata  
Contactpersoon: Lydia Kerkhofs, Brenda Matthijs, Ivo Claes  
Adres: Peltanusstraat 9 (OCMW), Dorpsstraat 58 (WZC), Overpelt  
Telefoon: 011 80 94 02 (OCMW), 011 80 56 50 (WZC)

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
Woonzorgcentrum Immaculata	Ivo Claes – verantwoordelijke bewonerszorg
Sociaal Huis – OCMW	Lydia Kerkhofs & Brenda Matthijs Senioren- en gehandicaptenloket

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: 15/10/1994  
Einddatum: we gaan voor een permanente, goed uitgebouwde samenwerking

### PROJECT

#### ZORGNOOD

In het kader van de exploitatie van haar serviceflats zocht en vond het OCMW in 1994 een partner in de vzw Rusthuizen Zusters Augustinessen Noord – Limburg, campus Immaculata voor het verstrekken van dienstverlening aan de bewoners van de serviceflats. Er werd een samenwerkingsovereenkomst ondertekend waarin ook afspraken opgenomen werden inzake een gezamenlijke opnamecommissie (WZC & Serviceflats).

Dit was de start van een intussen verregaande constructieve samenwerking met als huidige uitdaging het uitbouwen van een gemeenschappelijke seniorencampus.

#### DOELSTELLINGEN

Herkennen, erkennen en adequaat inspelen op zorgnoden van senioren, met aandacht voor de eigenheid van elke situatie. (De juiste zorg, in de juiste setting op het juiste moment)

#### VORMEN VAN SAMENWERKING

De samenwerkingsovereenkomst inzake dienstverlening vanuit het woonzorgcentrum aan serviceflatbewoners en de opstart van een opnamecommissie waren de eerste stappen tot samenwerking. Beide initiatieven zijn tot op de dag van vandaag nog bestaande. De opnamecommissie is samengesteld uit zes personen : een directielid, de verantwoordelijke van het dagverzorgingscentrum en een verpleegkundige namens het woonzorgcentrum, twee maatschappelijk werksters en de voorzitter namens het sociaal huis – OCMW. Deze commissie komt periodiek samen en behandelt alle aanvragen voor opnames van zowel het woonzorgcentrum als de serviceflats. De heterogene samenstelling van het orgaan is hierbij een duidelijke meerwaarde. Van elke vergadering wordt een verslag gemaakt.

De dienstverlening/ondersteuning vanuit het woonzorgcentrum richtte zich bij aanvang vooral op verzorgende, verplegende en veiligheidsaspecten (personenalarm, brandalarm). Deze blijven uiteraard de belangrijkste ondersteuningselementen. Intussen is deze ondersteuning verder uitgewerkt en kunnen de serviceflatbewoners ook dagelijks gebruik maken van het aanbod van warme maaltijden, deelnemen aan animatie-activiteiten, gebruik maken van het kapsalon,...

In de loop der jaren breidde de samenwerking verder uit, zo stelt het Sociaal Huis – OCMW een personeelslid ter beschikking om samen met een personeelslid van het woonzorgcentrum het vervoer voor het dagverzorgingscentrum te runnen, doen de maatschappelijk werksters van het Senioren- en

gehandicaptenloket huisbezoeken op vraag van het woonzorgcentrum, biedt het woonzorgcentrum de mogelijkheid aan familie/mantelzorgers om gesprekken met hun referentiepersoon Dementie te voeren, worden lokalen aan mekaar ter beschikking gesteld, organiseren de diensten gezamenlijke opendeurdagen en is er logistieke ondersteuning van gemeentelijke diensten inzake tuinonderhoud.

Ondanks de eigenheid van elke organisatie slagen we er in om blijvend constructief samen te werken en resulteert deze op korte termijn in de inbedding van het Senioren- en gehandicaptenloket met een nieuw lokaal dienstencentrum onder hetzelfde dak als het woonzorgcentrum, zodat er één senioren-campus is voor alle Overpeltse senioren waarbij beide organisaties instaan voor het gezamenlijke onthaal en de accommodatie zo efficiënt mogelijk door de twee diensten gebruikt wordt.

### **RESULTATEN**

De jarenlange samenwerking tussen het WZC Immaculata en het Sociaal Huis – OCMW resulteerde in een efficiënter en integraal opnamebeleid.

Door de dagdagelijkse samenwerking kunnen we een goede opvolging garanderen, zorgsituaties exploreren, rechten verkennen en op basis van de zorgnoden de juiste zorgen bieden!

Met de oprichting van één senioren-campus, die recent de naam 'Pelle Melle' kreeg, beogen we samen een gepast aanbod te bieden, zowel voor de nog thuis wonende senioren als voor de ouderen die in het woonzorgcentrum verblijven.

## ROOM-I: REGIONAAL OVERLEG OUDEREN MAASLAND - INTERVISIE

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: CGG LITP  
Contactpersoon: Katrien Bonneu  
Adres: Koning Albertlaan 35b2  
Telefoon: 089 77 47 74  
E-mail: k.bonneu@groeplitp.be

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
CGG LITP Seniorenteam	Katrien Bonneu
CGG DAGG Seniorenteam	Miek Vandebergh
WGK Limburg - Menos	Ivo Todts
Huisarts - Voorzitter POP Maasmechelen	Jos Truyen
In-Z	Denny Drossaert
OPZC	Wilbert Joosten
Mané vzw	Hanne Knuts
OCMW Maasmechelen	Jana Vankan
Solidariteit voor het gezin	Gwen Vanlaer
Familiehulp	Katrien Verbeek
RVT Bessemerberg	Hilde Beckers

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: 1/10/2014  
Einddatum: Zolang de partners dit zinvol vinden

### PROJECT

Alle hulpverleners binnen de ouderenzorg kennen het verhaal...  
...situaties die hoe langer hoe schrijnender worden, stoeve doorverwijzingen en de eerstelijns medewerkers die blijven zitten met hun vragen en ongerustheid...

In regio Maasland werd hier een antwoord op gevonden; het **ROOM-I**. Medewerkers van diensten binnen de ouderenzorg komen hier (ongesubsidieerd!) samen om concrete casussen anoniem te bespreken en zo expertise uit te wisselen. Het concept werd vraaggericht ontwikkeld vanuit de betrokken organisaties zelf.

Het ROOM-i voor een betere zorg in moeilijke dossiers door...

1. Uitwisseling van expertise tussen de eerste, tweede en derde lijn en dit zeer concreet afgestemd op een casus.
2. Betere kennis van het aanbod van de partijen geeft een betere afstemming in de zorg = wie doet wat?
3. Indien nodig vlotte doorverwijzing en het betrekken van nieuwe partners.
4. Meer overleg tussen verschillende partners, in eendracht samenwerken aan de overeengekomen doelstellingen.
5. Preventief werken; bij het oppikken van zorgwekkende signalen kan sneller ingegrepen worden en kan een extra aanbod gedaan worden voor een situatie verergert/ontaardt in een crisis.

Wie zit er aan tafel? De overlegcoördinator van het OCMW, afgevaardigde huisarts, vertegenwoordigers van de thuiszorgdiensten en thuisverpleegkundige dienst, residentiële partners (o.a. psychiatrisch ziekenhuis, WZC) en psychologen van de ouderenteams van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

De samenkomsten gaan door de eerste donderdag van de maand van 14u – 15u30 in het CGG van Maasmechelen. De te bespreken casussen worden geïnventariseerd bij de start van de bijeenkomst zodat iedereen aan bod kan komen. Indien nodig wordt een casus heropgenomen op de volgende sessie ter opvolging.

Sinds de start op 1 oktober 2014 werden al 88 casussen besproken. Na elke bijeenkomst wordt de zinvolheid van de vergadering gemeten. De resultaten weerspiegelen het enthousiasme van de deelnemers! Over de afgelopen 12 sessies geven de hulpverleners aan dat de bespreking nuttig was voor hun casus (8.68/10) en dat ze iets hebben kunnen bijleren (8.44/10).

Wil je als hulpverlener graag eens aansluiten om te proeven van dit nieuwe concept? Dat kan! Neem contact op met Katrien Bonneu ([k.bonneu@groeplitp.be](mailto:k.bonneu@groeplitp.be)).

## SAMEN OP HET ZORG-PAD

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: OCMW Bree en Welzijns-campus Gerkenberg  
Contactpersoon: Bernadette Coninckx  
Adres: Meeuwerkiezel 90a, Bree  
Telefoon: 089 48 01 71  
E-mail: bernadette.coninckx@bree.be  
Website: www.gerkenberg.be en www.bree.be

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
OCMW Bree	Jacques Leten, voorzitter
Welzijns-campus Gerkenberg	Jean Conings, directeur

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: 01/01/2007  
Einddatum: geen einddatum

### PROJECT

#### Situering samenwerking OCMW Bree en Woonzorgcentrum Gerkenberg, Bree.

Sinds de oprichting van het woonzorgcentrum Gerkenberg bestaat er een nauwe samenwerking tussen het woonzorgcentrum en de sociale dienst van het OCMW.

Deze samenwerking houdt in dat een vast aangeduid personeelslid (kwalificatie maatschappelijk werker) van de sociale dienst van het OCMW zich voornamelijk bezig houdt met de opnames (opstellen/actualiseren wachtlijsten, voorafgaande gesprekken en verstrekken informatie) in het woonzorgcentrum, het verlenen van bijstand bij de begeleiding van bewoner en familie, dit gebruik makend van de reeds bestaande kennis en ervaring binnen de seniorenwerking.

Concreet:

- kennis van de sociale kaart/netwerk en collega's 1<sup>ste</sup> lijn in regio Bree (ervaring in de dienstverlening aan senioren)
- contacten met seniorenverenigingen
- kennis van sociale wetgeving (vergoedingen en voordelen, financiële tussenkomsten OCMW, sociale huisvesting,...)
- hulp in administratie
- gecombineerd met een taak op het seniorenloket stadhuis Bree waar voornamelijk de 'actieve' senioren (en potentiële gebruikers van de dagopvang en rusthuis)gebruik van maken.

Doelstelling

- Bij intake in het WZC of op het seniorenloket het zorgtraject overlopen met het oog op:
  - wegwijs in de thuisdiensten (cfr opmaak brochure thuisdiensten)
  - wegwijs in voorzieningen:
    - \*dagopvang eigen welzijns-campus
    - \*woonzorgcentrum eigen welzijns-campus
    - \*kortverblijf in andere WZC's
    - \*contactgegevens, info andere WZC's
    - \*andere huisvesting
- Betaalbaarheid overlopen en oplossingen aanbieden, o.a. financieel verslag met mogelijke vraag om tussenkomst ter beslissing voorleggen aan het vast bureau van het OCMW
- Doorverwijzen naar andere partners binnen het netwerk.

Resultaat: 'Zorg op maat' zo dicht mogelijk en op relatief korte termijn benaderen.

### **Situering samenwerking OCMW, Woonzorgcentrum en Thuisgezondheidszorg Wit/gele kruis Bree.**

- Samenwerking sinds 2013 na overleg met (regionale) verantwoordelijke Wit-Gele Kruis en op initiatief van het Wit-Gele Kruis.
- Frequentie: 1x per maand in locatie Wit-Gele Kruis.
- Partners: Wit-Gele Kruis, Dienst maatschappelijk werk Christelijke Mutualiteit, Familiehulp, IN-Z, Welzijnsregio OCMW's, Overlegcoördinator OCMW Bree, Sociale dienst woonzorgcentrum Gerkenberg

#### Doelstellingen

- Gemeenschappelijke cliënten bespreken en best mogelijke hulp aanbieden.
- Wederzijdse informatie, suggesties en mekaar op de hoogte houden van plaats binnen het zorgtraject.

#### Resultaat

- 'Zorg op maat' zo dicht mogelijk en efficiënt benaderen.
- Samenwerking kan nog uitgebreid worden naar de thuisdiensten van andere zuilen en zelfstandige hulpverleners.

### **Samenwerking met DAGG en dienst patiëntenbegeleiding omliggende ziekenhuizen.**

- Gegroeid vanuit contacten OCMW en DAGG.
- Geïmplementeerd binnen het woonzorgcentrum.
- Maatschappelijk werkster en psychologe van het DAGG zijn intussen een gekend aanspreekpunt binnen het woonzorgcentrum
- Frequentie: op verzoek.

Dienst patiëntenbegeleiding ziekenhuis (geriatrie en psycho geriatrie): Logische samenwerking in opnamebeleid.

### **SAMENGEVAT**

De samenwerking (link) OCMW Bree (1ste lijn) en het WZC Gerkenberg ontstond niet vanuit een vooropgesteld project maar vanuit een spontane structuur.

De samenwerking bestaat uit een wisselwerking tussen de hulpverlenende instanties en het woonzorgcentrum met het oog op een zo goed mogelijke ondersteuning van de hulpvrager binnen de bestaande mogelijkheden en sociale voorzieningen. Soms zelfs met de doelstelling om de hulpvrager zo lang mogelijk in zijn/haar thuismilieu te laten verblijven.

Het opnamebeleid (strikt genomen) van het woonzorgcentrum Gerkenberg is begrensd tot overleg met directie en de verschillende disciplines werkzaam binnen het woonzorgcentrum (intramuraal). Maar er wordt tevens rekening gehouden met de informatie die we krijgen via extra murale diensten zoals het overleg met de thuisdiensten (Wit-Gele kruis, IN-Z, Familiehulp, OCMW, enz.) en met de informatie die we krijgen van de dienst patiëntenbegeleiding van het ziekenhuis. Hiermee kunnen we de hoogdringendheid van opname te inschatten. Zo hebben we meer info om ons op te baseren of een dringende opname gegrond is en waar we rekening mee dienen te houden.

Ook dient wel vermeld te worden dat wat betreft de samenwerking tussen OCMW en het woonzorgcentrum, een grote fysieke aanwezigheid, zeker wat betreft begeleiding van bewoner en familie, van de maatschappelijke werker in het woonzorgcentrum vereist.

### **BESLUIT**

We stellen vast dat deze spontane samenwerking een meerwaarde betekent voor alle betrokken partijen. Het overleg en de communicatie is tijdsintensief maar resulteert in een meer kwalitatieve aanpak voor alle partijen. Temeer daar bestaande kennis en contacten gedeeld kunnen worden en een meer totale benadering mogelijk is.



## SAMENWERKING OPNAMEBELEID WZC CECILIA – OCMW ALKEN

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: WZC CECILIA en OCMW Alken  
Contactpersoon: Jo Sclep, secretaris  
Adres: Papenakkerstraat 5, 3570 Alken  
Telefoon: 011 59 06 70  
E-mail: jo.sclep@ocmw-alken.be  
Website: www.alken.be

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
WZC Cecilia	Els Dethier

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: 01/12/2014  
Einddatum: Geen

### PROJECT

#### DOELSTELLING

De lange, chronologische wachtlijst omvormen naar een wachtlijst op basis van zorgnood. Met dit project willen we senioren die het meest nood hebben aan een opname voorrang geven op de wachtlijst.

#### AANPAK

- Verkennende gesprekken in andere woonzorgcentra over hun ervaringen met een wachtlijst op basis van zorgnood
- Voorbereidende vergaderingen met het woonzorgcentrum, opmaak werkingsdocument met medische en sociale screening
- infosessies voor kandidaten chronische wachtlijst over nieuwe aanpak
- informeren huisartsen en thuiszorgverleners over nieuwe aanpak

#### NIEUWE WERKWIJZE

- Eerste screening door het woonzorgcentrum: Is de aanvrager een inwoner van Alken? Is een opname aanvraag dringend of niet? Indien dit zo is, zal het woonzorgcentrum de aanvraagformulieren meegeven en zal de opname aanvraag besproken worden op de volgende opnamecommissie.
- Opmaak recente Katz-score door de huisarts.
- Sociaal onderzoek door de sociale dienst van het OCMW via een huisbezoek met de bejaarde, of indien niet mogelijk, met de kinderen van zorgbehoevende. Bevraging thuiszorg en mantelzorg, met bijzondere aandacht voor de draagkracht van de mantelzorger.
- Maandelijks opnamecommissie: de opnamedossiers worden besproken en op basis van de medische en sociale verslagen wordt de kandidaten een score toegekend. In de opnamecommissie zetelen 2 medewerkers van het woonzorgcentrum en twee medewerkers van het OCMW.
- De rangorde wordt bepaald door de ernst van de medische en sociale situatie op basis van het puntensysteem.

#### ANDERE VORMEN VAN SAMENWERKING

- Het OCMW staat in voor de organisatie van het vervoer van gebruikers van het dagzorgcentrum.
- Het OCMW komt voor Alkenaren met beperkte inkomsten (WIGW) tussen in de kosten voor dagopvang.
- Woonzorgcentrum Cecilia biedt dagelijks een maaltijd aan voor senioren die niet in het woonzorgcentrum verblijven aan €5 per maaltijd.

## VERWENZORG: EEN SAMENWERKING TUSSEN LANDELIJKE THUISZORG EN DE WOONZORGCENTRA

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: Landelijke Thuiszorg  
Contactpersoon: Lut Huveners  
Adres: Remylaan 4b, 3018 Wijgmaal  
Telefoon: 016 24 49 23  
E-mail: lhuveners@ons.be  
Website: www.landelijkethuiszorg.be

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
WZC Bessemerberg, Lanaken	
WZC St Anna, Lanaken	
WZC Demerhof, Bilzen	
WZC St Jozef, Nieuwerkerken	
WZC De Motten, Tongeren	

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: 2007, gestart vanuit project  
Einddatum: opgenomen in dienstverlening Landelijke Thuiszorg

### PROJECT

Verzorgenden kunnen voor de cliënten thuis erg veel realiseren. Aandacht voor het welbehagen van de cliënt is voor hun vertrouwd terrein. Hoe goed ze het ook willen doen, de verzorging van zorgbehoevende personen kent thuis ook zijn beperkingen. In de thuissituatie is het niet altijd mogelijk om hun eens extra te verwennen, een bad nemen of je haar laten verzorgen. Om je mooi en verzorgd te voelen, kan thuis problemen veroorzaken door bijvoorbeeld een onaangepaste stoel of wasbak. Voor de verenzorg gaan we even op bezoek in het woonzorgcentrum. Hier is alle accommodatie aanwezig, waarom zouden personen die langer thuis willen blijven, daar geen gebruik van kunnen maken? Bovendien leren we zo elkaars werking ook beter kennen. Verenzorg is een dienstverlening die inspeelt op de groeiende behoefte naar meer comfort en welzijn in onze samenleving. Landelijke thuiszorg biedt op 39 plaatsen verenzorg aan, waarvan 5 in Limburg.

#### 1. DOELSTELLING

Via een samenwerkingsverband tussen het woonzorgcentrum en Landelijke Thuiszorg, cliënten van Landelijke Thuiszorg een verwendag aanbieden met het accent op het aanbod van deugddoeners. Veel zorgbehoevende hebben baat bij deze vorm van zorg en ontspanning. Het project richt zich voornamelijk tot zorgbehoevende personen met een beperkte autonomie, (pre)dementerenden en personen die omwille van isolatie dreigen te vereenzamen.

#### 2. WAT WILLEN BEIDE ORGANISATIES HIERMEE BEREIKEN

- Zorgbehoevende bewoners die thuis verblijven, kansen bieden tot extra zorg en aandacht die thuis niet haalbaar is.
- Mantelzorgers ontlasten.
- Zorgbehoevende bewoners en mantelzorgers uit de omgeving kennis laten maken met het woonzorgcentrum om zo tot een naadloze zorg te komen.

#### 3. CONCRETE ACTIE

Een cliënt van Landelijke Thuiszorg kan na reservatie naar het woonzorgcentrum komen om een aangename dag door te brengen via een aanbod van extra zorg en deugddoeners die thuis niet steeds haalbaar zijn. Wanneer de cliënt dit wenst kan dit ook beperkt worden tot een relaxatie bad al dan niet aangevuld met een bezoek aan de kapster en/of pedicure.

#### 4. ORGANISATIE

Landelijke Thuiszorg is verantwoordelijk voor:

- Motiveren en selecteren van cliënten
- Regeling vervoer
- Maken van de afspraak met de verantwoordelijke van het woonzorgcentrum
- Doorgeven van het aanvraagformulier
- Begeleiden van cliënt tijdens de verwendag
- Vereffenen van de kosten van het gebruik van de badkamer en de maaltijd aan het WZC

Het woonzorgcentrum is verantwoordelijk voor:

- De ontvangst van de cliënt
- Het beschikbaar stellen van de accommodatie voor het badgebeuren
- Het maken van de afspraak met de kapster
- De maaltijden
- De facturatie van het gebruik van de badkamer en de maaltijd aan Landelijke Thuiszorg

## WERKGROEP WOONZORGCENTRA – EERSTELIJN – ZIEKENHUIS, SINT-TRUIDEN

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: POP Sint-Truiden, LISTEL  
Contactpersoon: Wendy Coemans  
Adres: A. Rodenbachstraat 29/1, 3500 Hasselt  
Telefoon: 011 81 94 70  
E-mail: wendy.coemans@listel.be  
Website: www.listel.be

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
LISTEL	Wendy Coemans
OCMW Sint-Truiden	Ilse Grosemans
Sint-Trudo ziekenhuis	Kurt Vandendooren
ASSTER	Chris Naveau
Woonzorgcentra Zuid-Limburg	Afvaardingen per woonzorgcentrum

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: 2013  
Einddatum: geen einddatum voorzien

### PROJECT

#### DOELSTELLINGEN VAN dit PROJECT

- elkaar kennen
- betere onderlinge communicatie
- samenwerken aan betere informatie-uitwisseling
- gezamenlijke initiatieven tot vorming nemen
- afspraken in verband met wachtlijstbeheer (projectproject Atendi)

#### BETROKKEN PARTNERS

De afvaardiging van de eerstelijns werd besproken op de POP-kern. Het OCMW Sint-Truiden en Landelijke Thuiszorg nemen deel aan de overlegvergaderingen. De stand van zaken wordt standaard teruggekoppeld aan alle leden van het POP.

Voor specifieke actiepunten i.s.m. eerstelijnszorg- en hulpverleners zoals bv. opnamedocument' thuis – woonzorgcentra' worden subwerkgroepen opgericht met een afvaardiging uit de woonzorgcentra en de eerstelijns.

Het overlegplatform maakt het mogelijk om gemeenschappelijke punten bespreekbaar te stellen. Een eerste actiepunt dat uit het overlegplatform naar voren kwam, was een bevraging bij de partners over de onderlinge samenwerking. Met de resultaten uit de bevraging zijn we aan de slag gegaan in het overlegplatform. Volgens de resultaten bleek er meer nood aan informatie-uitwisseling.

Ondertussen werken we met een uniform opnamedocument ziekenhuis-woonzorgcentra. We onderzoeken of we dit opnamedocument kunnen aanpassen voor de eerstelijns. Dit idee wordt afgetoetst bij de CRA-artsen van de regio.

De wachtlijstproblematiek van de woonzorgcentra maakte dat het ziekenhuis en ook de eerstelijnszorg- en hulpverleners met het idee speelden om een centrale wachtlijst bij te houden in de regio om op die manier transparanter om te gaan met de wachtlijsten. Om dit te bewerkstelligen werd een overlegplatform met de woonzorgcentra opgericht.

Voor de wachtlijstproblematiek hebben we een proefproject met Atendi dat gedurende 1 jaar loopt (tot juni 2016). Atendi is het platform dat het mogelijk maakt om de wachtlijst digitaal te beheren. Voor het ziekenhuis betekent Atendi een administratieve vereenvoudiging aangezien zij op een uniforme manier en op een uniforme plaats de patiënten kunnen registreren op de wachtlijst van woonzorgcentra. Niet alle woonzorgcentra stapten in dit proefproject maar om de meerwaarde voor het ziekenhuis niet verloren te laten gaan, ontvangen de andere woonzorgcentra via mail de inschrijving voor Atendi.

## ZORGBRUG

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: CM Limburg  
Contactpersoon: Alex Cox/Marc Vanderstraeten  
Adres: Prins-Bisschopssingel 75 – 3500 Hasselt  
Telefoon: 011 28 04 26  
E-mail: alex.cox@cm.be/marc.vanderstraeten@cm.be  
Website: www.cm.be

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
Regionaal Dienstencentrum CM Limburg – CM Thuiszorgpunt	Marc Vanderstraeten- thuiszorgcoördinator
WZC Ocura Herk-de-Stad	Piet Buntinx – campus directeur + medewerkers onthaal en secretariaat
WZC Ocura Beringen	Greta Vandevenne - kwaliteitscoördinator + medewerkers Sociale Dienst
WZC Ocura Voeren	Annie Vaculik- campusdirecteur
WZC Ocura Montenaken	Ilse Liesmons - campusdirecteur + medewerkers onthaal en secretariaat
DMW CM Limburg Team Zuid	Nathalie Jordens – Teamverantwoordelijke + basiswerkers MW
DMW CM Limburg Team West	Christel Vandervoort – teamverantwoordelijke + basiswerkers MW

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: april 2015  
Einddatum: wordt geïmplementeerd in huidige werking van de dienst Maatschappelijk Werk (DMW)

### PROJECT

#### DOEL

We vertrekken hier vanuit de situatie bij inschrijving op de wachtlijst (preventief of acuut) in de woonzorgcentra Ocura. De vraag wordt telkens gesteld of de zorgbehoevende of zijn netwerk wenst dat de maatschappelijk werker van zijn ziekenfonds of OCMW contact met hen opneemt met de bedoeling om de thuiszorgsituatie samen verder te bekijken. Op deze manier wordt:

- er ondersteuning geboden aan kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers
- de kans tot begeleiding en ondersteuning van familieleden in hun dagelijkse intensieve zorg geboden
- de thuissituatie eventueel versterkt en is er eventuele uitbreiding van professionele zorg
- er een doorgedreven dienst en hulpverlening opgezet waardoor de continuïteit van zorg beter gegarandeerd kan worden

#### CONCREET

- Bij het intakegesprek wordt het voorstel tot contactname door een maatschappelijk werker gedaan
- Via centrale registratie en dispatching worden de vragen gestuurd naar:
  - Eigen dienst maatschappelijk werk
  - Naar dienst maatschappelijk werk andere ziekenfondsen
- Binnen de zeven werkdagen wordt er door de maatschappelijk werker contact genomen met de zorgbehoevende of zijn netwerk – in eerste instantie telefonisch en na verdere bevraging kan een afspraak of huisbezoek volgen
- Terugkoppeling naar het woonzorgcentrum wordt voorzien in specifieke situaties

## RESULTAAT

- We merken dat bij de nieuwe inschrijvingen in de diverse woonzorgcentra heel wat administratie komt kijken. Het aanbod naar contactname gebeurt effectief. De respons vanuit de zorgbehoevende en zijn mantelzorger is minder dan we hadden bij de respons toen we werkten met de bestaande wachtlijsten (project Zorgbrug Montenaken). Tal van redenen:
  - De hulp en zorgverlening is best gekend
  - Bij de inschrijving is er het gevoel van gerustheid/er is gedaan wat moest gebeuren
  - De hoeveelheid van documenten
  - De terugkoppeling naar de andere mantelzorgers
- Evenwel wordt met deze werkwijze:
  - Het aanbod van extra ondersteuning , zorg- en hulpverlening in de wachtperiode voor opname gedaan, wat drempelverlagend en imagoversterkend is voor het woonzorgcentrum
  - Beroep gedaan op de kennisexperten van de thuiszorg, hierdoor is er efficiëntiewinst
  - Transmuraal samengewerkt en kansen tot verbinding gecreëerd
  - Juistere afstemming tussen opname in residentiële zorg en bereikte grenzen in de thuiszorg

## ZORGBRUG OCURA MONTENAKEN

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: Regionaal Dienstencentrum Zuid CM Thuiszorgpunt – CM Limburg  
Contactpersoon: Alex Cox / Marc Vanderstraeten  
Adres: Prins-Bisschopssingel 75, 3500 Hasselt  
Telefoon: 011 28 04 26  
E-mail: alex.cox@cm.be / marc.vanderstraeten@cm.be  
Website: www.cm.be

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
RDC Zuid CM Thuiszorgpunt	Marc Vanderstraeten - thuiszorgcoördinator
Dienst Maatschappelijk Werk CM Limburg	Kirsten Sauwens - maatschappelijk werkster
WZC Ocura Montenaken	Patrick Siborgs - algemeen directeur Ilse Liesmons - campus directeur Karolien Denivel - Sociale Dienst
Ons Zorgnetwerk	Hilde Weckhuysen - stafmedewerker
Wit- Gele- Kruis	
Familiehulp	
Landelijke thuiszorg	
IN-Z	
Mantelzorg vereniging Ziekenzorg C.M.	
Okra-Zorgrecht	

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: januari 2013  
Einddatum: december 2013

### PROJECT

#### ZORGNOD EN DOELSTELLINGEN

- de wachtlijst laten evolueren tot een levend werkinstrument en de zorgbehoevenden op de wachtlijst en hun omgeving ondersteunen in de thuiszorgsituatie waardoor opname kan worden uitgesteld
- Indien opname toch onvermijdelijk is, streven naar een naadloze overgang door het creëren van een efficiënte informatiedoorstroming
- Het ondersteunen van de mantelzorgers om hun draagkracht te verhogen door aangepaste vormingsmomenten

#### CONCREET

- Een 'thuiszorgscreening'
- Aandacht voor woningaanpassing en /of ergotherapeutische begeleiding
- Opvolging cliëntdossiers via de diensten maatschappelijk werk
- Toeleiding naar initiatieven vanuit het vrijwilligerswerk en/of mantelzorgvereniging
- Toeleiding naar het reguliere netwerk van thuiszorgdiensten
- Vormingsmomenten voor mantelzorgers thuis en mantelzorgers residentiële zorgbehoevenden



## **VORM**

- De projectmedewerker nam contact met elke zorgbehoevende of zijn vertegenwoordiger ingeschreven op de wachtlijst.
- Iedereen op de wachtlijst werd aangeschreven en uitgenodigd voor een informatiesamenkomst voor mantelzorgers rond het project.
- 305 personen werden telefonisch bereikt zodat de eerste vragen konden beantwoord worden en dit resulteerde in 82 huisbezoeken bij zorgbehoevenden.

Dit betekende dat :

- 27 nieuwe aanvragen en vernieuwingen Tegemoetkoming Hulp aan Bejaarden gebeurden
- 7 nieuwe aanvragen Zorgverzekering
- 3 aanvragen kort verblijf
- 2 aanvragen gemeentelijke mantelzorgtoelage
- 28 incontinentieforfaits werden aangevraagd
- 11 aanvragen uitbreiding thuishulp
- 21 aanvragen persoonlijk alarm
- 27 aanvragen mutualiteitsvoordelen
- 6 situaties van verwaarlozing, vereenzaming en/of vermoeden van oudermisbehandeling werden gesignaleerd en verwezen
- 19 aanvragen rond nodige hulpmiddelen
- 12 zorgbehoevenden van preventieve wachtlijst naar acute wachtlijst konden worden ingeschreven
- 6 personen effectief terecht konden in dat jaar in het WZC Ocura Montenaken
- 1 bewindvoering
- 2 aanvragen palliatieve premie
- ...

Voor de mantelzorgers werden volgende informatiesamenkomsten georganiseerd:

- Zorg voor adempauze
- “Goede afspraken maken goede vrienden”, over het maken van goede (financiële) afspraken in de (thuis)zorg
- Keuzes in de zorg – vroegtijdige zorgplanning
- Erfrecht

De geplande samenkomsten rond ‘Wonen in een veilige omgeving’ en rond effectieve ‘Opname in een woonzorgcentrum’ dienden wegens tekort aan inschrijvingen geannuleerd.

## ZORGCORCHING OCMW GENK

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: OCMW Genk  
Contactpersoon: Inge Kelchtermans  
Adres: Welzijns-campus 11, 3600 Genk  
Telefoon: 089 57 34 70  
E-mail: inge.kelchtermans@ocmwgenk.be  
Website: www.ocmwgenk.be

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
OCMW Genk, lokale dienstencentra	Liesbet Gabriels
OCMW Genk, woon- en zorgbegeleiding	Inge Kelchtermans
Overleg Woonzorgcentra Zorgregio GAOZ	Hilde Adamczak
SEL – POP, zorgoverlegcoördinatie	Lut Bruggen
OCMW Genk, Ergotherapie aan Huis	Ward Tomsin

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: nvt  
Einddatum: nvt

### PROJECT

#### ZORGNOOD

Het OCMW wenst met deze activiteiten tegemoet te komen aan de nood aan begeleiding en ondersteuning van senioren en hun mantelzorgers op het moment dat de zorgzwaarte groot is en het 'thuis wonen' problematisch wordt of moeilijk haalbaar blijft.

#### DOELSTELLING

De activiteiten vanuit het OCMW hebben tot doel de naadloze overgang van thuis wonen naar residentieel wonen te realiseren voor Genkenaren of, voor zover deze overgang wordt uitgesteld, het thuis wonen zo optimaal mogelijk te maken.

#### CONCRETISERING VAN DE ACTIES

Bij de acties van het OCMW op dit terrein staat de discipline maatschappelijk werk centraal. De activiteiten van de betrokken maatschappelijk werkers zijn voornamelijk gericht op het geven van advies en informatie, het begeleiden van senioren en hun mantelzorgers, het coördineren van zorg- en hulpverlening. De activiteiten kunnen als volgt omschreven worden:

- Het proactief benaderen van nog thuiswonende zorgbehoevende senioren, via huisbezoeken, in functie van het geven van informatie, advies en rechtenverkenning;
- Het proactief benaderen van mantelzorgers, via huisbezoeken, in functie van het geven van informatie, advies en versterking van de draagkracht / verminderen van de draaglast van de zorg;
- Het organiseren en coördineren van zorgoverleg in functie van het optimaliseren van de zorg en ondersteuning van de patiënt en zijn omgeving en het begeleiden van een verhuis van senioren naar een residentiële woning;
- Het informeren van senioren en mantelzorgers over de thuiszorgvoorzieningen, de residentiële voorzieningen, ... via een groepsaanbod in de lokale dienstencentra;

- Het samenwerken met en inschakelen van ergotherapeuten in het kader van 'ergotherapie aan huis', gericht op het behouden en bevorderen van de zelfstandigheid van senioren in de eigen leefomgeving via advies, training, hulpmiddelen en/of woningaanpassingen;
- Het sensibiliseren van de bevolking omtrent wonen in woonzorgvoorzieningen, via groepsbezoeken aan woonzorgcentra, rusthuisklassen,..., georganiseerd vanuit de lokale dienstencentra;
- Het actualiseren en publiceren van informatiedragers over het residentiële aanbod voor senioren in de regio GAOZ en de financiële aspecten bij opname in een woonzorgcentrum;
- Het voeren van individuele begeleidingsgesprekken met senioren en hun familieleden omtrent opname in een woonzorgcentrum, kortverblijf of dagzorgcentrum, waarbij onder andere psychosociale en financiële aspecten aandacht krijgen;
- Het uitvoeren van sociaal-financieel onderzoek bij opname van senioren in een residentiële setting, in situaties waar het inkomen van de betrokkene ontoereikend is en een tussenkomst van het OCMW en de onderhoudsplicht van de kinderen onderzocht moet worden;
- Het informeren van woonzorgcentra over het aanbod van het OCMW voor senioren, over de rechten en plichten van senioren bij residentiële opname, over de financiële aspecten bij een opname en de mogelijkheden van het OCMW tot tussenkomst inzake verblijfskosten;
- Het ter beschikking stellen van informatie via de woonzorgcentra aan hun bewoners en het bieden van de mogelijkheid tot snelle doorverwijzing van senioren bij opname naar het OCMW in functie van sociaal-financieel onderzoek.

### **BETROKKEN ORGANISATIES**

Het OCMW werkt samen met de eerstelijnsvoorzieningen en dit zowel op het niveau van de individuele patiënt-senior, als op het niveau van de organisaties, diensten en disciplines. Hiervoor maakt het OCMW gebruik van het platform SEL-POP, waarbij het de secretariaatsfunctie en de coördinatie van zorgoverleg opneemt. Het OCMW communiceert op permanente basis met de woonzorgcentra en het ZOL via het Overleg Woonzorgcentra Zorgregio GAOZ en deed recent een consultatieronde bij alle woonzorgcentra om de noden en vragen te leren kennen. Het OCMW participeert tevens in de begeleidingscommissie van het ZOL.

Intern zorgt het OCMW voor afstemming tussen haar eigen diensten (de lokale dienstencentra, het team Woon- en Zorgbegeleiding en de Sociale Dienst) en de Stadsdiensten (dienst Sociale Zaken).. Op niveau van het maatschappelijk werk is er een permanent overlegplatform (genaamd GOG).

### **RESULTATEN**

Op jaarbasis worden er vanuit de lokale dienstencentra via huisbezoeken ongeveer 350 senioren bereikt en vinden er een 100-tal informatieve groepsactiviteiten plaats. Vanuit het team Woon- en Zorgbegeleiding worden jaarlijks een 200-tal zorgoverleggen gecoördineerd. Het team deed in 2014 een 100-tal huisbezoeken bij mantelzorgers of personen op de wachtlijst van een woonzorgcentrum. Het aantal residenten dat financiële steun nodig heeft vanwege het OCMW is relatief beperkt en schommelt jaarlijks rond de 10 à 15 personen. Via de stedelijke mantelzorgtoelage, tenslotte, worden ongeveer 600 mantelzorgers ondersteund.

## ZORGTEAM WZC HET MEERLEHOF - OCMW LUMMEN

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: OCMW Lummen  
Contactpersoon: Vangeel Josette  
Adres: Gemeenteplein 13, 3560 LUMMEN  
Telefoon: 013 52 13 54  
E-mail: [jv@ocmw-lummen.be](mailto:jv@ocmw-lummen.be)  
Website: [www.lummen.be](http://www.lummen.be)

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
WZC Meerlehof	Josette Vangeel
OCMW Thuiszorgdienst	Elke Somers
Lokaal Dienstencentrum 't Klavertje	Mady Borgers

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: september 2010  
Einddatum: geen

### PROJECT

In 2010 ging WZC Het Meerlehof op zoek naar een nieuwe opnameprocedure. De toen geldende procedure met een chronologische wachtlijst bleek niet langer in te spelen op de noden van de aanvragers. In het nieuwe opnamebeleid werd beslist om te gaan werken rond zorgbehoefte en hoogdringendheid. Hiervoor zouden alle dossiers bij aanvraag gescoord worden door de maatschappelijk assistent. Bedoeling was om het meest dringende dossier eerst op te nemen. Bij de opening van de Groep van Assistentiewoningen Residentie Den Eik in 2011 werd een analoge opnameprocedure ontwikkeld.

Er werd tevens een betere samenwerking met de thuiszorg vooropgesteld :

- zodat we een beter zicht hebben op dringendheid van de opnamevraag
- zodat de thuiszorg hun dienstverlening ook kan aanpassen op de vooruitzichten van opname
- zodat de kennis van de thuiszorg mee kan naar WZC Het Meerlehof/GAW Residentie Den Eik waardoor we beter kunnen inspelen op de noden en wensen van de aanvrager.

Als de aanvrager één zorgtraject kan doorlopen, houdt dit in dat hij/zij vlot van de ene naar de andere vorm van zorg kan overstappen. Liefst een gecoördineerde zorg zodat er beter op de noden kan ingespeeld worden. Eén keer per maand komt het zorgteam samen om de aanvraagdossiers van die maand te bespreken, de zorgscore te bekrachtigen en het volgende effectieve dossier voor opname vast te leggen. De samenstelling van het zorgteam ziet er als volgt uit:

* CRA ( coördinerende arts) van het WZC Het Meerlehof	Dr. Michel Bottu
* MA verantwoordelijk voor assistentiewoningen Residentie Den Eik	Elke Somers
* MA verantwoordelijk voor de bejaardenwoningen	Elke Somers
* MA verantwoordelijk voor lokaal dienstencentrum 't Klavertje	Mady Borgers
* MA's verantwoordelijk voor opnames in WZC Het Meerlehof	Josette Vangeel & Manuela Vandenboer
* Overlegcoördinator thuisgezondheidszorg	Elke Somers
* Thuiszorgdienst OCMW: verantwoordelijke gezinszorg	Mady Borgers
* Thuiszorgdienst OCMW: verantwoordelijke poetsdienst	Elke Somers

Wanneer het gaat om specifieke dossiers waarin een maatschappelijk assistent van de sociale dienst van het OCMW of een andere hulpverleningsinstantie in de thuiszorg betrokken is, zullen zij ook worden toegevoegd aan het zorgteam of om verduidelijking gecontacteerd worden.

# PROTOCOL II PROJECTEN



## ERGOTHERAPIE AAN HUIS

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: OCMW Genk  
Contactpersoon: Ward Tomsin  
Adres: Welzijns-campus 11  
Telefoon: 089 57 34 05  
E-mail: ward.tomsin@ocmwgenk.be  
Website: www.ocmwgenk.be

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
Regionale dienstencentra: <ul style="list-style-type: none"><li>- Liberale mutualiteit Limburg, Horizon</li><li>- CM, Thuiszorgpunt Oost Limburg</li><li>- De voorzorg, Thuiszorg Midden-Limburg</li></ul>	
Diensten thuisverpleging: <ul style="list-style-type: none"><li>- Solidariteit voor het gezin, vzw</li><li>- Wit-Gele Kruis Limburg, vzw</li><li>- Vzw Verpleging, de Voorzorg</li></ul>	
OCMW Genk: <ul style="list-style-type: none"><li>- Woonzorgcentrum Toermalien</li><li>- Lokale dienstencentra</li><li>- Team woon- en zorgbegeleiding</li></ul>	Ward Tomsin Inge Kelchtermans Inge Janssens Marjolein Sourbron
Listel vzw	Anne-Cathérine Poelmans

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: 28/06/2010  
Einddatum: 31/08/2018

### PROJECT

#### ZORGNOOD

Het OCMW wenst met dit project tegemoet te komen aan de nood aan begeleiding en ondersteuning van senioren op het moment dat de zorgzwaarte groot is en het 'thuis wonen' problematisch wordt. Het project richt zich tot Genkse thuiswonende ouderen van 60 jaar of ouder die nood hebben aan complexe verzorging en een fysieke afhankelijkheid vertonen en/of een psychische of fysieke kwetsbaarheid. Zij vormen de primaire doelgroep van het project en ervaren omwille van leeftijd, ziekte of ongeval moeilijkheden met sommige activiteiten van het dagelijkse leven.

#### DOELSTELLING

Het OCMW wil via 'ergotherapie aan huis' een brede dienstverlening aanbieden die erop gericht is het wonen thuis (en in de woonomgeving) comfortabel en aangenaam te houden of te maken. Deze kan gevat worden onder drie noemers: woningaanpassing, hulpmiddelen thuis en ergotherapeutische begeleiding.

Het zorgvernieuwingsproject is onderdeel van dit globale project, is specifiek gericht op 'ergotherapeutische begeleiding' en beoogt: het verbeteren van het dagelijks functioneren van de zorgvrager, het verbeteren van het gevoel van competentie en controle bij de mantelzorgers, het realiseren van een positieve kijk op mogelijkheden in plaats van beperkingen, het verbeteren van de kwaliteit van leven, de gezondheidstoestand en de gemoedsstemming en het vergroten van de doelmatigheid van andere verstrekte zorg aan huis.

Het project beoogt het verlengen van het (zelfstandig) thuis wonen van de bereikte ouderen met gemiddeld 6 maanden.

## **CONCRETISERING VAN DE ACTIES**

In het project worden ergotherapeutische zorgtrajecten aangeboden, waarbij huisbezoeken van ongeveer 1,5 u centraal staan. De ergotherapeut gaat samen met de senior na welke mogelijkheden er zijn om dagelijkse handelingen zelfstandiger en veiliger te doen. De therapeutische interventies bieden ondersteuning bij het uitvoeren van alledaagse dingen, het onderhouden van sociale contacten en de mobiliteit. Het project mikt op een gemiddelde caseload van 40, voor wat betreft patiënten die aan de inclusievoorwaarden voldoen van het RIZIV. Het aanbod beperkt zich echter niet tot deze patiënten. Ook ouderen met minder ernstige zorgnoden kunnen rekenen op advies en begeleiding en dit vanuit preventief oogpunt. Het OCMW heeft hiervoor twee ergotherapeuten in dienst, waarvan één betoelaagd wordt in het kader van het zorgvernieuwingsproject.

De interventies van de ergotherapeuten gebeuren via een cyclische aanpak, die start met een objectivering van de problemen en risico's van de patiënt en eindigt met een effectevaluatie van de interventies. De ergotherapeuten gebruiken evaluatieschalen (waaronder de BELRAI) in functie van gegevensverzameling over de patiënten, laten hun interventies aansluiten op een globaal plan van zorg en nemen waar mogelijk deel aan zorgoverleg. Ze brengen de huisarts en andere zorgverstrekkers op de hoogte van hun interventies. In de ergotherapeutische zorgtrajecten worden mantelzorgers maximaal betrokken.

## **BETROKKEN ORGANISATIES**

Het project richt zich tot inwoners van Genk. Het aanbod wordt gecoördineerd vanuit de afdeling Seniorenbeleid en thuiszorg. Het is complementair aan het aanbod van de regionale dienstencentra. Het OCMW biedt ook aan om het zorgoverleg rond de patiënt te coördineren.

De regionale dienstencentra volgen het project mee op en gaan hulpvragen rond woonaanpassing, hulpmiddelen en ergotherapie aan huis zoveel mogelijk zelf beantwoorden en/of doorverwijzen naar het project. Zij beschouwen het aanbod van het project als een mogelijke aanvulling op de eigen dienstverlening.

De thuisverplegingsdiensten waarmee wordt samengewerkt verspreiden informatie over het project, leiden patiënten toe en nemen deel aan zorgoverleg. Ook de lokale dienstencentra en maatschappelijk werkers van het OCMW nemen deze rol op. De vzw Listel neemt een advies verlenende rol op.

## **RESULTATEN**

Jaarlijks vonden 500 tot 600 huisbezoeken plaats bij ouderen in het kader van dit project. Over een projectperiode van 5 jaren (2010-2014) werd 'ergotherapie aan huis' aangeboden aan 518 ouderen. Daarvan werden 200 ouderen geïncludeerd in het zorgvernieuwingsproject. Voor slechts 5% van deze patiënten werd het ergotherapeutisch zorgtraject vroegtijdig afgesloten omwille van een opname in een woonzorgcentrum. De duur van het traject van de patiënten die therapeutisch begeleid worden is variabel, maar vaak langer dan 6 maanden. Het project slaagt erin om bij de meeste patiënten een revalidatie te realiseren en een residentiële opname uit te stellen voor een langere periode.

## GERIATRISCHE ZORGCOACH

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: Woon- en zorgcentrum Sint- Elisabeth Hasselt  
Contactpersoon: Johan Abrahams  
Adres: Demerstraat 80 3500 Hasselt  
Telefoon: 011 22 40 71  
E-mail: info@begalim.be  
Website: www.begalim.be

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: 01/09/2010  
Einddatum: 31/08/2018

### PROJECT

De wens van veel bejaarden is zolang mogelijk in de vertrouwde thuissituatie te verblijven, ook als zij zorgbehoevend worden.

Graag stellen wij u ons team van zorgcoachen voor die u thuis verder kunnen ondersteunen op twee vlakken:

- preventief handelen om verdere afhankelijkheid te voorkomen
- het aanbieden van een luisterend oor

Het team van zorgcoachen bestaat uit verpleegkundigen, een ergotherapeut en een kinesitherapeut.

#### PREVENTIEF HANDELEN OM VERDERE AFHANKELIJKHEID TE VOORKOMEN

Het ouder worden gaat vaak gepaard met vele *lichamelijke ongemakken*.

Het lopen wordt moeilijker, het zicht slechter, de kracht om te handelen neemt af... Kortom, het leven wordt brozer waardoor preventief handelen belangrijker wordt. Op dit vlak zal de thuiszorgcoach, in overleg met uw huisarts, u bijstaan.

Bij het ouder worden kunnen zich ook *cognitieve problemen* voordoen, zoals de achteruitgang van het geheugen. De zorgcoach heeft hier een ondersteunende en informerende taak. Enkele voorbeelden:

- U krijgt de nodige tips bij geheugenproblemen of bij dementie.
- De zorgcoach informeert de mantelzorgers over het mogelijk voorkomen van complex gedrag bij bepaalde ziektebeelden.

De zorgcoach kan deze situatie goed inschatten omdat hij u maandelijks thuis opzoekt. Het trachten te begrijpen van uw problemen en uw vragen vanuit de specifieke thuissituatie is de sterkte van de zorgcoach: hij komt naar u toe...

Zijn eerste taak is bij te dragen tot de bewustwording maar ook concrete oplossingen uit te werken.

#### BEWEEG BELEEF EN ONTMOET BELEID

Buiten de huisbezoeken bieden we ook een bewegingsprogramma aan. Dit omdat bewegen goed is voor lichaam en geest.

Een aantal gebruikers nodigen wij elke maandag uit in het woonzorgcentrum voor een aangenaam namiddagprogramma rond drie luiken: 'beweeg', 'beleven' en 'ontmoeten'. De focus ligt op actief ontspannend bewegen of beleven (relaxatie) en ontmoeting van leeftijdsgenoten in een ongedwongen sfeer.

Dit programma gaat wekelijks door op maandagnamiddag.



## GERONTO-PSYCHIATRISCHE EXPERTISECENTRUM MENOS

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: vzw MENOS  
Contactpersoon: Hilde Adamczak  
Adres: p/a OCMW Genk, Welzijns-campus 11, 3600 GENK  
Telefoon: 089 57 30 58  
E-mail: Hilde.adamczak@ocmwgenk.be  
Website: www.menosgenk.be

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: 27 november 2008  
Einddatum: onbepaald

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
OCMW Genk	Hilde Adamczak
Wit Gele Kruis	Solange Indenkleef
CGG LITP	Jo Gommers
Huisartsenkring Prometheus	Dr. Lieve Vinck
OPZC Rekem	Kevin Pesout
ZOL Genk	Jo Claes

### PROJECT

Door de toenemende vergrijzing van de bevolking en hierdoor ook een toenemend aantal ouderen met psychische/psychiatrische problemen en dementie, werden we geconfronteerd met nieuwe vragen van mantelzorgers en zorg- en hulpverleners rond de aanpak en begeleiding van deze doelgroep. Dit project werd dan ook opgestart vanuit een behoefte en een nood, die er leefde bij zorg- en hulpverleners en mantelzorgers.

Menos is een sector overschrijdend samenwerkingsverband van diensten met als doel in de zorgregio Genk de uitbouw van een geronto-psychiatrisch expertisecentrum. De opdracht van dit geronto-psychiatrisch expertisecentrum is de ontwikkeling en implementatie van een keten van zorg die nauw op elkaar aansluit en de oudere met psychische problemen en zijn naaste omgeving (mantelzorgers en professionelen) de meest adequate, individueel aangepaste zorg kan garanderen.

De zorgketen bestaat uit volgende schakels:

#### **DIAGNOSE SCREENING**

Deze opdracht wordt binnen het samenwerkingsverband opgenomen door het ouderenteam van het CGG maar Menos werkt hiertoe ook nauw samen met de geheugenkliniek van het ZOL te Genk. Voor het onderdeel gedragsstoornissen kan ook het OPZC Rekem een rol spelen in diagnostiek.

#### **COUNSELING/VORMING**

Menos voorziet in psychologische ondersteuning en begeleiding van de oudere, zijn/haar partner, mantelzorgers om hen zo meer inzicht te verschaffen in de persoonlijke situatie van de oudere, welke mogelijke toekomstige verwachtingen zijn en hoe hier op de beste wijze wordt op ingespeeld om het leven in de thuissituatie zo lang mogelijk op een kwaliteitsvolle wijze te bestendigen. Deze ondersteuning, begeleiding en/of vorming kan op individueel niveau plaatsvinden maar er worden eveneens groepsessies opgezet voor de ouderen en hun leefomgeving.

Ook voor de thuiszorgdiensten worden ondersteunings- en vormingsprogramma's opgezet. Menos kan hiertoe rekenen op gespecialiseerde inbreng uit het CGG, het OPZC Rekem en het ZOL.

### **THUISZORG OP MAAT**

Tijdens het zorgoverleg wordt afgesproken welke zorg aangewezen is voor de oudere gaande van gezinshulp, thuisverpleging, tot meer gespecialiseerde psychologische ondersteuning met als doel de oudere zo lang als mogelijk in zijn/haar thuissituatie te kunnen laten. Belangrijk blijft het medezeggingschap van de oudere en zijn/haar partner en mantelzorgers. Hun betrokkenheid is belangrijk om de zorg af te stemmen op hun draagkracht.

### **WONEN MET BIJZONDERE INTENSIEVE ZORG**

Daar waar wonen in de thuisomgeving niet meer mogelijk is, wordt gezocht naar alternatieven. MENOS heeft zelf een woonzorgcentrum opgericht, nl. Mandana, dat uniek is in architectuur en in benadering van de oudere. Kleine leefgroepen, ruime aandacht voor het ritme van de ouderen, betrokkenheid van partner en mantelzorgers, betrokkenheid van hulpverleners uit de thuiszorg voor de opname, ... zorgen voor zoveel mogelijk leefkwaliteit en continuïteit.

## 'T KRUIDENPAND

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: vzw Sint Elisabeth's Dal woonzorgcentrum Huize Sint Jozef  
Contactpersoon: Kristel Colemonts  
Adres: Kloosterstraat 26  
Telefoon: 011 59 83 00  
E-mail: info.nk@vzwsed.com  
Website: www.st-elisabethsdal.be

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
RVT Huize Sint-Jozef	
Wit-Gele Kruis	Provinciaal secretariaat
Listel vzw	Kristel Vandendriessche
OCMW Nieuwerkerken	
Vrijwilligers vzw SED	
Huisartsenkring Sint-Truiden	

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: 2005  
Einddatum: geen

### PROJECT

#### ZORGNOD

Het project richt zich op de 60 plussers met een uitbehandelde psychiatrische aandoening die een aanvraag indienen voor een opname in het woonzorgcentrum. Indien blijkt dat de kandidaat bewoner hier niet voor in aanmerking komt (KATZ O/A), dan bieden wij voor 5 bewoners als alternatief 't Kruidenpand. Gezien deze mensen vaak een complexe ziektegeschiedenis hebben, verweven met aspecten van veroudering, moet de begeleiding worden aangepast en toegespitst op deze specifieke aspecten.

Deze bewoners zijn mensen die hoewel ze als psychiatrisch uitbehandeld worden beschouwd, met diverse chronische psychiatrische en sociale beperkingen te kampen hebben, die daardoor ook problemen ervaren om zelfstandig hun leven in te richten. Dit gaat vaak ook gepaard met een uitgesproken sociale problematiek, veel bewoners zijn familiaal en/of sociaal geïsoleerd. Dit uit zich ook in de score van deze bewoners op de Edmontonschaal. Elke bewoner in 't Kruidenpand heeft een uitgesproken behoefte aan persoonlijke benadering, ondersteunende begeleiding en geduldige feedback over zijn/haar gedrag en doen en laten.

#### DOELSTELLINGEN

't Kruidenpand is een alternatieve woonvorm onder de koepel van vzw Sint Elisabeth's Dal, aanleunend bij het woonzorgcentrum Huize Sint Jozef te Nieuwerkerken. Gesteund door deze structuur is het mogelijk een nieuwe thuis te creëren voor de ouder wordende bewoner met een uitbehandelde psychiatrische aandoening. Deze ouderen worden vaak naar de thuissituatie doorverwezen. In de praktijk blijkt dit echter voor vele van deze mensen niet haalbaar. Om te vermijden dat deze ouderen toch telkens terug moeten worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis als zij na een zoveelste verwijzing naar huis opnieuw decompenseren, zijn wij met dit huis 't Kruidenpand gestart. Wij proberen hier een thuisvervangend milieu te creëren in een rijhuis tegenover het woonzorgcentrum.

In deze meer genormaliseerde woonvorm blijken de bewoners zich wonderwel te stabiliseren in een klimaat waar er vanuit het woonzorgcentrum ondersteuning, veiligheid, aandacht en opvolging wordt geboden en waar er zelfs dankzij de kleinschaligheid een belangrijke huiselijke meerwaarde en herkenning kan worden geboden. Na een vaak langdurige periode van hospitalisaties en heen en weer reizen tussen ziekenhuis en thuis hebben we samen met de bewoners en alle betrokken actoren een woonvorm kunnen creëren die deze mensen eindelijk evenwicht en stabiliteit biedt waardoor de opname in het woonzorgcentrum kan worden vermeden of tenminste voor enige (vaak langere) tijd kan worden uitgesteld.

### **PARTNERS: OPDRACHTEN, DIVERSITEIT EN COMPLEMENTARITEIT**

- Begeleiding = medewerkers Huize Sint-Jozef, mantelzorgers, vrijwilligers  
In de begeleiding wensen we elke bewoner persoonlijk te benaderen en ook in te spelen op zijn/haar persoonlijke behoeften. Deze begeleiding kan sterk verschillen per bewoner en afhankelijk van de noden eerder praktisch, sociaal, mentaal, coachend, administratief,... zijn. Vanuit de begeleiding wordt hiervoor een begeleidingsschema opgemaakt om de behoeften van de bewoners te registreren en duidelijke afspraken te maken met de andere zorg- en hulpverleners uit de eerstelijnsgezondheidszorg. Ook het bieden van een duidelijke structuur aan de bewoners en het maken en bewaken van persoonlijke en onderlinge afspraken vormen een deel van de begeleidende taken.
- Coördinerende functie = medewerkers Huize Sint-Jozef  
De coördinatie tussen de thuiszorgondersteunende diensten wordt afgestemd op de behoeften van elke bewoner. Zowel intern overleg in 't Kruidenpand als afstemming met externe partners maken onderdeel uit van deze coördinatiefunctie. De kennismaking, opname, intake, doorverwijzing naar bv. het ziekenhuis of de dokter zijn aspecten die vallen onder deze coördinerende rol. Voor de organisatie van het multidisciplinair overleg wordt samengewerkt met de overlegcoördinator thuisgezondheidszorg.
- Eerste interventie (noodgevallen) = medewerkers Huize Sint-Jozef
- Logistieke en administratieve ondersteuning = medewerkers Huize Sint-Jozef
- Technische ondersteuning, tuin en klussen = Ondersteuning Huize Sint-Jozef  
De logistieke, technische en boekhoudkundige ondersteuning gebeurt in samenwerking met Huize Sint-Jozef. Bewoners die ervoor kiezen om hun maaltijden niet zelf te bereiden kunnen beroep doen op de maaltijdbedeling van Huize Sint-Jozef
- Thuisverpleging = thuisverpleegkundigen (privé en via georganiseerde diensten)  
Er is in het project een algemene samenwerking met het Wit-Gele Kruis (partner) voorzien maar iedere bewoner mag zijn/haar eigen thuisverpleging (-dienst) kiezen.
- Algemeen toezicht en opvolging = Listel vzw (overkoepelend voor SEL Genk en SEL Hasselt)  
Er is naar aanleiding van dit project afstemming geweest met het SEL. Het ingediende dossier werd ter goedkeuring aan hen voorgelegd en zij bewaken samen met ons de mate waarin 't Kruidenpand haar plaats heeft binnen de krijtlijnen die er door protocol III werden getrokken.

## ZORG OP MAAT EN ZORGCOÖRDINATIE TER VERSTERKING VAN DE ZORGKETEN

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: WZC Ocura  
Contactpersoon: Dave Roosen  
Adres: Havenlaan 7, 3582 Koersel  
Telefoon: 011 45 84 10  
E-mail: dave.roosen@ocura.be  
Website: www.ocura.be

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
Vzw Listel / Sel/GDT Hasselt	Dr Vandervelden J. Mevr Vanden Driessche K.
Wit-Gele Kruis	Dhr Bijmens L. Vertegenwoordigd door Mevr Indecleef S., Mevr Claes M.
CM, dienst Maatschappelijk Werk en RDC's	Mevr Cosemans L.
Huisartsenkring West-Limburg	Dr Sijbers P. Dr Weckx J.
OCMW Beringen	Mevr Bilgin B. Dhr Vrijdaghs L. Vertegenwoordigd door Dhr Vanschaijk T.
Vzw IN-Z	Mevr Vananroye N. Vertegenwoordigd door Mevr Seron A.
Vzw Familiehulp	Dhr Van Laethem D. Vertegenwoordigd door Mevr Vaesen E.
Seniorenraad Beringen	Dhr Poelmans J.
OKRA trefpunt 55+ Beringen-Mijn	Dhr Clefas M.
Alle eerstelijnsgezondheidsdiensten	

### DUUR VAN HET HUIDIGE PROJECT

Startdatum: 1/09/2010  
Einddatum: 31/08/2018

### PROJECT

Zorg op Maat is een project gefinancierd door het RIZIV. Het project is ontstaan vanuit de noodzaak om toekomstige bewoners gedurende hun wachtperiode op de wachtlijst een bijkomende ondersteuning aan te bieden (versterking van de huidige zorgketen) en de vaak aanwezige wens om (nog) langer thuis te kunnen blijven.

Naar aanleiding van de projectverlenging is er een nieuwe werkwijze voor de inclusie van cliënten in het project. Naast toeleiding door een opnamevraag, kan dit nu ook los hiervan indien noden gesignaleerd door de eerstelijnsgezondheidsdiensten.

Vanuit de bestaande deskundigheid van het woonzorgcentrum en de eerstelijnsgezondheidszorg, willen we tot **zorg op maat** komen zodat de kwetsbare oudere langer thuis kan blijven op een kwaliteitsvolle wijze. Tijdens een kennismakingsgesprek gebeurt er een grondige analyse van de zorgvraag van de oudere en/of zijn omgeving. Deze analyse omvat een inschatting van de kwetsbaarheid van de oudere, de thuissituatie en de mantelzorger(s) en dient als uitgangspunt voor de zorg die aangeboden zal worden.

Het project omvat volgend dienstverleningsaanbod:

- De mogelijkheid om valrisico's uit te sluiten door de thuissituatie te screenen op risicofactoren (valpreventie)
- Advies omtrent mobiliteit en hulpmiddelen
- Maaltijdzorg en ondersteuning bij slikstoornissen ter preventie van ondervoeding en verslikken
- Advies en ondersteuning i.f.v. ADL/PDL
- Advies en begeleiding rond hulpmiddelen op vlak van maaltijdzorg, valpreventie en comfortzorg
- Deelname aan sociale en ontspanningsactiviteiten
- Kennis vergroten rond omgaan met personen met dementie
- Ondersteuning van de mantelzorger(s)
- Ziekte-inzicht verbreden

Door bestaande risico's te verkleinen en kennis, ziekte-inzicht en draagkracht te vergroten, willen we oplossingen aanreiken. Hierbij wordt de keuzevrijheid van de cliënt en zijn omgeving steeds gerespecteerd.

Enkele concrete resultaten van deze omkadering:

- De zorgbehoevende kan langer thuis blijven wonen.
- Indien de grenzen van de thuiszorg bereikt zijn, zien we dat de stap naar een effectieve opname in het woonzorgcentrum drempelverlagend en begeleid verloopt.
- Het advies en de begeleiding van de kinesitherapeut, ergotherapeut en logopedist zorgen voor een veilige en aangename woonsituatie.
  - De ontspanningsactiviteiten zorgen voor meer sociale contacten met andere ouderen, samenhang en vermindering van het sociale isolement. Tegelijk zijn ze een adempauze voor de mantelzorger die op dat moment tijd vrij krijgt.
- Mantelzorgers geven aan zich ondersteund te voelen door deelname aan groepsactiviteiten.

Kwaliteitsvolle ondersteuning en het langer thuis houden van kwetsbare ouderen blijkt uit de eerste projectervaring een realistische doelstelling. De praktijkervaring leert ons dat er bijkomend ook nood is aan coördinatie. Deze coördinatie is zeer belangrijk om de complementariteit en continuïteit van zorg tussen de residentiële en de thuiszorgsetting te bewaken. Van daaruit ontstond de werking met casemanagement, bedoeld als kruispuntfunctie om de zorgcoördinatie en opvolging (toestandswijzigingen, gezondheidsrisico's, accurate en snelle interventies, preventie, overleg) tussen woonzorgcentra en thuiszorg te versterken. De BelRai gebruiken we om op basis van de CAP's een zorgplan op maat te starten. Het werken met de BelRai geeft de mogelijkheid om intenser, doelgericht en multidisciplinair te werken aan integrale zorg.

Dit zorgplan willen wij nog beter integreren door gebruik van het e-zorgplan van VZW LISTEL door alle betrokken partners. Zo kunnen we de best mogelijke continuïteit van zorg bieden, registreren en deze gegevens delen met alle betrokken zorg- en dienstverleners.

Enkele cijfergegevens periode 2010 – 2014:

- Gemiddelde inclusieduur cliënt en zijn mantelzorger: 235 dagen
- Begeleiding van 165 cliënten en hun mantelzorgers, met een maximum van 60 cliënten tegelijk

Positieve ervaringen vanuit het project, samenwerking tussen woonzorgcentrum en eerste lijn:

- Delen van kennis, kunde, expertise van alle disciplines over de muren heen
- Uitbouw samenwerkingsverbanden
- Informatie-doorstroom
- Integratie BelRai in zorgproces
- Naadloze overgangen tussen thuissituatie en woonzorgcentrum

# INITIATIEVEN TER BEVORDERING VAN KWALITEIT



## AANVULLENDE WOONZORG VAN VZW IN-Z. EEN THUISGEVOEL IN WOONZORGCENTRA

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: vzw IN-Z  
Contactpersoon: Joeri Vancoillie  
Adres: Schaapsdries 2, 3600 Genk  
Telefoon: 089 32 28 10  
E-mail: joeri.vancoillie@in-z.be  
Website: www.in-z.be

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
Vzw IN-Z (sociale economie – thuiszorg)	Liesbeth Gerits, verantwoordelijke IN-Z Oost
Woonzorgcentrum Toermalien (OCMW Genk)	Danny Marcoen, directeur
Woonzorgcentrum Bloesemhof (OCMW Borgloon)	Christophe Restivo, directeur instellingen

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: november 2010  
Einddatum: doorlopend project zonder einddatum

### PROJECT

#### ONTSTAAN VAN HET INITIATIEF

Bewoners van woonzorgcentra hebben een grote behoefte aan levenskwaliteit. Toch kampen tal van woonzorgcentra met een tekort aan handen om – vanuit de reguliere werking – voldoende hierop te kunnen inspelen. Vanuit haar jarenlange ervaring in aanvullende en flexibele thuiszorg aan ouderen, wilde IN-Z (spreek uit inzet) het nodige puzzelstukje aanbieden om deze zorgtekening rond te krijgen.

#### VAN PILOOTPROJECT TOT DUURZAME WERKING

Eind 2010 kreeg dit projectidee van IN-Z groen licht onder de naam ‘aanvullende woonzorg’. Als innovatieproject in de sociale economie, genoot het project tijdelijke steun van de Vlaamse overheid. Woonzorgcentrum Toermalien (OCMW Genk) vormde de case van dit pilootproject. Na positieve onderzoeksconclusies door de Hogeschool Gent, werd de werking aanvullende woonzorg bestendig. Sinds maart 2014 doet ook woonzorgcentrum Bloesemhof (OCMW Borgloon) beroep op de aanvullende woonzorg van IN-Z. Vandaag staat IN-Z open voor uitbreiding van beide ‘good practices’ naar andere woonzorgcentra.

#### DOELSTELLINGEN

Met aanvullende woonzorg creëert vzw IN-Z een transmuraal aanbod van ‘aanvullende’ dienstverlening. Dat wil zeggen dat IN-Z geen reguliere taken overneemt van het woonzorgcentrum, maar ondersteunt waar nodig. Zo wil IN-Z bijdragen aan meer levenskwaliteit van de bewoners. Aan een thuisgevoel dat ontstaat dankzij extra aandacht, gezelschap en een goed rollende dagelijkse organisatie (zie concrete werking). Daarnaast beoogt het project een positieve beleving bij het personeel van het woonzorgcentrum, dat meer tijd en ruimte overhoudt voor de eigen kerntaken.

#### CONCRETE WERKING

Aanvullende woonzorg bestaat uit ondersteunende diensten zoals een babbeltje slaan, nagels lakken, koffie inschenken, nieuwtjes van de dag vertellen, rondgaan met de kar voor maaltijdbedeling, ondersteuning bieden bij activiteiten en verplaatsingen naar het dagcentrum begeleiden. Alle taken zijn laagdrempelig en lenen zich uitstekend voor tewerkstelling in de sociale economie. Als sociale-



economieonderneming begeleidt IN-Z de help(st)ers die aanvullende woonzorg bieden, vanuit een sociaal-flexibel arbeidsorganisatieconcept (zie [www.in-z.be](http://www.in-z.be)).

### **MEERWAARDEN**

Naast een verhoogde levenskwaliteit van woonzorgcentrumbewoners en een positief gevoel bij het personeel, levert aanvullende woonzorg tal van meerwaarden op. Het bouwt een brug tussen intra- en extramurale zorg, waarbij beiden elkaars eigenheid behouden en elkaars verbondenheid versterken. Daarnaast ontstaat een synergie tussen de zorgsector en de sociale economie, met alle voordelen van een geslaagde ontschotting. Tot slot biedt aanvullende woonzorg kansen op laagdrempelige tewerkstelling, toegankelijk voor personen uit kansengroepen.

### **ENKELE CIJFERS**

De aanvullende woonzorg van IN-Z biedt werk aan acht personen (4 VTE). In 2014 leverde IN-Z in totaal 4837 uren aanvullende woonzorg aan woonzorgcentrum Toermalien (OCMW Genk) en woonzorgcentrum Bloesemhof (OCMW Borgloon).

## ONDERSTEUNING AAN BEWONERS VAN WOONZORGCENTRA

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: ZORGENDE HANDEN vzw  
Contactpersoon: Sandra Christiaens  
Adres: Koningin Astridlaan 32, 3500 HASSELT  
Telefoon: 011 29 10 49  
E-mail: Sandra.Christiaens@svhg.be  
Website: www.solidariteit.be

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
Woonzorgcentra in de provincie Limburg	

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: 1/01/2015  
Einddatum: onbepaald

### PROJECT

Als autonome vrijwilligersorganisatie zetten wij vrijwilligers in die zich belangeloos engageren voor activiteiten op het terrein van welzijns- en gezondheidszorg in de breedste zin en dit in het belang van het welzijn van individuen en groepen binnen het werkterrein zoals omschreven door de Vlaamse Regering.

Onder deze doelgroep ressorteren zorgbehoevende personen, in dit geval senioren en/of mensen met een beperking, die permanent of tijdelijk in een woonzorgcentrum verblijven.

Doelstelling is het bevorderen van de levenskwaliteit van senioren en/of mensen met een beperking die verblijven in een woonzorgcentrum met name activiteiten waarbij het persoonlijk contact centraal staat. Daarnaast is het ook de bedoeling dat er ondersteuning wordt geboden aan senioren en/of mensen met een beperking bij activiteiten waar praktische en emotionele bijstand nodig is, ter vervanging van familie, vrienden of partner.

Concreet betekent dit dat vrijwilligers kunnen ingezet worden op vraag van woonzorgcentra om :

- Ondersteuning te bieden bij het organiseren van groepsactiviteiten
- Emotionele ondersteuning door het bieden van een luisterend oor
- Gezelschap bieden, begeleiding bij vrijetijdsbesteding/animatie...
- Hulp bij verplaatsingen binnen en buiten de voorziening
- Hulp, bij het nemen van de maaltijden.....
- ....

Woonzorgcentra kunnen vrijblijvend een beroep doen op dit aanvullend aanbod.

Vragen voor ondersteuning kunnen eenmalig zijn of een regelmatig karakter hebben.

De vrijwilliger komt op specifieke vraag van een cliënt. De hulpaanvraag wordt individueel bepaald en is volledig op vraag en maat van de cliënt.

De vrijwilligers zijn verzekerd via Zorgende Handen en krijgen regelmatig bijscholing.

## ONDERSTEUNING IN DE ZORG

### INITIAFIEFNEMER

Organisatie: OCMW Woonzorgcentra  
Contactpersoon: Griet Schoofs  
Adres: Clement Cartuyvelsstraat 12, 3800 Sint-Truiden  
Telefoon: 011 68 48 71  
E-mail: griet.schoofs@ocmw-st-truiden.be  
Website: www.ocmw-st-truiden.be

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
Asster, cluster ouderenpsychiatrie	Franky Beyen, zorgmanager

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: 01/01/2015  
Einddatum: geen einddatum

### PROJECT

Het project 'Ondersteuning in de zorg, een samenwerking tussen vzw Asster en de OCMW woonzorgcentra' heeft als doel de best mogelijke zorg te kunnen realiseren voor bewoners met een psychische kwetsbaarheid.

Een medewerker van de zorgcluster ouderenpsychiatrie van Asster wordt gedetacheerd naar de OCMW woonzorgcentra. Dit op vooraf afgesproken tijdstippen.

De medewerker van Asster biedt een ondersteuning van de medewerkers van de woonzorgcentra met het oog op het vergroten van de vaardigheden in het omgaan met ouderen met psychische en psychosociale problemen. Hierdoor worden opnames in een ziekenhuis en het gebruik van psychopharmaca verminderd of vermeden.

De psychische en psychosociale problemen waarmee we in de woonzorgcentra geconfronteerd worden zijn o.a.:

- Ouderen met een vorm van dementie en een bepaald gedrag dat henzelf of hun omgeving stoort,
- Ouderen die de aanpassing naar een woonzorgcentra moeilijk kunnen maken en blijven vastzitten in een rouwproces,
- Ouderen die niet participeren aan het leven in een woonzorgcentrum,
- Ouderen die schijnbaar "ongepast" reageren op schijnbaar "normale" omstandigheden.

De medewerker van Asster heeft voornamelijk contact met de medewerkers van de woonzorgcentra. Om relatief snel een beeld te vormen van de context van de woonzorgcentra, zal zij op verschillende momenten aanwezig zijn en ook af en toe in zorgsituaties betrokken worden.

Het project startte 1/01/2015 voor een duur van een half jaar op 2 afdelingen. Het is de bedoeling dat het project volgend jaar wordt verdergezet, tenminste als de gevraagde financiële middelen goedgekeurd worden.

Het is de bedoeling om met de huidige expertise het project uit te breiden naar andere afdelingen van de woonzorgcentra.

## 2ZEN

### INITIATIEFNEMER

Organisatie: Welzijns-campus Huize Sint-Anna vzw  
Contactpersoon: Patrick Claes  
Adres: Gasthuisstraat 20, 3620 Lanaken  
Telefoon: 089 72 13 12  
E-mail: patrick.claes@huizestanna.be  
Website: www.huizestanna.be

### PROJECTPARTNERS

ORGANISATIE/DISCIPLINE	CONTACTPERSOON
WZC Bessemerberg	Patrick Claes, algemeen directeur
WZC Sint-Jozef	Jos Claes, algemeen directeur
Wit-Gele Kruis	Luc Bijmens, directeur
KLAV	Marleen Dethier
Familiehulp	Dirk Van Laethem, Provinciaal directeur
Essers	Jan Lampaert
Patrona	Didier De Blauwe
Essec	Marc Decat
AKS	Ivan Maris

### DUUR VAN HET PROJECT

Startdatum: februari 2015  
Einddatum: loopt gedurende 18 maanden met schorsing in juli en augustus 2015

### PROJECT

#### WAT

Binnen het Vlaamse zorglandschap zijn talrijke zorgactoren, ondernemingen en entiteiten actief, ieder binnen hun specifieke werkterrein. Dankzij deze diversiteit en autonomie biedt dit zorglandschap heel wat opportuniteiten en is er een permanente dynamiek; een dynamiek die bijkomend versterkt door de VI-e staatshervorming.

Anderzijds leidt deze grote diversiteit en dynamiek tot blijvende uitdagingen, niet in het minst voor de zorgvrager en haar/zijn mantelzorger. De zorgvrager met een meer-lagige zorgbehoefte komt in de loop van zijn C3-traject (zorgtraject waarin de bouwstenen care-cure-comfort gelijkwaardig aan bod komen) in contact met uiteenlopende zorgactoren, ondernemingen en entiteiten die in het zorglandschap actief zijn. Momenteel bestaat geen werkbaar model voor het (regionaal) samenwerken met deze zorgactoren, ondernemingen en entiteiten in een efficiënt en dynamisch netwerkverband, zonder centrale koepelstructuur. Hierdoor ligt vandaag de verantwoordelijkheid voor het samenstellen van een individueel C3-traject voor een meer-lagige zorgvraag in grote mate bij de zorgvrager zelf. Dit leidt tot suboptimale C3-trajecten en gemiste kansen.

In 2ZEN wordt een netwerkmodel ontwikkeld waarmee een individuele zorgvraag van een patiënt beantwoord wordt met een gepersonaliseerd en dynamisch samengesteld C3-traject, aangeboden door een open samenwerkingsverband van onderling geassocieerde aanbieders van zorgdiensten.

Het C3-traject is samengesteld uit een menu van zorgdiensten en zorgproducten die beschikbaar zijn in de regio waarin het netwerk actief is. Dit menu evolueert bestendig in functie van de behoefte en het aanbod dat beschikbaar is in de regio.

## **DOELSTELLING**

ZZEN beoogt open regionale netwerken te realiseren in Vlaanderen waarbij zorgvragers en hun mantelzorgers op een laagdrempelige, efficiënte en autonome wijze dynamisch ondersteund en geleid worden in hun stappen van het C3-traject. Zorgnetwerken waarbij de ontschotting tussen de zorgactoren, ondernemingen en entiteiten centraal staat en waarbij de overdracht van informatie op een veilige wijze geborgd wordt.

Bij voorkeur neemt de zorgvrager de regie van het C3-traject zelf in handen. Indien dit niet kan, zal een gemandateerde mantelzorger of een medewerker van een zorgorganisatie haar/hem hierin ondersteunen.

## **DOELGROEP**

Specifiek wil ZZEN zorgvragers bereiken die meer-lagige chronische vragen hebben op vlak van “care-cure-comfort” – i.e. het zogenaamde C3-traject.

## **WAT – HOE SAMENWERKEN**

In ZZEN wordt een netwerkmodel ontwikkeld waarmee een individuele zorgvraag van een patiënt beantwoord wordt met een gepersonaliseerd en dynamisch samengesteld C3-traject, aangeboden door een open samenwerkingsverband van onderling geassocieerde aanbieders van zorgdiensten.

Het C3-traject is samengesteld uit een menu van zorgdiensten en zorgproducten die beschikbaar zijn in de regio waarin het netwerk actief is. Dit menu evolueert bestendig in functie van de behoefte en het aanbod dat beschikbaar is in de regio.

ZZEN zal toelaten de noden duidelijk te benoemen en te kwantificeren waardoor aanbieders de economische haalbaarheid bij het ontwikkelen of het tot stand brengen van een dienst of product kunnen inschatten.

Het uiteindelijke doel is een nieuw duurzaam business model op te zetten in de zorgverlening gebaseerd op het principe van “shared value” tussen zorgactoren en entiteiten uit de “social-profit” sector en ondernemingen uit de “profit” sector.

# BIJLAGEN: SAMENWERKINGS OVEREENKOMST LIMBURGSE CODE

---

---

---



# SAMENWERKINGSOVEREENKOMST WOONZORGCENTRA / DAGVERZORGINGSCENTRA / CENTRA VOOR KORTVERBLIJF / ASSISTENTIEWONINGEN & LISTEL VZW

Tussen ....., met zetel te ....., vertegenwoordigd door ....., verder **de koepel** genoemd,  
en

het **Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg Genk/Hasselt, LISTEL vzw**, met zetel te 3500  
Hasselt, A. Rodenbachstraat 29 bus 1,

vertegenwoordigd door dr. Johan Vandervelden, voorzitter, verder **het SEL** genoemd,

in overeenstemming met het Woonzorgdecreet, het SEL-decreet en “Limburgse Code tot coördinatie  
voor SEL/GDT Genk en SEL/GDT Hasselt”,

is overeengekomen hetgeen volgt:

## AANLEIDING EN DOEL VAN DE OVEREENKOMST

### ARTIKEL 1

Deze samenwerkingsovereenkomst wordt afgesloten vanuit de reële wederzijdse bekommernis om de begeleiding en de zorg aan de oudere en zijn omgeving samen met de betrokken zorg- en hulpverleners zowel binnen de eerstelijnsgezondheidszorg als binnen residentiële voorzieningen, nl. de woonzorgcentra (WZC) en de semi-residentiële voorzieningen, nl. de dagverzorgingscentra (DVC), de centra voor kortverblijf (CKV) en de assistentiewoningen (AW) verder kwaliteitsvol en efficiënt uit te bouwen.

Eén van de prioritaire doelstellingen is het realiseren van meer continuïteit binnen het zorgproces van de oudere, door onder meer het maken van goede multidisciplinaire afspraken, een sluitende communicatie en een kwaliteitsvolle samenwerking tussen de verschillende zorgactoren en hierdoor een vlotte overgang te verwezenlijken van de thuissituatie naar een residentiële of semi-residentiële voorziening en omgekeerd. Toch blijft het uitgangspunt dat een tijdelijke of permanente ondersteuning door een semi-residentiële of residentiële voorziening pas nodig is wanneer de draagkracht of de grens van de thuiszorg bereikt is.

Binnen deze overeenkomst beogen we ook afspraken die de individuele oudere overstijgt en die de onderlinge samenwerking tussen de zorgactoren moeten bevorderen.

## UITGANGSPUNTEN EN BASISPRINCIPES

### ARTIKEL 2

Deze overeenkomst is een inspanningsverbintenis waarbij alle partijen de intenties die in deze overeenkomst vervat zijn, nastreven. Zowel de koepel als het SEL engageren zich om deze overeenkomst met alle aangesloten leden/organisaties te bespreken en hen aan te moedigen om zich te engageren.

De partijen doen de nodige inspanningen om te zorgen voor de nodige sensibilisatie, uitwisseling van expertise en staan open voor innovatieve vormen van samenwerking en zorgverlening om de zorg zowel in de eerste lijn als in de WZC/DVC/CKV/AW zo effectief en efficiënt mogelijk te maken.

De partijen engageren zich maximaal om te participeren in concrete acties, zoals vermeld in art.6.



### ARTIKEL 3

Door het maken van wederzijdse afspraken wil deze overeenkomst de integrale zorgverlening rond de oudere, stimuleren door:

- het centraal stellen van de betrokken oudere en zijn zelfredzaamheid tijdens het zorgproces
- het optimaliseren van de betrokkenheid van de familie en de mantelzorgers
- het benaderen van de oudere vanuit een behoefte-gestuurde aanpak
- het waarborgen van de geïnformeerde keuzevrijheid van de oudere
- het respecteren van de persoonlijke levenssfeer en waardigheid van de oudere
- het streven naar eenvoud en efficiëntie in de samenwerking
- het naleven van de principes met betrekking tot samenwerking onderschreven in de “Limburgse Code tot coördinatie voor SEL/GDT Genk en SEL/GDT Hasselt” (zie bijlage 1) door de partners in de eerstelijnsgezondheidszorg. De WZC/DVC/CKV/AW gaan akkoord met deze principes.

De afspraken in deze overeenkomst zijn van toepassing voor alle ouderen, met een bijzondere aandacht voor ouderen met een complexe zorgsituatie.

### ARTIKEL 4

Het omgaan met informatie over de sociale en familiale aspecten van de oudere gebeurt met inachtneming van deontologische regels zoals o.a.:

- het beroepsgeheim( art. 458 SWB)
- de wet op de privacy
- de wet op de patiëntenrechten

## ZORGCONTINUÏTEIT

### ARTIKEL 5

Bij de overgang van de ene naar de andere setting (thuissituatie naar een (semi)-residentieel verblijf of omgekeerd), al dan niet via een ziekenhuisopname, moet de zorgverlening optimaal blijven verlopen. Om deze transmurale zorg te realiseren en een vlotte overgang te garanderen, is een goede samenwerking tussen de eerste lijn en de WZC/DVC/CKV/AW van essentieel belang.

Hierbij biedt het SEL instrumenten aan om deze continuïteit te optimaliseren, zoals een overzicht van het zorgaanbod via een sociale kaart en het Limburgs garantiemodel (zie bijlage 1).

In het werkveld bestaan er nog meerdere instrumenten die de continuïteit van zorg kunnen bevorderen.

## CONCRETE INITIATIEVEN TOT SAMENWERKING

### ARTIKEL 6

De koepel en het SEL komen overeen om deze samenwerkingsovereenkomst via de dagelijkse praktijk te concretiseren en uit te werken. De focus ligt zowel op samenwerking tussen zorg- en hulpverleners rond de oudere en zijn omgeving als op het niveau dat het belang van de individuele oudere overstijgt.

Zowel het SEL als de koepel zijn een aanspreekpunt om de noden, knelpunten en bevindingen in de samenwerking in kaart te brengen en om in overleg initiatieven te nemen. Er wordt aandacht besteed aan IT-ontwikkelingen waarbij de overheid initiatieven geeft om het uitwisselen van gegevens tussen de verschillende actoren te digitaliseren.

Het SEL biedt de gesprekstafel aan om op lokaal of regionaal niveau tot een maximale participatie van de WZC/DVC/CKV/AW, de eerste lijn en belendende overlegplatformen te komen. Het SEL en de koepel vormen samen het aangewezen platform om wisselwerking tussen alle actoren te stimuleren.



## ARTIKEL 7

Verschillende Limburgse netwerken hebben de ouderen als doelgroep, bv. Werkgroep ouderen van de Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg (SPIL), Expertisecentrum Dementie Contact (ECD), Netwerk Palliatieve Zorg Limburg (NPZL),.... Het SEL tracht zoveel mogelijk de kruisbestuiving te stimuleren en dwarsverbindingen te maken om parallelcircuits te vermijden.

## ARTIKEL 8

Ter realisatie van deze overeenkomst ondernemen de partijen acties op 2 verschillende niveaus.

Enerzijds neemt het SEL initiatief om op regelmatige basis bestaande praktijkvoorbeelden te inventariseren en ervoor te zorgen dat deze kennis gedeeld wordt met alle actoren van het werkveld, met als doel inspirerend te werken voor andere regio's en/of organisaties.

Anderzijds lanceert het SEL op regelmatige basis een oproep tot het werkveld om aan te sporen tot ontwikkeling van nieuwe initiatieven of projecten. Het SEL toetst de aanvragen aan volgende verwachtingen en voorwaarden:

- het initiatief/project is conform de uitgangspunten en basisprincipes van deze overeenkomst
- het initiatief/project is conform de Limburgse Code tot coördinatie voor SEL/GDT Genk en SEL/GDT Hasselt
- het initiatief/project heeft een multidisciplinair karakter
- het initiatief/project heeft aandacht voor innovatie
- het initiatief/project garandeert de toegankelijkheid voor alle ouderen
- het initiatief/project betreft het POP en/of het SEL, naargelang het lokaal, regionaal of provinciaal karakter

Het SEL schrijft een 3-jaarlijks actieplan uit en staat in voor de opvolging en de continue bijsturing ervan.

Voor de uitwerking van de verschillende initiatieven/projecten kan het SEL aangesproken worden om de overlegtafel aan te bieden en kan het SEL een ondersteunende rol spelen.

De meerwaarde van het SEL ligt in het maken van dwarsverbindingen met bestaande en/of relevante initiatieven/projecten, ondersteuningsmogelijkheden en financiële kanalen. Daarnaast bewaakt het SEL ook de vooropgestelde voorwaarden en verwachtingen.

Van elk initiatief/project dat ondernomen wordt, wordt een addendum opgesteld bij deze overeenkomst. Het addendum wordt ondertekend door de betrokken partijen.

## STUURGROEP

### ARTIKEL 9

De stuurgroep, samengesteld uit alle betrokken partners, zal jaarlijks minstens 2 keer samenkomen en heeft als taak:

- bewaken, evalueren en bijsturen van de afspraken, gemaakt in deze samenwerkingsovereenkomst.
- adviseren en evalueren van het actieplan
- kenbaar maken aan het werkveld van de diverse initiatieven
- verzamelen van gegevens en formuleren van adviezen betreffende samenwerkingsaspecten tussen de eerste lijn en de WZC/DVC/CKV/AW naar de diverse overheden
- signaleren van goede praktijkvoorbeelden en eventuele probleemsituaties betreffende samenwerkingsaspecten tussen de eerste lijn en de WZC/DVC/CKV/AW naar de betreffende overheden

Het SEL, initiatiefnemer van deze overeenkomst, neemt volgende opdrachten op:

- Samenroepen van de stuurgroep, minstens 2 keer per jaar
- Vastleggen van de agenda, voorzitten en verslag geven
- Terugkoppelen en afstemmen naar het bestuursniveau van het SEL

#### ARTIKEL 10

Deze samenwerking vangt aan op 1 januari 2016 en geldt voor onbepaalde duur.

Ze is door beide partijen opzegbaar per aangetekend schrijven, mits een opzegtermijn van 3 maanden.

Opgemaakt in twee exemplaren te Hasselt, 3 december 2015

Voor de koepel

Voor het SEL

Dr. Johan Vandervelden

Voorzitter

Dhr. Luc Bijmens

Ondervoorzitter

Dhr. Theo Hamblok

Secretaris

Dhr. Guy Abrahams

Penningmeester

# LIMBURGSE CODE TOT COÖRDINATIE VOOR SEL/ GDT GENK EN SEL/ GDT HASSELT

## Coördinatie en ondersteuning van de eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen

### 1. REGELGEVING VAN DE VLAAMSE EN FEDERALE REGERING

De Limburgse Code tot coördinatie voor SEL/ GDT Genk en SEL/ GDT Hasselt is gebaseerd op volgende regelgeving:

#### Vlaamse Regelgeving

- Decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders
- Decreet van 2 december 2008 tot wijziging van het decreet van 23 mei 2003 betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking en programmatie van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen
- Besluit van de Vlaamse Regering van 19 december 2008 betreffende de Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg

#### Federale Regelgeving

- Koninklijk Besluit tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging
- Verordening van 28 juli 2003 tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
- Koninklijk Besluit van 14 mei 2003 tot vaststelling van de voorwaarden waarin een tegemoetkoming kan worden toegekend voor de verstrekkingen omschreven in art. 34, 13° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
- Koninklijk Besluit van 16 november 2005 tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 14 mei 2003 tot vaststelling van de voorwaarden waarin een tegemoetkoming kan worden toegekend voor de verstrekkingen omschreven in art. 34, 13° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
- Ministerieel Besluit tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden waarin een tegemoetkoming kan worden toegekend voor de verstrekkingen omschreven in art. 34, 13° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Op 19 december 2008 vaardigde de Vlaamse Regering het Besluit betreffende de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg uit.

De activiteiten van de SEL's overstijgen het praktijkniveau. Ze zijn vooral organisatorisch van aard. De SEL's beogen onder andere een optimale samenwerking tussen alle zorgaanbieders die actief zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg, tussen de zorgaanbieders en de gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers en tussen de organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod.<sup>1</sup>

Subsidiëring: een vast bedrag van 60 000 € per SEL vermeerderd met een bedrag van 0,20 € per inwoner wonend in de SEL-regio. Dit bedrag dient voor de uitvoering van de opdrachten en taken van het SEL zoals omschreven in het Eerstelijnsdecreet en het SEL-Uitvoeringsbesluit (omschrijving in bijlage).

### 2. INVULLING VAN HET BELEID IN DE PROVINCIE LIMBURG

Reeds bij het in werking treden van het besluit van de Vlaamse Regering van 21 december 1990 werd er

<sup>1</sup> Website Agentschap Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, <http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=17744>

in Limburg besloten tot een provinciale coördinatie. Hiervoor werd in oktober 1991 de vzw LISTEL opgericht.

De partners in LISTEL zijn alle diensten, groeperingen of organisaties die professioneel zorgen of diensten verlenen aan gebruikers en die daardoor de eerstelijnsgezondheidszorg vergemakkelijken, mogelijk maken of ondersteunen, verenigingen van mantelzorgers en gebruikers en vrijwilligersorganisaties, het Provinciebestuur en UHasselt.

LISTEL vzw is op de eerste plaats een organisatie van zorg- en hulpverleners actief in de eerstelijnsgezondheidszorg. Zorg- en hulpverleners spreken onder elkaar af hoe zij multidisciplinair overleg rond patiënten organiseren en de opdrachten van het SEL vervullen.

Door het in voege treden van de SEL-regelgeving op 1 januari 2010 diende de oorspronkelijke Limburgse Code te worden aangepast.

Daarom werd de Limburgse Code tot coördinatie voor SEL/GDT Genk en SEL/GDT Hasselt opgesteld waarin de afspraken op deze terreinen zijn vastgelegd en waaraan alle zorg- en hulpverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg in Limburg zich wensen te houden.

### CODE TOT COÖRDINATIE VOOR SEL/ GDT GENK EN SEL/ GDT HASSELT

Iedere zorg- en hulpverlener in de eerstelijnsgezondheidszorg verbindt zich ertoe de **Limburgse Code tot coördinatie voor SEL/ GDT Genk en SEL/ GDT Hasselt** na te leven. Deze Code wordt minstens ondertekend door alle leden van het SEL Genk en het SEL Hasselt.

### **Begrippenkader**

- **Patiënt/ gebruiker:** 'Iedere natuurlijke persoon die een beroep doet op een zorgaanbieder.'<sup>2</sup>
- **Mantelzorger:** 'Een persoon die vanuit een sociale en emotionele band één of meerdere personen, niet beroepshalve maar meer dan occasioneel, helpt en ondersteunt in het dagelijkse leven wanneer de zelfzorg ontoereikend blijkt.'<sup>3</sup>
- **Zorgverlener:** De artsen, tandartsen, apothekers, vroedvrouwen, kinesi-therapeuten, verpleegkundigen, paramedische medewerkers en geïntegreerde diensten voor thuisverzorging.<sup>4</sup>
- **Hulpverlener:** Psychologen, psychotherapeuten, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers of deskundigen van een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg of deskundigen van een uitleendienst, iedere andere zorgverstrekker die professioneel zorgen of diensten verleent aan gebruikers en die daardoor de eerstelijnsgezondheidszorg vergemakkelijkt, mogelijk maakt of ondersteunt (m.u.v. organisatie, dienst of persoon met een meer gespecialiseerd zorgaanbod) en vrijwilligers<sup>5 6</sup>

<sup>2</sup> Decreet 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, art. 2, 3°.

<sup>3</sup> Idem, art. 2, 8°.

<sup>4</sup> Vrij naar: KB 14 mei 2003 tot vaststelling van de voorwaarden waarin een tegemoetkoming kan worden toegekend voor de verstrekkingen omschreven in artikel 34, 163° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, art. 2, A, 5°.

<sup>5</sup> Vrij naar: idem, art. 2 A, 6°.

<sup>6</sup> Vrij naar: Decreet 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, art. 2, 16°.

- **Zorgoverleg:** ‘Het multidisciplinair overleg concretiseert in het kader van de thuisverzorging de evaluatie van de zelfredzaamheid van de patiënt, de uitwerking en de opvolging van een zorgplan en de taakafspraken tussen zorg- en hulpverleners’<sup>7</sup>.
- **Zorgcoördinatie:** Het op uitvoerend niveau samenstellen en in stand houden van een totaalpakket van zorg, hulp en diensten op maat van de individuele zorgvrager, door het team dat aan huis bij de zorg betrokken is.<sup>8</sup>
- **Overlegcoördinatie TGZ:** Ondersteuning van het multidisciplinair overleg in complexe thuiszorgsituaties bij zwaar zorgbehoevende personen op vraag van de zorgbemiddelaar, de patiënt of zijn familie of een andere betrokken zorg- of hulpverlener.  
Dit houdt in:
  - praktische en administratieve voorbereiding en afhandeling van het overleg;
  - voorzitten van het overleg, zonder inhoudelijke inbreng;
  - bundelen van de afspraken in een zorgplan.
- **Limburgs Garantiemodel**

De Limburgse SEL’s bieden aan iedere zwaar zorgbehoevende patiënt in Limburg de garantie dat binnen een redelijke termijn een multidisciplinair overleg kan georganiseerd worden indien de patiënt, zijn omgeving of één van de betrokken zorg- of hulpverleners dit nodig achten en zij dit zelf niet (wensen te) organiseren.

### Artikel 1

Vertrekkend vanuit de specifieke deskundigheid, eigen aan iedere discipline beoogt elke professionele zorg- en hulpverlener, mantelzorger en vrijwilliger de integrale zorg van de patiënt.

Deze integrale zorgverlening veronderstelt:

het centraal stellen van de zelfredzaamheid van de patiënt;

betrokkenheid en verantwoordelijkheid van de zorgdragers uit de familie en omgeving;

samenwerking met andere betrokken professionele zorg- en hulpverleners, ook uit de tweede en derde lijn.

### Artikel 2

De patiënt kiest zelf zijn zorg- en hulpverleners. Vrije keuze van deze zorg- en hulpverleners moet gegarandeerd worden. Er mag geen toewijzing van zorg gebeuren. De reeds betrokken zorg- en hulpverleners moeten in hun functie gekend worden.

De betrokken zorg- of hulpverlener informeert de patiënt en zijn omgeving over de bestaande voorzieningen en diensten, hulpmiddelen en tegemoetkomingen en verwijst hen naargelang de aard van de behoeften eventueel door naar bevoegde diensten of disciplines. Hij zal hierbij steeds de belangen van de patiënt en de mantelzorgers respecteren en bewaken.

<sup>7</sup> KB 14 mei 2003 tot vaststelling van de voorwaarden waarin een tegemoetkoming kan worden toegekend voor de verstrekkingen omschreven in artikel 34, 163° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, art. 2, A, 1°.

<sup>8</sup> Vrij naar: <http://www.encyclo.nl/begrip/zorgcoördinatie>.

### Artikel 3

Het behoort tot de verantwoordelijkheid van iedere professionele zorg- of hulpverlener, die rechtstreeks betrokken is bij de zorg van een thuisverblijvende patiënt om aan de patiënt, zijn omgeving en de huisarts te signaleren wanneer hij van oordeel is dat een andere discipline of instantie moet ingeschakeld worden in de integrale zorgverlening. De zorg- of hulpverlener respecteert hierbij ten volle de geïnformeerde vrije keuze door de patiënt van zijn zorgverstrekkers.

### Artikel 4

Wanneer verscheidene zorg- of hulpverleners en/ of mantelzorgers zorgen geven aan dezelfde patiënt, maken zij indien nodig onderling afspraken om deze zorgen op elkaar af te stemmen.

### Artikel 5

Indien meer dan twee zorg- of hulpverleners van verschillende disciplines (waaronder steeds de huisarts) en eventueel mantelzorgers rechtstreeks bij de zorg betrokken zijn, en de patiënt psychisch of fysisch zwaar zorgbehoevend is, wordt daar waar nood is aan overleg, een zorgplan opgemaakt. Hierbij wordt een overzicht van de afspraken opgemaakt en ter inzage bij de patiënt gelegd.

Alle bij deze patiënt betrokken zorg- en hulpverleners vormen het eerstelijnsgezondheidszorgteam rond deze patiënt. In gezamenlijk overleg en in samenspraak met de patiënt en/of zijn familie stellen zij een zorgplan op. Hierbij heeft elke zorg- of hulpverlener een gelijke inbreng vanuit zijn specifieke deskundigheid en bevoegdheid, die hij ook bewaakt. De patiënt of zijn vertegenwoordiger stemt in met de deelnemers van het multidisciplinair overleg. De patiënt en/of zijn mantelzorger verklaart dat hij akkoord gaat met het opgemaakte zorgplan.

Voor het overleg worden ook de betrokken partners van de 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn uitgenodigd.

De huisarts heeft een centrale rol.

Iedere zorgaanbieder die zijn bereidheid voor de organisatie van het multidisciplinair overleg kenbaar gemaakt heeft aan een Limburgse SEL, kan het multidisciplinair overleg eventueel organiseren. Hiertoe dient de Samenwerkingsovereenkomst Overlegcoördinatie ThuisGezondheidszorg (TGZ) - Zorgaanbieders afgesloten te worden en dient de Limburgse Code tot coördinatie voor SEL/ GDT Genk en SEL/ GDT Hasselt te worden ondertekend.

### Artikel 6

Daar waar zorgafstemming gebeurt, wordt een zorgbemiddelaar aangeduid. De zorgbemiddelaar is een persoon aangewezen door een gebruiker of indien de patiënt dit zelf niet meer kan, de mantelzorger die de taken van de zorgaanbieders, mantelzorgers en vrijwilligers op elkaar afstemt en op de behoeften van de gebruiker.

De zorgbemiddelaar neemt expliciet de verantwoordelijkheid voor deze taak op zich en brengt het zorgplan aan bij de patiënt. Van deze zorg- of hulpverlener of mantelzorger wordt een belangrijke signaalfunctie verwacht, ook in functie van verdere bijstelling van het zorgplan. Van de zorgbemiddelaar mag men zeker aannemen dat hij het interdisciplinair overleg stimuleert.

Voor deze taak kan iedere zorg- of hulpverlener of mantelzorger, rechtstreeks betrokken bij de zorg voor een bepaalde patiënt, in aanmerking komen.

## Artikel 7

De gesprekstafel voor een multidisciplinair overleg rond een individuele patiënt kan aangeboden worden volgens het Garantiemodel wanneer:

- zorg- of hulpverleners vinden dat zij niet voldoende aan bod komen; of
- zorg- of hulpverleners het overleg liever op dit niveau organiseren; of
- de patiënten en/ of hun omgeving vinden dat het overleg niet op hun maat gebeurt.

Hiermee wordt binnen SEL/ GDT Genk en SEL/ GDT Hasselt de garantie geboden dat iedere gebruiker een multidisciplinair overleg op maat kan krijgen.

## GARANTIEMODEL

In SEL/ GDT Genk en SEL/ GDT Hasselt wordt de garantie op multidisciplinair overleg geboden via de overlegcoördinatoren TGZ van het OCMW/RDC die de gesprekstafel kunnen aanbieden. De Limburgse SEL's bewaken de kwaliteit van de overlegcoördinatie TGZ doordat volgende voorwaarden nageleefd dienen te worden:

De overlegcoördinator TGZ van het OCMW/ RDC:

- organiseert het multidisciplinair overleg volgens:
  - de meest aangepaste methoden van het maatschappelijk werk en met eerbiediging van de ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging van de betrokkenen<sup>9</sup>;
  - de bepalingen van de Limburgse Code tot coördinatie voor SEL/ GDT Genk en SEL/ GDT Hasselt;
  - het protocol (OCMW) of de samenwerkingsovereenkomst (RDC) i.v.m. overlegcoördinatie TGZ;
- voldoet aan het functieprofiel van de Overlegcoördinator TGZ;
- volgt de vorming en intervisie georganiseerd door LISTEL vzw;
- hanteert het e-zorgplan, aangereikt door LISTEL vzw;
- maakt als dusdanig geen deel uit van het eerstelijnsgezondheidszorgteam zelf, maar zorgt wel voor de organisatie van het overleg;
- kan de patiënten en hun omgeving informeren over de bestaande voorzieningen, hulpmiddelen en tegemoetkomingen, indien deze vinden dat zij onvoldoende informatie hierover kregen van de zorg- en hulpverleners. Hij zal daarbij steeds de belangen en vrije keuze van de patiënt bewaken en respecteren.

In eerste instantie en bij voorkeur wordt er beroep gedaan op de overlegcoördinator TGZ van het plaatselijke OCMW.

Ieder Limburgs OCMW dient expliciet het engagement i.v.m. overlegcoördinatie TGZ aan te gaan door het naleven van het Protocol Overlegcoördinatie TGZ, goedgekeurd door een beslissing van de Raad voor Maatschappelijk Welzijn.

In het protocol OC TGZ is een geschillenprocedure opgenomen volgens dewelke eventuele problemen i.v.m. overlegcoördinatie TGZ kunnen aangepakt worden. Indien deze procedure geen oplossing biedt voor het gestelde probleem kan het protocol OC TGZ door LISTEL vzw of het OCMW opgezegd worden.

Indien de Raad voor Maatschappelijk Welzijn van het plaatselijke OCMW het protocol OC TGZ niet wenst te onderschrijven of indien het door één van de partijen werd opgezegd zal een Regionaal

<sup>9</sup> Vrij naar: Organieke Wet van 8 juli 1976 betreffende de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn, art. 59.

Dienstencentrum, werkzaam in de regio, het overleg organiseren.

Hierbij wordt de keuzevrijheid van de patiënt steeds gerespecteerd.

Ieder Limburgs Regionaal Dienstencentrum dat het overleg wenst te organiseren dient expliciet het engagement i.v.m. overlegcoördinatie TGZ aan te gaan door het ondertekenen en naleven van de Samenwerkingsovereenkomst Overlegcoördinatie TGZ (RDC).

In de samenwerkingsovereenkomst OC TGZ is een geschillenprocedure opgenomen volgens dewelke eventuele problemen i.v.m. overlegcoördinatie TGZ kunnen aangepakt worden. Indien deze procedure geen oplossing biedt voor het gestelde probleem kan de samenwerkingsovereenkomst OC TGZ door LISTEL vzw of het Regionaal Dienstencentrum opgezegd worden.

Indien een lid van het ziekenfonds het uitdrukkelijk wenst, kan hij/zij zich rechtstreeks tot een Regionaal Dienstencentrum verbonden met zijn ziekenfonds wenden.

In laatste instantie organiseert de SEL zelf het multidisciplinair overleg als bovengenoemde organisaties nalaten het overleg te laten plaatsvinden binnen een redelijke termijn na de aanvraag tot overleg en in ieder geval binnen de termijn van een maand.<sup>10</sup>

De afspraken in artikel 7 worden op regelmatige basis en minstens 1x per jaar geëvalueerd met het bestuur van LISTEL vzw.

## Artikel 8

Bij het opstellen van het zorgplan worden de patiëntgegevens door de zorg- en hulpverleners en de zorgbemiddelaar met de nodige discretie behandeld, met inachtneming van het beroepsgeheim (art. 458 SWB), de wet op de patiëntenrechten en de wet op de privacy.

## Artikel 9

Het administratief gedeelte van het zorgplan wordt voor administratieve afhandeling ingevoerd in de webapplicatie. De nodige documenten voor vergoeding van de zorg- en hulpverleners voor hun aanwezigheid op het overleg in kader van de GDT en voor de vergoeding van de organisator worden bezorgd aan het bevoegde SEL/ GDT, waar hierop nazicht gebeurt.

De ondertekenaars van bovenstaande overeenkomst verklaren zich bereid de samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg te regelen volgens deze Code en te handelen naar de geest van de verdere aanbevelingen van LISTEL vzw, dat met het oog op de coördinatie van de eerstelijnsgezondheidszorg in de provincie Limburg werd opgericht.

---

<sup>10</sup> Vrij naar: Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg, art. 4, 11°.L



deze bundel is digitaal beschikbaar op  
<http://www.listel.be/nl/documenten-links>

## HOE SAMENWERKEN KAN TUSSEN WOONZORGCENTRA EN EERSTELIJN

Voor informatie over deze bundel kan u terecht bij

LISTEL vzw  
A. Rodenbachstraat 29/1  
3500 Hasselt  
011/819470  
[info@listel.be](mailto:info@listel.be)



[www.listel.be](http://www.listel.be)