

e-ZORGPLAN

Het elektronisch zorgplan dient als **draaiboek voor een goed georganiseerde thuiszorg**,

waarbij alle zorgverstrekkers van elkaar weten wat ze zelf moeten doen en wat ze van elkaar mogen verwachten.

Dankzij dit elektronisch zorgplan is **beveiligde communicatie** mogelijk en krijgen de gebruikers een permanente toegang tot de zorgplannen waarbij ze betrokken zijn.

Het e-zorgplan bevat administratieve gegevens van de patiënt of cliënt, gegevens van het multidisciplinair overleg en de bereikbaarheid van de betrokken zorgactoren. Ook het begeleidingsplan wordt weergegeven in het e-zorgplan.

Aanmelden

Het elektronisch zorgplan is beschikbaar op www.e-zorgplan.be. Om te kunnen werken met het e-zorgplan registreer je je eenmalig door een account aan te maken, te vinden onder 'aanmeldhulp'. Eenmaal geregistreerd krijg je toegang tot de e-zorgplannen waarbij je betrokken bent.

Toegang

De toegang tot het e-zorgplan is **beveiligd**. De toegangscontrole gebeurt aan de hand van jouw token of identiteitskaartlezer, via het Fedict-portaal van de federale overheid. Een token aanvragen doe je op de portaal-site van de federale overheid (www.belgium.be), via de link 'top online diensten' onderaan de startpagina.

Vragen of problemen

Wanneer je werkt met het e-zorgplan is het mogelijk dat er problemen opduiken. In vele gevallen kan je de oplossing vinden op de website van SEL GOAL. Indien je er het antwoord niet vindt, aarzel niet rechtstreeks contact op te nemen (*zie onder*).

info & CONTACT

Contacteer de coördinatoren van **SEL GOAL** voor **inhoudelijke problemen rond het e-zorgplan** of voor andere informatie:

*Maria Theresiastraat 63a
3000 Leuven
016 301 430
info@selgoal.be*

Surf naar de website www.selgoal.be

Vraag advies aan de **erkende overlegorganisatoren** (*een lijst zit als bijlage bij deze folder of kan je vinden op de website van SEL GOAL*)

Mail **technische vragen rond het e-zorgplan** naar helpdesk@e-zorgplan.be

*Lees ook onze
algemene folder van
het multidisciplinair
overleg.*

V.u. Voorzitter Marleen Vanhees, SEL GOAL, M. Theresiastraat 63a, 3000 Leuven

multi
DISCIPLINAIR
overleg



voor
personen met een
PSYCHIATRISCHE
problematiek



Samenwerkingsinitiatief
Eerstelijnsgezondheidszorg
GOAL

GezondheidsOverleg
Arrondissement Leuven

Steeds meer wordt de zorg van personen met psychiatrische problemen door verschillende zorg- en hulpverleners gedragen. In dergelijke situaties is een goede samenwerking met alle betrokken partijen noodzakelijk.

Een **multidisciplinair overleg in de vorm van een rond-de-tafelgesprek** streeft naar een betere samenwerking en een goede afstemming van de zorg op de noden en verwachtingen van de patiënt of cliënt.



AANvragen

Wie?

Elke hulp- of zorgverlener rechtstreeks betrokken bij de zorg voor een persoon met een **complexe en langdurige psychiatrische problematiek** kan een overleg aanvragen.

Hoe?

De aanvrager vult een **aanvraagformulier** in en bezorgt dit aan een erkend overlegorganisator. Wanneer de overlegorganisator over het formulier beschikt, zal deze contact opnemen met de aanvrager en de aanvraag registreren in het e-zorgplan.

Voorwaarden?

Een MDO PSY kan worden aangevraagd voor personen met een langdurige en complexe psychiatrische problematiek.

Het overleg is geldig indien er **minstens drie types zorg- of hulpverleners van verschillende organisaties fysiek aanwezig zijn**, waarvan minstens



één actor uit de **geestelijke gezondheidszorg** en minstens één actor uit de **eerstelij**n of een dienst van de **welzijnszorg** erkend door de bevoegde Gewesten of Gemeenschappen. Wanneer de aanvraag voldoet aan de voorwaarden, nodigt de overlegorganisator de patiënt of cliënt, de mantelzorgers en de zorg- en hulpverleners uit.

TIJDENS HET overleg

Overlegorganisator

De overlegorganisator modereert het overleg en zorgt voor een **klimaat van onderling vertrouwen**. Hij of zij moedigt alle betrokkenen aan om de noden van de patiënt of cliënt en de mantelzorgers in kaart te brengen en taakafspraken te maken.

Zorgbemiddelaar

Tijdens dit overleg wordt de zorgbemiddelaar aangeduid. Deze zorg- of hulpverlener **staat het**

Begeleidingsplan

Het opstellen van het begeleidingsplan vertrekt vanuit de identificatie van de **behoeften van de patiënt of cliënt** en zijn of haar directe omgeving. Het begeleidingsplan legt enerzijds algemene doelstellingen vast voor deze persoon en anderzijds de taakafspraken.

Het begeleidingsplan omvat gegevens die belangrijk zijn voor de **afstemming van de zorg en begeleiding** die de verschillende zorg- en hulpverleners bieden.

dichtste bij de patiënt of cliënt en fungeert als aanspreekpersoon voor alle betrokken partijen. De zorgbemiddelaar toetst de taakafspraken aan de noden en verwachtingen van de patiënt of cliënt en zijn of haar mantelzorgers.

na het OVERLEG

Het begeleidingsplan (*zie kader*) wordt opgesteld door de zorgbemiddelaar en wordt door de overlegorganisator als bijlage in het **elektronisch zorgplan** geplaatst. De zorgbemiddelaar volgt de situatie verder op en draagt de verantwoordelijkheid voor de **opvolging van het begeleidingsplan**.

Vergoeding

De overlegorganisator doet de **administratieve opvolging ten aanzien van SEL GOAL**, die, indien aan alle voorwaarden werd voldaan, de deelnemers zal vergoeden.