



De uitdaging van  
interprofessionele  
samenwerking in de  
thuishulp en -zorg



# De uitdaging van interprofessionele samenwerking in de thuishulp en -zorg

---

28 mei 2015



## DEEL 0 : ANTECEDENTEN

---

De integratie van de thuishulp en -zorg biedt het meest volledige antwoord op de noden van de bevolking. Voor een efficiënte werking moeten de verschillende zorg- en hulpverleners elkaar kennen en vinden in hun taken, competenties en ook hun beperkingen. Ze moeten zich samen ontwikkelen door hun identiteit te bevestigen en de complementariteit van hun vak te aanvaarden. Uit de ondernomen actie moet ook plek ontstaan die essentieel is voor het coördineren van thuiszorg en -hulp voor alle situaties die dit vereisen.

De hulp- en zorgsector is de afgelopen jaren sterk geëvolueerd. Bestaande beroepen ontwikkelen zich en nieuwe zijn ontstaan. Institutionalisering of hospitalisatie zijn niet langer de enige antwoorden op gezondheids- of afhankelijkheidsproblemen. De populatie thuis heeft steeds meer behoeften: palliatieve begeleiding, ondersteuning van gehandicapte personen, alternatieven voor hospitalisatie, adempauzes voor naaste hulpverleners... Deze evoluties willen samen één ding: zo volledig en goed mogelijk beantwoorden aan precieze socio-sanitaire noden en een hoogwaardige thuisverzorging garanderen tegen een aanvaardbare prijs voor de gemeenschap.

Op 14 december 2009 (MB 20.01.2010) werd een protocolakkoord ondertekend tussen de federale staat en de deelstaten met betrekking tot de relatie tussen de hulpverleners en de begeleiding van erkende thuishulpdiensten en de zorgverleners in hun activiteiten thuis. Op 24 februari 2014 werd dit protocol bekrachtigd met enkele revisies (MB 20.06.2014).<sup>1</sup>

Dit protocol is een eerste stap om de bijzonderheden en rollen van elke professionele hulp- en zorgverlener te verduidelijken, met inachtneming van ieders identiteit en ten behoeve van de complementariteit van de beroepen.

Het engageert de betrokken ministers om, indien nodig en binnen een realistische termijn, hun respectievelijke regelgeving (en toekomstige regelgeving) af te stemmen op de beschreven principes. Sindsdien is de sector doorgedaan op zijn elan van natuurlijke evolutie, rekening houdend met een strikte budgettaire context en een politieke actualiteit die streeft naar een geleidelijke overgang van bevoegdheden van het federale niveau naar dat van de deelstaten.

In deze context dringt een grondige reflectie over de thuiszorg- en thuishulpberoepen zich op om een coherent en efficiënt kader te definiëren voor de toekomst.

---

<sup>1</sup> Op dezelfde dag (24 februari 2014) werden twee andere protocollen ondertekend:

- Protocolakkoord betreffende de relatie tussen de beroepsbeoefenaars die in de sector voor hulp aan personen met een handicap werkzaam zijn en de beoefenaars van gezondheidsberoepen (BS. 20.06.2014)
- Protocolakkoord betreffende de relatie tussen de personen die erkend zijn door Office de la Naissance et l'Enfance, de personen die tewerkgesteld zijn in een door Kind en Gezin vergunde of erkende opvang of opvang met een attest van toezicht van Kind & Gezin, personen die zelfstandig zijn of werkzaam zijn binnen diensten erkend door de Duitstalige Gemeenschap en de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen (tot op heden niet in het BS gepubliceerd protocol).



# DEEL 1 : ALGEMENE DEFINITIES

---

## 1.1 Gezondheit

« Een toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn die niet enkel bestaat uit de afwezigheid van ziekte of kwalen. »<sup>2</sup>

## 1.2 Levenskwaliteit

« De perceptie van een mens met betrekking tot zijn plaats in het bestaan, in de context van de cultuur en het systeem van waarden waarin hij leeft, in relatie met zijn doelen, verwachtingen, normen en zorgen. Het betreft een groot conceptueel veld, dat op een complexe manier de fysieke gezondheid van de persoon, zijn psychologische toestand, zijn onafhankelijkheidsniveau, zijn sociale relaties, zijn persoonlijke groei en zijn relatie met de bijzonderheden in zijn omgeving omvat. »<sup>3</sup>

## 1.3 Gezondheidszorg

« De diensten verstrekt door een beroepsbeoefenaar met het oog op het bevorderen, bepalen, bewaren, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van een patiënt of palliatieve begeleiding. »<sup>4</sup>

## 1.4 Verpleegkundige zorg

« Zorgen die autonoom of in samenwerking worden verstrekt aan personen van alle leeftijden, families, groepen en gemeenschappen - ziek of gezond - ongeacht het kader. De verpleegkundige zorg omvat de bevordering van gezondheid, het voorkomen van ziekte en ook zorgen verstrekt aan zieken, gehandicapten en stervenden. Tot de essentiële rollen voor verpleegkundig personeel behoren ook de verdediging en bevordering van een gezonde omgeving, onderzoek, deelname aan de uitwerking van een gezondheidsbeleid en beheer van gezondheidssystemen en patiënten en ook educatie. »<sup>5</sup>

---

<sup>2</sup> Definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie.

<sup>3</sup> Definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie.

<sup>4</sup> Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

<sup>5</sup> Definitie van de Internationale Raad van Verpleegsters.

Verpleegkundige thuiszorg kan in verschillende vormen worden onderverdeeld :

- een solopraktijk als zelfstandig verpleegkundige ;
- een groep die bestaat uit ten minste 7 verpleegkundigen (FTE). De groep kan uitsluitend bestaan uit zelfstandige verpleegkundigen of uitsluitend uit verpleegkundigen in loondienst of een combinatie van zelfstandige verpleegkundigen en verpleegkundigen in loondienst ;
- een dienst voor verpleegkundige thuiszorg die bestaat uit ten minste 7 verpleegkundigen (FTE), behalve de verantwoordelijke verpleegkundige. De verpleegkundigen worden geleid door een verpleegkundige die verantwoordelijk is voor de organisatie van de dienst, de coördinatie, de programmatie, de continuïteit, de kwaliteit en de evaluatie van de zorgen. De verantwoordelijke verpleegkundige staat ook in voor de autoriteit en controle van de verpleegkundigen van de dienst (KB van 16 april 2002). De dienst van de verpleegkundige thuiszorg kan bestaan uit uitsluitend zelfstandige verpleegkundigen of uitsluitend uit verpleegkundigen in loondienst of een combinatie van zelfstandige verpleegkundigen en verpleegkundigen in loondienst.

## 1.5 Sociale actie

Sociale actie duidt op het geheel aan middelen die een gemeenschap voor zichzelf kan aanwenden om haar cohesie te bewaren, met name door wettelijke beschikkingen en handelingen met als doel een beter leven voor de meest kwetsbare personen of groepen, het verwerven of behouden van hun autonomie en hen te laten aanpassen aan hun sociale omgeving.

## 1.6 Hulp in het dagelijks leven

De hulp in het dagelijks leven ondersteunt mensen van alle leeftijden (bij verlies van autonomie, bij ziekte of handicap) of de familie die moeite heeft met het verwezenlijken van taken en handelingen uit het dagelijks leven. De hulp zorgt ervoor dat personen thuis kunnen blijven wonen, met behoud van hun autonomie en met garantie op een optimale levenskwaliteit.

De hulpverlening in het dagelijks leven wordt gerealiseerd door diensten die thuis worden geleverd door gekwalificeerde hulpverleners (familiehulp, thuisoppas, huishoudhulp, oppas voor zieke kinderen, polyvalent medewerker) met de bedoeling om thuiszorg of de terugkeer naar huis, de begeleiding en hulp in het dagelijks leven van de begunstigden te bevorderen, in samenspraak met de familiale en naaste omgeving en andere beroepsbeoefenaars die mogelijk betrokken zijn.



## 1.7 Werken in een netwerk

### 1.7.a – Coördinatie van thuiszorg en -hulp

In het Waals Gewest en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is de coördinatie van thuiszorg en -hulp een proces dat de interdisciplinaire analyse van de situatie en het nemen van een beslissing omvat, wat toelaat dat professionals hun kennis, ervaring en vaardigheden kunnen delen en samen kunnen toepassen bij de begunstigen en zo samen een begeleidings-, thuishulp- en thuiszorgproject op te zetten en uit te voeren.

De coördinatiecentra zijn bedoeld voor elke begunstigde die in zijn levensomgeving wilt blijven of erin wilt integreren, met als doelen de continuïteit en de kwaliteit van de thuiszorg. Zij hebben ook als opdracht om iedereen die belangstelling heeft te informeren over de mogelijkheden van of en een terugkeer naar de levensomgeving, de aanvraag te richten wanneer het de verwerving van één of meerdere diensten betreft of deze te verduidelijken.

De coördinator is een verbindingsagent tussen de leden van de netwerken. Hij oefent geen hiërarchische autoriteit uit op de diensten of de dienstverleners, maar verwezenlijkt de coördinatie volgens de regels van consensus en overleg, in het belang van de begunstigde.

Binnen de Duitstalige Gemeenschap levert een « consultatiebureau », rechtspersoon erkend door de overheid, informatie, advies, een hulpprogramma, begeleiding en coördinatie in het kader van thuishulp, residentieel of semiresidentieel, aan de gebruiker. Het bureau informeert ook alle dienstverleners in de sociale sector en de gezondheidszorg die actief zijn in de Duitstalige Gemeenschap.

### 1.7.b – De geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT)

« Gezondheidszorginstelling die, in een zorgzone, het geheel van zorgen aan patiënten versterkt, onder andere door de praktische organisatie en omkadering van prestaties geleverd in het kader van de thuiszorg, die tussenkomst vereist van beroepsbeoefenaars uit verschillende disciplines. »<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Koninklijk Besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (BS. 05/10/2002)

### **1.7.c – Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL)**

De SEL zijn voorzieningen van de Vlaamse Gemeenschap bedoeld voor de verzekering van kwaliteitszorg en een goede samenwerking tussen de thuiszorgverleners. Dit zijn associaties van vertegenwoordigers van zorgverleners en mogelijk ook vertegenwoordigers van mantelzorgers en vrijwilligers, opgericht met het oog op de optimalisatie van zorgen binnen de limieten van een goed gedefinieerde zone.

Ze worden erkend en gesubsidieerd door de Vlaamse overheid, krachtens samenwerkingsinitiatieven op het vlak van primaire gezondheidszorg en in samenspraak met de GDT (gefinancierd door de federale Staat).

### **1.7.d – De lokale multidisciplinaire netwerken (LMN)**

De LMN zijn pilootprojecten die op initiatief van de huisartsenkringen in 2009 werden opgericht ter ondersteuning van de zorgtrajecten (gestructureerde tussenkomsten voor patiënten met een chronische aandoening). Ze bestaan uit artsen, verpleegkundigen (educatoren), podologen, diëtisten, apothekers...

## 1.8 De patiënt

« Een natuurlijk persoon waaraan geneeskundige verzorging wordt verleend, al dan niet op zijn vraag. »<sup>7</sup>

## 1.9 De rechthebbende

De rechthebbende is een persoon, gezin, groep of publiek dat voldoet aan de nodige voorwaarden voor het recht op hulp, op hulp in het dagelijks leven.

## 1.10 Het thuiszorgbeleid

Het thuiszorgbeleid moet de tegemoetkoming van personen (gezond of ziek) en hun familie in hun dagelijks leven beogen voor het behoud, de verbetering of het herstel van het fysisch, psychisch of sociaal welzijn.

De actoren van een thuiszorgbeleid komen uit drie categorieën :

- de medische beroepsbeoefenaars gedefinieerd door het Koninklijk Besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen - zij handelen in het kader van gezondheidszorg bij personen die gezondheidsgerelateerde problemen ondervinden of riskeren ;
- de hulpverleners - zij bieden hulp bij handelingen in het dagelijks leven ;
- de netwerkprofessionals - zij maken een interdisciplinaire analyse mogelijk en stimuleren een goede samenwerking tussen de thuis optredende partijen.

*In het kader van dit dossier zal de focus uitsluitend worden gelegd op samenwerking tussen thuis optredende professionele partijen, zonder het werk breder in een netwerk rechtstreeks aan te snijden. Dit blijft echter belangrijk in de algemene actie die op het terrein wordt gevoerd.*

---

<sup>7</sup> Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.



## DEEL 2 : HULP- EN ZORGVERLENERS

---

De beroepsbeoefenaar of medisch beroepsbeoefenaar is een « beoefenaar beoogd in het KB 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen alsmede de beroepsbeoefenaar van een niet-conventionele praktijk, zoals beoogd in de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artseneerbereidkunde, de kinesithérapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen. »<sup>8</sup>

De hulpverleners zijn afhankelijk van de bevoegdheden van de deelstaten en zijn verdeeld in verschillende beroepen : sociale huishoudhulp, gezinshulp, thuisoppas, oppas voor zieke kinderen...

### 2.1 Wettelijk kader (statuut)

#### 2.1.a – Gezinshulp

##### Waals Gewest

- Waals wetboek betreffende de sociale zekerheid en gezondheid (decretaal wetboek) van 29 september 2011 - Tweede deel: sectoriële bepalingen - Boek 3 : gezinshulpen - Titel 3 : dienst gezins- en bejaardenhulp (BS. 21.12.2011)
- Waals wetboek betreffende de sociale zekerheid en gezondheid van 4 juli 2013 - Tweede deel : sectoriële bepalingen - Boek 4: gezinshulpen - Titel 4 : dienst gezins- en bejaardenhulp (BS. 24.09.2013)

« De hulp in het dagelijks leven, geleverd door gezins- en bejaardenhulpen, heeft als doel om met de rechthebbenden handelingen in dagelijks leven, zoals bepaald in het statuut van gezinshulp, uit te voeren. »

---

<sup>8</sup> Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

## Vlaamse Gemeenschap

- Decreet van de Vlaamse Raad van 18 juli 2008 met betrekking tot hulp- en zorgverlening (BS. 29.08.2008)

Gewijzigd door het Decreet van de Vlaamse Raad van 6 mei 2011 tot wijziging van het decreet van 18 juli 2008 met betrekking tot de hulp- en zorgverlening (BS. 06.06.2011)

- Decreet van de Vlaamse Raad van 13 maart 2009 over de zorgen en huisvesting (BS. 14.05.2009)

Gewijzigd door het Decreet van de Vlaamse Raad van 18 november 2011 tot wijziging van het decreet over zorgen en huisvesting van 13 maart 2009 betreffende de samenwerking van de lokale autoriteiten bij de toepassing van sommige bepalingen van dit decreet (BS. 23.12.2011)

- Besluit van de Vlaamse Regering van 27 maart 2009 betreffende de zorg- en bijstandsverlening in de thuiszorg (besluit betreffende de zorg- en bijstandsverlening in de thuiszorg) (BS. 12.05.2009)

Gewijzigd door het Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers (BS. 17.12.2009)

Gewijzigd door :

- Besluit van de Vlaamse Regering van 24 september 2010 tot wijziging van de benaming van het intern verzelfstandigd agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin in het intern verzelfstandigd agentschap Zorginspectie (BS. 21.10.2010)
- Besluit van de Vlaamse Regering van 25 februari 2011 tot wijziging van diverse bepaling in de reglementering betreffende de structuren voor zorgverlening en huisvesting (BS.11.04.2011)
- Besluit van de Vlaamse Regering van 16 december 2011 tot wijziging van diverse bepalingen van de reglementering betreffende structuren van zorgverlening en huisvesting, voor wat betreft de uitbreiding van de Vesta naar aanvullende zorg- en bijstandsverlening (BS. 16.01.2012)

Gewijzigd door het Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers. - Bijlage 1 – Dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg (BS. 17.12.2009)

Gewijzigd door :

- Besluit van de Vlaamse Regering van 25 februari 2011 tot wijziging van diverse bepaling in de reglementering betreffende de structuren voor zorgverlening en huisvesting (BS. 11.04.2011)
- Besluit van de Vlaamse Regering van 16 december 2011 tot wijziging van diverse bepalingen van de reglementering betreffende structuren van zorgverlening en huisvesting, voor wat betreft de uitbreiding van de Vesta naar aanvullende zorg- en bijstandsverlening (BS. 16.01.2012)
- Besluit van de Vlaamse Regering van 16 december 2011 tot wijziging van Bijlage I en Bijlage II van het Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers en Bijlage II van het Ministerieel Besluit van 26 juli 2001 tot vaststelling van het bijdragesysteem voor de gebruiker van gezinszorg (BS. 25.01.2012)
- Besluit van de Vlaamse Regering van 22 juni 2012 tot wijziging van diverse bepalingen van het Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, voor wat betreft de programmatie van aanvullende zorg- en bijstandsverlening (BS. 16.07.2012)

Gewijzigd door het Besluit van 18 november 2011 van de Vlaamse Regering tot wijziging van diverse bepalingen van het Besluit van de Vlaamse Regering van 27 maart 2009 betreffende de zorg- en bijstandsverlening (BS.16.12.2011)

« De hulp- of dienstverlening waarbij in de plaats van de gebruiker of personen uit zijn leefomgeving activiteiten van het dagelijkse leven worden verricht die ze zelf zouden uitvoeren als ze daartoe in staat zouden zijn, of waarbij de gebruiker of personen uit zijn leefomgeving worden ondersteund bij de uitvoering van die activiteiten.

De gebruiker is een natuurlijke persoon die vanuit een bepaalde nood, al dan niet vrijwillig, een beroep doet op zorg- en bijstandsverlening. »

## **Brussels Hoofdstedelijk Gewest – COCOF**

- Decreet van 5 maart 2009 betreffende het aanbod van ambulante diensten in de domeinen van de sociale actie, het gezin en de gezondheid (BS 08.05.2009)
- Besluit van de Franse Gemeenschapscommissie van 4 juni 2009 houdende toepassing van het decreet van 5 maart 2009 betreffende het aanbod van ambulante diensten in de domeinen van de sociale actie, het gezin en de gezondheid (BS. 22.07.2009)
- Besluit 2010/551 van 21 oktober 2010 van het College van de Franse Gemeenschapscommissie tot wijziging van het besluit 2009/520 van het College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 14 mei 2009 tot vaststelling van het barema van de begunstigen en het statuut van de gezins-, bejaarden- en huishoudhulpers in de diensten voor huishulp (BS. 23.06.2011)

« De gezinshulp alsook de bejaardenhulp zijn polyvalente beroepslui. De gezinshulp of de bejaardenhulp helpen en begeleiden de begunstigen bij het uitvoeren van hun dagelijkse handelingen. Hij wijst met name op de gevaren die de begunstigde of zijn entourage bedreigen. Hij overlegt met de begunstigde en zijn collega's en werkt samen met alle medisch-sociale actoren die zich bezighouden met de begunstigde. »

## **Brussels Hoofdstedelijk Gewest – GGC**

- Besluit van het Verenigd College van 25 oktober 2007 betreffende de erkenning en de subsidiëringwijze van de diensten voor thuiszorg (BS. 01.02.2008)

« De gezinshulp is het gekwalificeerd personeelslid dat, in samenwerking met de medisch-sociale werkers die de gebruiker omgeven, de gebruikers bijstaat in het verrichten van de activiteiten van het dagelijkse leven. »

## **Deutschsprachige Gemeinschaft**

- Besluit van de regering van de Duitstalige gemeenschap van 15 juni 2001 houdende vastlegging van het statuut van gezins- en bejaardenhulpster (BS. 12.10.2001)
- Decreet van 16 februari 2009 betreffende de huishulpdiensten en houdende oprichting van een consultatiebureau voor huishulp, transmurale en stationaire hulp (BS. 07.05.2009)
- Jaarlijkse beheersovereenkomst (sinds 2010) tussen de Duitstalige Gemeenschap en de vzw Familienhilfe

« De gezins- en bejaardenhulp omvat de rechtstreekse persoonsgebonden hulp, begeleiding en verzorging van de gebruiker die een rechtstreeks verband met zijn fysieke en psychische behoeften heeft (ook het waken bij een zieke hoort erbij). Deze hulp moet de zelfredzaamheid van de gebruiker verhogen. »



## 2.1.b – Polyvalent verzorgende

### *Vlaamse Gemeenschap*

- Besluit van de Vlaamse regering van 10 oktober 2008 tot regeling van de opleiding tot polyvalent verzorgende en de bijkomende opleidingsmodule tot zorgkundige

« De polyvalent verzorgende is een personeelslid dat hulp- en dienstverlening verstrekt op vlak van persoonsverzorging, huishoudelijke hulpverlening, psychologische ondersteuning of algemene pedagogische ondersteuning in het natuurlijke thuismilieu van de gebruiker of binnen een residentiële instelling. »

## 2.1.c – Thuisoppas

### *Waals Gewest*

- Waals wetboek betreffende de sociale zekerheid en gezondheid (decretaal wetboek) van 29 september 2011 - Tweede deel: sectoriële bepalingen - Boek 3: gezinshulpen - Titel 3 : dienst gezins- en bejaardenhulp (BS. 21.12.2011)

- Waals wetboek betreffende de sociale zekerheid en gezondheid van 4 juli 2013 - Tweede deel: sectoriële bepalingen - Boek 4 : gezinshulpen - Titel 4 : dienst gezins- en bejaardenhulp (BS. 24.09.2013)

« De opdracht van de thuisoppasser bestaat in het begeleiden van de rechthebbende die permanent iemand nodig heeft en die zich om gezondheids- of handicapredenen niet alleen kan verplaatsen. Hij zorgt voornamelijk voor een actieve aanwezigheid, dag en nacht en bovenop de entourage van de gerechtigde, en voor de optimalisering van zijn mentaal, lichamelijk en maatschappelijk welzijn via acties waarin zijn statuut voorziet. »

### *Vlaamse Gemeenschap*

De thuisoppasdiensten vormen buurtdiensten voor hulpverlening aan huis ter aanvulling op de hulp door de gewone gezinshulp. De basiswetgeving is dus die van de sociale economie:

- Decreet van de Vlaamse regering van 22 december 2006 houdende de lokale diensteneconomie (BS. 23.02.2007)
- Besluit van de Vlaamse regering van 5 oktober 2007 betreffende de lokale diensteneconomie (BS. 06.11.2007)

Daarbovenop komen verschillende fragmenten van de wetgeving inzake de hulpverlening aan huis :

- Decreet van de Vlaamse Raad van 13 maart 2009 over de zorgen en huisvesting (BS. 14.05.2009)

Gewijzigd door het Decreet van de Vlaamse Raad van 18 november 2011 tot wijziging van het decreet over zorgen en huisvesting van 13 maart 2009 betreffende de samenwerking van de lokale autoriteiten bij de toepassing van sommige bepalingen van dit decreet (BS. 23.12.2011)

- Besluit van de Vlaamse regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers (BS. 17.12.2009)
  - Bijlage 1 – Dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg
  - Bijlage 3 – Oppashulp

« Logistiek personeel : personen, al dan niet tewerkgesteld in een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, die schoonmaakhulp, karweihulp of oppashulp aanbieden. »

« Doelgroepwerknemer : de persoon die schoonmaakhulp, karweihulp en oppashulp uitvoert in het kader van de lokale diensteneconomie. »

« Oppashulp : de hulp- en dienstverlening tijdens de dag of tijdens de nacht, die erin bestaat de gebruiker gezelschap (het in het bijzijn van een gebruiker vertoeven en hem vergezellen bij de activiteiten van het dagelijkse leven) te bieden en toezicht op hem te houden (met aandacht aanwezig zijn in de onmiddellijke nabijheid van de gebruiker, oplettend zijn voor de eventuele behoeften van de gebruiker en als dat nodig is, dringend hulp en bijstand verlenen of professionele zorg of mantelzorg inroepen) bij afwezigheid of ter ondersteuning van de mantelzorg. »

### ***Deutschsprachige Gemeinschaft***

- Decreet van 16 februari 2009 betreffende de thuishulpdiensten en houdende oprichting van een consultatiebureau voor thuishulp, transmurale en stationaire hulp (BS. 07.05.2009)
- Jaarlijkse beheersovereenkomst (sinds 2010) tussen de Duitstalige Gemeenschap en de vzw Familienhilfe

Het begrip thuisoppas is opgenomen in de definitie van gezinshulp, zonder echter specifiek te worden beschreven.

## 2.1.d – Opvang voor zieke kinderen

### *Federatie Wallonië-Brussel*

- Besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 17 december 2014 tot vaststelling van de regelgeving van thuisopvangdiensten van zieke kinderen (2014). (BS. 05.02.2015)

« De dienst: dienst belast met de organisatie van de opvang van zieke kinderen tussen nul en twaalf jaar bij het kind thuis dat ingeschreven is bij de bovenvermelde dienst.

De kinderopvang : de persoon die deel uitmaakt van de personeelsleden van de dienst en die aangesteld wordt door deze om het kind thuis op te vangen.

De opvangdienst voor zieke kinderen zorgt voor de opvang van kinderen die aan een plotselinge en punctuele pathologie lijden en die in hun familiale kring moeten blijven en voor wie een hospitalisatie niet nodig is. De dienst kan uitzonderlijk en tijdelijk een kind opvangen met een handicap of een chronische ziekte, alsook een herstellend kind. »

## 2.1.e – Verpleegkundigen : verpleegkundige

### *Federale staat*

- Koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen (BS. 14.11.1967) (Officieuze coördinatie)
- Koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen (BS. 26.07.1990) (Officieuze coördinatie)

« De verpleegkundige als beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg oefent de verpleegkunde uit. Onder uitoefening van de verpleegkunde wordt verstaan het vervullen van de volgende activiteiten :

**a)**

- het observeren, het herkennen en het vastleggen van de gezondheidsstatus zowel op psychisch, fysisch als sociaal vlak ;
- het omschrijven van verpleegproblemen ;
- het bijdragen aan de medische diagnose door de arts en aan het uitvoeren van de voorgeschreven behandeling ;
- het informeren en adviseren van de patiënt en zijn familie ;
- het voortdurend bijstaan, uitvoeren en helpen uitvoeren van handelingen, waardoor de verpleegkundige het behoud, de verbetering en het herstel van de gezondheid van gezonde en zieke personen en groepen beoogt ;
- het verlenen van stervensbegeleiding en begeleiding bij de verwerking van het rouwproces.

b) de technisch-verpleegkundige verstrekkingen waarvoor geen medisch voorschrift nodig is, alsook deze waarvoor wel een medisch voorschrift nodig is. Die verstrekkingen kunnen verband houden met de diagnosestelling door de arts, de uitvoering van een door de arts voorgeschreven behandeling of met het nemen van maatregelen inzake preventieve geneeskunde.

c) de handelingen die door een arts kunnen worden toevertrouwd. »

## 2.1.f – Verpleegkundigen : zorgkundige

### *Federale staat*

- Koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen (BS.14.11.1967) (Officieuze coördinatie)
- Koninklijk besluit van 12 januari 2006 tot vaststelling van de nadere regels om geregistreerd te worden als zorgkundige (BS. 03.02.2006)  
Gewijzigd door :
  - Koninklijk besluit van 12 november 2009 tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 januari 2006 tot vaststelling van de nadere regels om geregistreerd te worden als zorgkundige (BS. 08.12.2009)
  - Koninklijk besluit van 23 februari 2011 tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 januari 2006 tot vaststelling van de nadere regels om geregistreerd te worden als zorgkundige (BS. 08.03.2011)
- Koninklijk besluit van 12 januari 2006 tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen die handelingen mogen stellen (KB. 03.02.2006)
- Voor de thuiszorg: Koninklijk besluit van 22 november 2013 tot wijziging van artikel 8 van de bijlage van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (Belgisch Staatsblad van 6 december 2013)

« De zorgkundige als beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg is een persoon die specifiek opgeleid is om de verpleegkundige onder haar/zijn toezicht bij te staan inzake zorgverstrekking, gezondheidsopvoeding en logistiek in het kader van de door de verpleegkundige gecoördineerde activiteiten binnen een gestructureerde equipe. »

## 2.2 Opleiding en toegang tot het beroep

### 2.2.a – Gezinshulp

#### Waals Gewest

- Toegang tot het beroep: bekwaamheidsattest van gezinshulp waaruit blijkt dat de betrokkene een van de door de reglementering erkende opleidingen heeft gevolgd in het kader van een van de vier onderstaande trajecten :
  - Secundair onderwijs met volledig leerplan: attest van gezins-sanitaire hulp, attest van gezinshulp, attest van zorgkundige, attest van kinderverzorgster, attest van verpleegaspirant, kwalificatie van assistent in de geriatrie, kwalificatie van onderwijs aan kinderen, kwalificatie van monitor voor kindergemeenschappen
  - Onderwijs voor sociale promotie: attest van polyvalente help(st)er voor dienstverlening aan huis en in groep, attest van gezinshulp, attest van zorgkundige, attest van kinderverzorgster, attest van verpleegaspirant, kwalificatie van assistent in de geriatrie, kwalificatiegetuigschrift van kindershulp
  - Centrum voor alternerende opleiding en onderwijs : dezelfde certificatie als voor het onderwijs met volledig leerplan
  - Opleidingscentrum erkend door het Waals Gewest : bekwaamheidsattest van gezinshulp
  - Ausbildung AFPK (opleiding erkend door de Duitstalige gemeenschap)
- Naast het bekwaamheidsattest moet de gezinshulp in het bezit zijn van een inschrijvingsattest van gezinshulp afgeleverd door de minister van het Waals Gewest die bevoegd is voor beroepsopleidingen

## Vlaamse Gemeenschap

Bij zijn indiensttreding moet de persoon beschikken over een inschrijvingsattest afgeleverd door de administratie op basis van een van de volgende documenten:

a) een van de volgende studiebewijzen, uitgereikt in het studiegebied 'personenzorg', waarbij de minister bepaalt welke opleidingen binnen het studiegebied 'personenzorg' in aanmerking komen :

1) een diploma, een studiegetuigschrift of een certificaat, uitgereikt na het tweede of derde leerjaar van de derde graad van hetzij het technisch secundair onderwijs, hetzij het secundair-na-secundair van de derde graad van het technisch secundair onderwijs (Se-n-Se) ;

2) een diploma in de verpleegkunde, uitgereikt na het derde jaar van de vierde graad van het secundair beroepsonderwijs, of een diploma van gegradueerde uitgereikt na de opleiding verpleegkunde in het hoger beroepsonderwijs (HBO<sub>5</sub>) ;

3) een eindgetuigschrift, een certificaat of een diploma, uitgereikt na een opleiding van het secundair volwassenenonderwijs, gerangschikt als technisch of beroepssecundair onderwijs van de derde graad ;

b) een diploma van het secundair onderwijs in combinatie met een attest dat aantoonst dat de persoon geslaagd is voor een of meer jaren van een opleiding uit het hoger onderwijs. Alleen opleidingen binnen een van de volgende studiegebieden kunnen hiervoor in aanmerking komen :

1) in het hoger onderwijs : het studiegebied gezondheidszorg of het studiegebied sociaalagogisch werk ;

2) in het hoger beroepsonderwijs (HBO<sub>5</sub>) : het studiegebied gezondheidszorg of het studiegebied sociaalagogisch werk ;

3) in het universitair onderwijs : het studiegebied lichamelijke opvoeding, revalidatiewetenschappen en kinesitherapie.

De minister wijst binnen die studiegebieden de opleidingen aan die in aanmerking komen en bepaalt voor elke opleiding het aantal jaren dat de persoon met vrucht beëindigd moet hebben;

c) hetzij een bekwaamheidsattest van polyvalent verzorgende, uitgereikt door een opleidingscentrum dat erkend was op basis van het besluit van de Vlaamse Regering van 28 januari 2000 tot regeling van de erkenning en de subsidiëring van opleidingscentra voor polyvalente verzorgenden, hetzij een bekwaamheidsattest van polyvalent verzorgende of een bekwaamheidsattest van zorgkundige, uitgereikt door een opleidingscentrum dat voldoet aan de voorwaarden, vermeld in het besluit van de Vlaamse Regering van 10 oktober 2008 tot regeling van de opleiding tot polyvalent verzorgende en de bijkomende opleidingsmodule tot zorgkundige ;

d) een bekwaamheidsattest, uitgereikt door een opleidingscentrum dat erkend is door de Franse of de Duitstalige Gemeenschap, en dat opleidingen organiseert die zowel naar inhoud als naar niveau gelijkwaardig zijn aan de opleidingen van een opleidingscentrum als vermeld in c) ;

e) een buitenlands studiebewijs, op voorwaarde dat het door het Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming gelijkwaardig wordt verklaard met een Vlaams studiebewijs als vermeld in a) of b) ;

f) een conformiteitsattest, uitgereikt met toepassing van artikel 7 tot en met 11 van het besluit van de Vlaamse Regering van 27 maart 2009 tot uitvoering van het decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening in de thuiszorg.

### **Brussels Hoofdstedelijk Gewest – COCOF**

- Toegang tot het beroep: bekwaamheidsattest van gezinshulp waaruit blijkt dat de betrokkene een van de door de reglementering erkende opleidingen heeft gevolgd in het kader van een van de vier onderstaande trajecten :
  - Hoger technisch secundair onderwijs met volledig leerplan : attest van verpleegaspirant, attest van opvoeder gerontologie
  - Hoger secundair beroepsonderwijs met volledig leerplan : attest van gezins-sanitaire hulp, attest van kinderverzorging
  - Hoger middelbaar onderwijs voor sociale promotie : attest van polyvalente help(st)er voor dienstverlening aan huis en in groep, attest van gezinshulp
  - Opleidingscentrum erkend door de COCOF : bekwaamheidsattest van gezinshulp
  - Registratiegetuigschrift uitgereikt door het RIZIV voor verplegingshulp
  - Buitenlands diploma, attest of getuigschrift dat hiermee gelijkgesteld wordt door een lid van het college van de COCOF
  - Bekwaamheidsattest dat dateert van voor 1 juli 1990
- Naast het bekwaamheidsattest moet de gezinshulp in het bezit zijn van een inschrijvingsattest van gezinshulp afgeleverd door een lid van het College van de COCOF



### **Brussels Hoofdstedelijk Gewest – COCOM**

- Toegang tot het beroep : diploma afgeleverd door een Gemeenschap, een Gewest of de Franse Gemeenschapscommissie of gelijkwaardig diploma (lijst met diploma's kan worden vastgesteld door de ministers)
- De Administratie moet een bekwaamheidsattest afleveren, door middel van bepaalde te verstrekken documenten (eensluitend afschrift van het diploma, bewijs van goed gedrag en zeden, recente foto, medisch attest van bekwaamheid voor de functie en afschrift van het arbeidscontract)

### **Deutschsprachige Gemeinschaft**

Toegang tot het beroep :

- bekwaamheidsattest afgeleverd door de Duitstalige gemeenschap
- AFPK (Ausbildung Familien- & Seniorenhelfer/in und Pflegehelfer/in)
- middelbaar beroepsonderwijs : van 6<sup>e</sup> jaar « Familienhilfe » gezinshulp (Institut Maria Goretti in Saint-Vith en Institut Robert Schuman in Eupen)
- attest afgeleverd door het Waals gewest of de Vlaamse gemeenschap

## **2.2.b – Polyvalent verzorgende**

### **Vlaamse Gemeenschap**

- Toegang tot het beroep : getuigschrift van bekwaamheid van polyvalent verzorgende, conform het model dat door de VDAB (opleidingscentrum) wordt voorgeschreven
- Onderwijsniveau : gelijkgesteld met het attest afgeleverd na de opleiding van verzorgende van de derde graad van het secundair beroepsonderwijs in het voltijds onderwijs

## 2.1.c – Thuisoppas

### *Waals Gewest*

- Dezelfde voorwaarden als voor de gezinshulp.

### *Vlaamse Gemeenschap*

- Er zijn geen bijzondere eisen om de diploma's te bepalen voor toegang tot het beroep: alle kwalificaties van ongeschoold tot diploma's, eindgetuigschriften of getuigschriften van het secundair onderwijs, met inbegrip van het secundair na secundair onderwijs (Se-n-Se) of het secundair volwassenenonderwijs, worden aanvaard.

### *Deutschsprachige Gemeinschaft*

Toegang tot het beroep :

- bekwaamheidsattest afgeleverd door de Duitstalige gemeenschap
- AFPK (Ausbildung Familien- & Seniorenhelfer/in und Pflegehelfer/in)
- middelbaar beroepsonderwijs: van 6<sup>e</sup> jaar « Familienhilfe » gezinshulp (Institut Maria Goretti in Saint-Vith en Institut Robert Schuman in Eupen)
- attest gezinshulp afgeleverd door het Waals gewest of de Vlaamse gemeenschap
- beroepsonderwijs van 7<sup>e</sup> jaar « Pflegehilfe » gezinshulp (Institut Maria Goretti in Saint-Vith en Institut Robert Schuman in Eupen)
- Zorgkundige

## 2.2.d – Kinderverzorgster – Opvang voor zieke kinderen

### *Federatie Wallonië-Brussel*

- De personen die zorgen voor de opvang van kinderen, leveren het bewijs van hun opleiding als kinderverzorgster of van een kwalificatie erkend door het besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 5 mei 2004 betreffende de erkenning van de opleidingen en kwalificaties van het personeel van opvangvoorzieningen bepaald bij het besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 27 februari 2003 houdende algemene reglementering inzake opvangvoorzieningen. Ze moeten ook het bewijs leveren van hun opleiding in eerste hulpzorg zodat ze de verslechteringsymptomen van de gezondheidstoestand van het kind kunnen opsporen en het hoofd bieden aan de noodtoestanden..

## 2.2.e – Verpleegkundigen : verpleegkundige

### *Federale staat*

- Toegang tot het beroep :
  - Titel van bachelor in de verpleegkunde: onderwijs met volledig leerplan – hoger onderwijs – met minstens 3 studiejaren of zijn equivalent in het onderwijs voor sociale promotie, georganiseerd in een schoolinstelling die wordt erkend door de bevoegde overheid
  - Brevet van ziekenhuisverpleger: onderwijs met volledig leerplan – aanvullend secundair onderwijs – met minstens 3 studiejaren of zijn equivalent in het onderwijs voor sociale promotie, georganiseerd in een schoolinstelling die wordt erkend door de bevoegde overheid
- De bewijzen en brevetten moeten vooraf worden geïnspecteerd door de geneeskundige commissie die bevoegd is overeenkomstig de plaats waar de verpleegkundige zich wenst te vestigen.
- Om thuisverpleging te kunnen doen, moet de verpleegkundige een RIZIV-nummer hebben.

## 2.2.f – Verpleegkundigen : zorgkundige

### *Federale staat*

- Toegang tot het beroep: kwalificatiegetuigschrift van zorgkundige of een getuigschrift van hoger secundair onderwijs van zorgkundige volgens een van de volgende drie trajecten :
  - Gewoon onderwijs met volledig leerplan
  - Gewoon alternerend onderwijs
  - Gewoon onderwijs voor sociale promotie
  
- De getuigschriften moeten vooraf worden geïnspecteerd door de geneeskundige commissie die bevoegd is overeenkomstig de plaats waar de zorgkundige zich wenst te vestigen. Voordat het visum wordt verleend, gaat de Erkenningscommissie van de Federale Raad voor Verpleegkunde na of de betrokkene beantwoordt aan de modaliteiten voor de registratie als zorgkundige, overeenkomstig de modaliteiten vastgesteld door de Koning, na advies van de Nationale raad voor Verpleegkunde.
  
- Om thuisverpleging te kunnen doen, moet de zorgkundige een RIZIV-nummer hebben.

## 2.3 Verantwoordelijkheden

### 2.3.a – Functionele relatie tussen de verpleeg- en de zorgkundige

De zorgkundige kan de activiteiten van verpleegkundigen slechts uitvoeren in de mate waarin een verpleegkundige deze aan hem heeft gedelegeerd. Deze activiteiten blijven onder de bevoegdheid van de verpleegkundige vallen. De verpleegkundige kan deze delegatie te allen tijde beëindigen.

Andere activiteiten, die niet onder het domein van de eigenlijke verpleegkundige verstrekkingen vallen, kunnen altijd worden uitgevoerd door de zorgkundige (onderhouden en opruimen van het zorgmateriaal, ontsmetting van het bed...).

Anderzijds moet de zorgkundige binnen een gestructureerde equipe en onder de controle van een verpleegkundige werken.

#### **De gestructureerde equipe moet minstens aan de volgende criteria voldoen :**

- de verdeling van de verpleegkundigen in de gestructureerde equipe moet zodanig zijn dat ze de activiteiten van de zorgkundigen kunnen controleren
- de gestructureerde equipe moet de continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening garanderen
- de gestructureerde equipe organiseert het gemeenschappelijke overleg over de patiënten in het kader waarvan het is overgegaan tot een evaluatie van het zorgplan en, in voorkomend geval, tot een aanpassing ervan
- de gestructureerde equipe voert een samenwerkingsprocedure in tussen de verpleeg- en de zorgkundige
- de gestructureerde equipe geniet van een permanente opleiding

**Voor de sector van de thuisverpleging wordt de gestructureerde equipe gedefinieerd door artikel 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen<sup>9</sup> als een equipe die :**

- een uniek derdebetalersnummer gebruikt ;
- maandelijks bestaat uit minstens 4 gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundigen :
  - togetreden is tot de nationale overeenkomst ;
  - verpleegkunde in hoofdberoep in de thuisverpleegkunde uitvoert ;
  - die voor elke maand gezamenlijk minstens 4000 W-waarden aan verstrekkingen uit artikel 8 attesteert (buiten de verstrekkingen waarbij zorgkundigen de verzorging geheel of gedeeltelijk hebben uitgevoerd) en dit tijdens een periode van 6 maanden voorafgaand aan de maand waarin een geattesteerde verstrekking werd verleend door een zorgkundige ;
  - en die daadwerkelijk heeft meegewerkt aan een aspect van de zorg van de patiënten, met uitsluiting van administratieve of coördinerende aspecten.
- interne afspraken heeft gemaakt ;
- het RIZIV een verklaring op erewoord heeft bezorgd.

**De controle uitgevoerd door de verpleegkundigen van de gestructureerde equipe omvat de volgende elementen :**

- de zorgkundige moet op de dag zelf verslag uitbrengen aan de verpleegkundige over zijn activiteiten ;
- de verpleegkundige moet erover waken dat de zorg, de gezondheidsvoorlichting en de logistieke activiteiten die hij heeft gedelegeerd op een correcte manier worden uitgevoerd ;
- het aantal zorgkundigen dat onder de controle van de verpleegkundige werkt, hangt af van het voorziene personeel voor de gestructureerde equipe, van de complexiteit van de zorg en de stabiliteit van de toestand van de patiënten ;
- de fysieke aanwezigheid van de verpleegkundige bij de uitoefening van de activiteiten van de zorgkundige is niet vereist ;
- de verpleegkundige moet bereikbaar zijn om informatie en onmisbare ondersteuning aan de zorgkundige te geven ;
- de zorgkundige werkt, binnen de perken van zijn kwalificatie en zijn opleiding, mee aan het bijhouden van het verpleegkundig dossier voor elke patiënt.

---

<sup>9</sup> Koninklijk besluit van 22 november 2013 tot wijziging van artikel 8 van de bijlage van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (Belgisch Staatsblad van 6 december 2013)

**In het kader van de delegatie vastgelegd in het koninklijk besluit van 12 januari 2006, worden de volgende verduidelijkingen gedefinieerd in artikel 8 van de nomenclatuur van de bovenvermelde geneeskundige verstrekkingen voor de sector van de thuisverpleging :**

- de zorgkundigen mogen maximum 25 % van de basisverstrekkingen verrichten uitgevoerd door de gestructureerde equipe, zowel in het kader van de forfaits als de verstrekkingen per handeling verricht door de equipe in de loop van een kalendermaand ;
- de verpleegkundige moet controlebezoeken verrichten. Tijdens dit controlebezoek moet de verpleegkundige controleren of de delegatie correct verloopt en de verpleegkundige moet zelf de nodige zorg verstrekken tijdens dit bezoek, eventueel in aanwezigheid van de zorgkundige ;
- Het minimaal aantal controlebezoeken is vastgelegd op eenmaal per maand voor elke patiënt bij wie een zorgkundige activiteiten van verpleegkundigen uitvoert, behalve :
  - in het kader van de forfaits A waarbij minstens tweemaal per maand een controlebezoek moet worden uitgevoerd ;
  - in het kader van de forfaits B waarbij minstens viermaal per maand een controlebezoek moet worden uitgevoerd ;
  - in het kader van de forfaits C waarbij minstens elke dag een controlebezoek moet worden uitgevoerd.
- De frequentie en de momenten van deze controlebezoeken moeten geschikt zijn vanuit het oogpunt van de zorgsituatie van de patiënt en worden gemotiveerd in het verpleegkundig dossier.

### 2.3.b – Hiërarchische relatie tussen de verantwoordelijke voor de begeleiding en de werknemers voor hulp in het dagelijks leven

De activiteiten voor hulp in het dagelijks leven worden uitgevoerd onder toezicht van een verantwoordelijke voor de begeleiding (sociaal assistent; of gegradueerde sociaal verpleegkundige; of gegradueerde verpleegkundige met specialisatie in gemeenschapsgezondheid of volksgezondheid; of professionele bachelor met psychomedeico-sociale oriëntatie; of houder van een graduaat of een baccalaureaat in verpleging of sociale wetenschappen).

De verantwoordelijke voor de begeleiding maakt deel uit van het omkaderingspersoneel dat fungeert als sociale en administratieve tussenpersoon (tussen de tussenkomende partij thuis en de directie) en valt onder de verantwoordelijkheid van de directie.

Hij vertegenwoordigt de spil van de thuishulp- en thuiszorgstructuur omdat hij de interface is tussen de tussenkomende partij en de rechthebbende en garandeert de waarden die de hulprelatie ondersteunen.

Zijn opdrachten worden hoofdzakelijk opgedeeld in 3 punten :

- Opvolging van de rechthebbenden: hij organiseert de hulp en de verstrekkingen aan huis, evalueert de behoeften van de persoon en waakt over het goede verloop van het hulpprogramma.
- Teambeheer : hij omkadert, beheert en verzekert de opvolging van een of meer teams van tussenkomende partijen aan huis.

De subsidiërende overheden leggen normen op voor de omkadering van de teams. Deze normen zijn een minimale te respecteren basis.

In het Waalse Gewest voor de gezinshulp: 0,026 FTE sociaal assistent / 1000 uren gesubsidieerd (op basis van de activiteit van het vorige jaar), met een minimum van 0,25 FTE sociaal assistent (hetzij 1 FTE sociaal assistent / 24 FTE gezinshulp); voor de thuisoppassen: 0,038 FTE sociaal assistent / 1 FTE thuisoppas (hetzij 1 FTE sociaal assistent / 26 FTE thuisoppas).

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest voor de gezins- en de huishoudhulp: 0,25 FTE sociaal assistent / 5 FTE gezins- of huishoudhulp (hetzij 1 FTE sociaal assistent / 20 FTE gezins- of huishoudhulp).

In de Duitstalige Gemeenschap: er wordt geen enkele omkaderingsnorm opgelegd, omdat het toepassingsbesluit van het decreet niet bestaat. Merk ter informatie op dat, in een van de besluitontwerpen, de vermelde norm een 1/2 FTE sociaal assistent was voor 12 500 gepresteerde uren bij de rechthebbende, en voor elke aanvullende schijf van 7500 uren ¼ extra FTE.

- Administratie en beheer: hij verzekert het administratieve beheer van de opdrachten die hem zijn toevertrouwd vanuit een bekommernis van coherentie, in functie van de doelstellingen die door de directie zijn vastgelegd en volgens de wettelijke principes die door de overheden zijn gedefinieerd.



## DEEL 3 :

### DE THUISZORGSECTOR : VASTSTELLING, OBSTAKELS EN BEDREIGINGEN

---

#### 3.1 Een versnipperde evolutie van de beroepen

Al sinds mensenheugenis werpt de kwestie van de integratie van de verschillende professionals in de thuiszorg vragen op en zaait deze tweedracht. Iedereen heeft de neiging zijn actiegebied te verdedigen en er zijn er weinig die zich eenvoudigweg binnen duidelijk gedefinieerde professionele grenzen bevinden en dus duidelijk van toepassing zijn.

De wetgeving is niet uniform in functie van de verdeling van de bevoegdheden tussen de federale entiteit en de deelstaten. De zorgsector valt onder de federale staat terwijl de sector van hulp in het dagelijks leven onder de deelstaten valt. Feitelijk manifesteert zich zeer weinig interactie tussen deze verschillende beleidsniveaus, wat een reële continuïteit tussen hulp en zorg op het terrein soms moeilijk maakt. Bovendien heeft de geleidelijke evolutie van de wetgeving ons soms naar conflicten tussen teksten en bevoegdheden geleid, die soms gericht zijn op een andere semantiek, maar die feitelijk handelingen vertegenwoordigen die niet merkbaar anders zijn.

Meer nog, in de verschillende deelstaten wordt de materie van de thuiszorg anders behandeld, wat leidt tot verschillen voor eenzelfde functie, ongeacht of deze in het noorden, het zuiden, in de hoofdstad of in de Duitstalige gemeenschap wordt uitgeoefend!

De laatste jaren werden deze moeilijkheden versterkt door het opduiken van nieuwe beroepen in de sector van de thuiszorg zoals de thuisoppas of de zorgkundige. We hebben geleidelijk aan gekozen voor de diversificatie van de functies in plaats van voor polyvalentie, wat beantwoordt aan kwaliteits- en efficiëntiedoelstellingen. Het is echter betreurenswaardig dat ook hier deze evolutie niet steeds gepaard ging met voldoende aandacht voor de complementariteit tussen de beroepen.

De verwarring tussen de beroepen in de hulp- en de zorgsector is een tastbaar feit. En binnen elke subsector blijven er misverstanden bestaan tussen de beroepen omdat elk beroep zijn arbeidsterrein wil beschermen.

## 3.2 Een doolhof van verstrekkingen voor de rechthebbende

Als de thuishulp en -zorg niet zouden bestaan, kan men zich gemakkelijk de moeilijke weg van de afhankelijke persoon inbeelden. En zolang die afhankelijkheid er niet is, kruisen weinig mensen het pad van zowel de thuishulp als de -zorg. Wanneer ze dan deze wereld van de gezondheidszorg moeten binnentreden, moeten ze vaak een lang doolhof door om de werking ervan te begrijpen: verschillende beroepen voor verschillende uit te voeren handelingen, zoveel onzekerheid voor de rechthebbende over wat eenieder mag of niet mag doen.

Het is daar dat het werken aan de informatieverstrekking en de coördinatie van het netwerk zijn volle betekenis ontplooit: de juiste aanwijzingen geven op het juiste moment aan de juiste persoon. Maar dit werk is soms nog moeilijk en niet voldoende ontplooid, wegens gebrek aan tijd en middelen.

De integratie van de hulp- en zorgactiviteiten is een tool die we continu moeten verbeteren voor een optimaal antwoord op de vragen van de rechthebbenden. De beroepen in het kader van thuiszorg moeten worden gevaloriseerd met het oog op hun unieke en aanvullende eigenschappen. De informatietoegang is een grote uitdaging die we moeten grijpen. Men moet mensen de informatie die ze nodig hebben kunnen aanreiken, door deze aan te passen in functie van de levensomstandigheden.

## 3.3 Een doolhof van zorgverleners voor de rechthebbenden: een zorgwekkende toename van zwartwerk of bedrijven met handelsdoeleinden

Formules voor zwart werk, hoofdzakelijk op het niveau van de taken voor hulp in het dagelijkse leven, nemen buitensporig toe met een snelheid die bijna oncontroleerbaar is geworden.

Bovendien positioneren bedrijven zich steeds meer en bieden ze hulpverlening aan huis aan (24 uur op 24, 7 dagen op 7) verricht door personen uit andere landen zoals Bulgarije, Polen of Zuid-Afrika. De prijs van dergelijke diensten schommelt van 900 euro tot bijna 2000 euro per maand.

Het feit dat deze bedrijven zichzelf promoten door herhaaldelijk reclame te maken waarbij wordt bevestigd dat het wettelijk kader wordt nageleefd, is een nieuw element dat de uitdaging van de thuiszorg en de ethische vraagstelling bewijst die we moeten hebben om de kwaliteit van de verstrekkingen ten dienste van de rechthebbenden te verzekeren.

Wegens een gebrek aan een politieke visie en middelen, kan het zijn dat wie een beroep doet op dit soort hulp steeds meer op zichzelf aangewezen is, en zal deze hulp altijd gunstiger blijven voor de meest welgestelden inzake financiële en sociale middelen. Deze praktijk zet ook de deur open voor misbruiken van allerlei aard en voor risico's op mishandeling (fysieke, financiële en/of geestelijke), steeds ten nadele van de meest kwetsbare personen.

### 3.4 Sommige hulpverstrekkingen in het dagelijks leven verricht door de verpleegkundigen

De groei van de hulpverlening aan huis gebeurde geleidelijk aan in de loop van de laatste eeuw in een context van toenemende nuclearisering van de gezinnen, geleidelijke afname van de familiale en buurtsolidariteit (en dus nam de eenzaamheid van de mensen toe), steeds complexer wordende samenhang tussen het beroeps- en privéleven en vergrijzing van de bevolking.

De actie van de sociale verenigingen werd snel erkend door de overheid (oprichting van coördinatiecentra in de jaren 90) en de financiering van de thuishulpverlening die geleidelijk aan werd gewaarborgd, evenals een regelgevingskader dat werk en dienstverlening aan de bevolking garandeerde.

Door de invoering van deze acties kon geleidelijk aan een steeds vollediger reactie worden ontwikkeld om te voldoen aan de steeds sterker gediversifieerde behoeften voor hulp in het dagelijks leven.

In de sector van de thuisverpleging stellen we daarentegen vast dat de verpleegkundigen regelmatig verstrekkingen blijven verrichten die kunnen worden beschouwd als hulp in het dagelijks leven van de rechthebbenden. Toch worden ze beschouwd als technische verstrekkingen van de verpleging.

De verklaring van deze situatie ligt in de geschiedenis van twee onderdelen van het beroep van verpleegkundige :

- het koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen ;
- de thuisverzorging van rechthebbenden.

Er werden wetten gemaakt rond de lijsten met technische verpleegkundige verstrekkingen en met medische handelingen die door een arts aan een beoefenaar van de verpleegkundige kunnen worden toevertrouwd in het kader van een ziekenhuisomgeving waar een patiënt in een acute of subacute fase wordt opgevangen. De lijsten voorzien al verschillende jaren geen verzorging van chronische patiënten : zelfs therapeutisch per os, aanbrengen van kousen bestemd om aderaandoeningen te voorkomen en/of te behandelen...

Na de tweede wereldoorlog was de verpleegkundige de eerste professional die naar de rechthebbenden thuis ging. Omdat ze de enige professional aan huis was, verzorgde ze de rechthebbenden in hun geheel zonder zich te bekommeren om het feit of de verstrekkingen onder hulp of onder gezondheidszorg vielen: de verpleegkundige « ... heeft tot doel te dienen, maar deze dienstverlening die tot dan toe ter beschikking was van de armen en de

zieken, gaat, door de ontwikkeling van de geneeskunde, geleidelijk aan veranderen van richting »<sup>10</sup>. Logischerwijs wordt voor deze verstrekkingen een honorarium toegekend met een terugbetaling in het kader van de verplichte verzekering zonder de vraag te stellen of deze verstrekkingen onder hulp of gezondheidszorg vielen.

Op grond van de evolutie in de veroudering van de bevolking en de toename van de thuiszorg, is het noodzakelijk de verpleegkundigen aan te moedigen verstrekkingen te verrichten die onder hun kwalificatie vallen en de hulpverstrekkingen over te laten aan de professionals in deze sector.

De evolutie van de beroepen van verpleegkundigen in de buurlanden van België zet ons ertoe aan te denken dat nieuwe activiteiten voor verpleegkundigen zich enkel kunnen ontplooiën als zij, in het kader van een interprofessionele samenwerking, stoppen met verstrekkingen die onder een hulpcontext vallen.

### 3.5 Een te beperkte opleiding voor een implementatie van de activiteiten van de zorgkundige

Het koninklijk besluit van 12 januari 2006 tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen die handelingen mogen stellen, laat zorgkundigen toe om 18 handelingen van verpleegkundigen te stellen onder de controle en het toezicht van een verpleegkundige binnen een gestructureerde equipe.

Deze minimalistische lijst is de consensus die is ontstaan uit de besprekingen, voorafgegaan aan de publicatie van dit koninklijk besluit, tussen de beroepsverenigingen van verpleegkundigen en de Minister van Volksgezondheid; want de activiteiten van verpleegkundigen die door de zorgkundigen worden gedaan, moeten verplicht overeenkomen met een eensluidend advies van de Technische Commissie voor Verpleegkunde. Tijdens deze besprekingen vreesden de beroepsverenigingen van verpleegkundigen een daling van de kwaliteit van de verpleging.

Negen jaar na de publicatie van dit koninklijk besluit onderzoeken verschillende actoren in de verpleging de mogelijkheid om de lijst met 18 activiteiten van verpleegkundigen die door zorgkundigen kunnen worden uitgevoerd, uit te breiden. Deze vaststelling wordt ook naar voor geschoven door de werkgroep « hulp en zorg » tussen de federale staat en de deelstaten als gevolg van de werkzaamheden inzake de opstelling van de drie bovengenoemde protocolakkoorden.

In januari 2014 heeft de Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken een verzoek om advies geformuleerd aan de Technische Commissie voor Verpleegkunde om de lijst met de 18 activiteiten van verpleegkundigen die kunnen worden uitgevoerd door de zorgkundige uit te breiden. Deze heeft in juni 2014 een negatief advies uitgebracht en gaf het volgende aan : « *Het zou in de toekomst mogelijk moeten zijn om aan zorgkundigen meer activiteiten toe te vertrouwen en deze wettelijk uit te breiden, na een aanpassing van de opleiding* ».

---

<sup>10</sup> "Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers », Collière Marie-Françoise, Édition Elsevier/Masson, Parijs, 1998

### 3.6 Het gebrek aan erkenning van het beroep van thuisoppas

Het beroep van thuisoppas is een schakel die in België vandaag onvoldoende ontwikkeld is voor continuïteit in de thuisbegeleiding.

Bij afwezigheid van een algemene en gefinancierde erkenning van het beroep, blijft zwartwerk bestaan en ontplooiën commerciële bedrijven deze activiteit. De misbruiken die uit deze niet-aangegeven verstrekkingen of verstrekkingen met winstoogmerk voortvloeien (buitensporige uurtarieven die van de rechthebbende worden gevorderd, niet-naleving van de sociale wetgeving door de werkgever, afwezigheid van of gebrek aan vaardigheden van de werknemers, enz.), maken professionelere en respectvollere antwoorden voor de rechthebbenden noodzakelijk.

Bovendien zijn zonder sterkere ondersteuning van de overheid de kosten voor de rechthebbende zwaar, of zelfs onbetaalbaar voor sommige bevolkingscategorieën, vooral als er om langdurige, intensieve en/of nachtelijke hulpverlening wordt verzocht.

De uitdagingen van deze erkenning zijn niet zinloos. Het is dus noodzakelijk om in deze activiteit te investeren ter vermijding van een toegenomen splitsing van de maatschappij waarin een vroegtijdige opname in een rusthuis enkel de weerspiegeling zou zijn van verschillende socio-economische realiteiten en niet van de gezondheidstoestand..

### 3.7 Het gebrek aan erkenning van het beroep van huishulp

Het begin van de afhankelijkheid begint meestal met de behoefte aan hulp voor het onderhoud van het huishouden. Deze taken worden toevertrouwd aan hetzij iemand van gezinshulp indien deze samengaan met hulp bij activiteiten van het dagelijkse leven, hetzij aan iemand van de sector huishoudhulp.

Het is momenteel onontbeerlijk om het beroep van huishoudhulp te structureren binnen een context van hulp aan gezinnen en ouderen en als een volwaardig beroep te beschouwen: met een financieel kader betaald door de overheid, een bijdragebarema voor de rechthebbenden, een sociale omkadering aangepast aan deze kwestie van afhankelijkheid en een opleidingsparcours dat de kwalificaties van de mensen ontwikkelt.

Wat dat betreft moet de overdracht van de activiteit met dienstencheques het ogenblik zijn waarop de concurrentie ophoudt tussen het beroep van huishoudhulp met dienstencheques en het beroep van gezinshulp... een concurrentie die het eerste symptoom is van de commercialisering van de nabijheidsdiensten, met alle nefaste gevolgen voor de kwaliteit van de tewerkstelling en van de diensten. We maken er inderdaad een punt van om een onderscheid te maken tussen de activiteiten die tot de gezinshulp behoren en de activiteiten verbonden aan dienstencheques. Voor het grote publiek is dit onderscheid niet altijd even duidelijk. Dit fenomeen wordt nog versterkt door het feit dat voor het sommige rechthebbenden het financieel interessanter is een beroep te doen op dienstencheques in plaats van op gekwalificeerde gezinshulp. Dit houdt het risico in dat de gefragiliseerde personen zouden kunnen genieten van een onaangepaste dienstverlening, verstrekt door mensen die onvoldoende opgeleid en omkaderd zijn.

In deze optiek is de overdracht van competenties een opportuniteit om minstens een deel van de middelen van deze politiek van gesubsidieerde tewerkstelling over te dragen aan de sector van de sociale economie, om ervoor te zorgen dat overheidssubsidies ten dienste zouden staan van een reële tewerkstellingspolitiek en een kwalitatief aanbod van diensten aan huis. Er moet een overdacht van budgetten plaatsvinden en er moet een duidelijk kader gecreëerd worden om een werkelijk sociale begeleiding van de afhankelijkheid en de daarbij behorende gezondheidskwesties mogelijk te maken.

## 3.8 Een paar voorbeelden van controversiële prestaties

### 3.8.a – De verstrekking van hygiënische zorgen

Indien er iets is dat banaal lijkt, maar het helemaal niet is, zijn het toch wel de hygiënische zorgen. Reeds heel lang zijn de professionele zorgverleners begaan met deze delicate kwestie.

Wettelijk gezien mogen de hygiënische zorgen toegediend worden door zowel een verpleegkundige, een hulpverpleegkundige, een polyvalent verzorgende, iemand van gezinshulp als door een medewerker van de thuisoppas. Deze beroepsbeoefenaars kregen inderdaad de aangepaste opleiding om een toiletbeurt toe te dienen.

In 2014 gaf de Technische Commissie voor Verpleegkunde een advies aangaande de interpretatie van hygiënische zorgen die vallen onder de competentie van een beoefenaar van de verpleegkunde :

Interpretatie van de technische verpleegkundige verstrekking : « hygiënische verzorging van patiënten met een disfunctie van de ADL ». Het gaat om een ADL-disfunctie bij personen die :

- *ofwel bedoeld zijn in de wettelijke definitie van « patiënt » : de natuurlijke persoon aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt, al dan niet op eigen verzoek; gezondheidszorg zijnde diensten in verband met gezondheid door beroepsbeoefenaars bedoeld in het K.B. nr. 78 of de niet-conventionele praktijken.  
(Wet patiëntenrechten van 22 augustus 2002, art. 2) ;*
- *ofwel personen bij dewelke een arts of een verpleegkundige na een evaluatie van hun toestand een nood aan zorgen door een beroepsbeoefenaar vaststelt. De verpleegkundige dient de mogelijkheid te krijgen deze nood te beoordelen tijdens een « verpleegkundig consult ».*

Binnen het RIZIV werden er beslissingen genomen om de honoraria voor bepaalde hygiënische zorgen, die kunnen gebeuren zonder specifieke tussenkomst van een gezondheidsdeskundige, af te schaffen, maar het RIZIV stelt tezelfdertijd voor om de gezondheidstoestand van de begunstigde regelmatig te evalueren. Deze beslissingen zijn echter betwist en zullen afhangen van de oriëntaties die worden genomen door de regering. Deze beslissingen zullen eveneens onvermijdelijk een impact hebben op de financiering van de sector van de thuishulp: de activiteit zal slechts kunnen uitgevoerd worden door gezinshulp of de thuisoppas, op voorwaarde dat de sector de middelen zal krijgen om dit te doen.

De financiële evolutie heeft onvermijdelijk een invloed op de inter-professionele samenwerking tussen de verpleegkundige zorgen en de huishoudhulp, alsook op het welzijn van diegenen die hygiënische verzorging krijgen.

Nochtans is kiezen voor een transferprocedure van de hygiënische zorgen, voor de personen die weinig afhankelijk zijn, van de verpleegkundige zorgen naar de dagelijkse thuishulp een intelligente, geïntegreerde benaderingswijze van de hulp en de zorgen om een adequaat antwoord en een kwaliteitsdienst te bieden aan de rechthebbenden.

Het is er ook op gericht dat iedere beroepsbeoefenaar de competenties, waarvoor hij werd opgeleid, maximaal ontplooit.

Dit schept voor die mensen, in functie van hun behoeften, de mogelijkheid te beschikken over een zorgdeskundige die langer in het woonhuis blijft en eveneens andere opdrachten in het kader van hulp bij activiteiten van het dagelijks leven op zich neemt. En dit laat de verpleegkundigen toe meer tijd te besteden aan de meer afhankelijke rechthebbenden die veelvuldige en complexe zorgen nodig hebben.

### **3.8.b – De tenlastename van de toediening van geneesmiddelen door de thuishulpsector**

Momenteel moeten de gezinshulp en de thuisoppassing zorgen voor de correcte inname van geneesmiddelen, maar mogen in geen geval geneesmiddelen klaarmaken in een pillendoosje of de patiënt aanmoedigen om een geneesmiddel te nemen dat niet is voorgeschreven door een dokter.

Wat betreft de oppassing van zieke kinderen is de situatie complexer, vermits ze belast zijn met de oppassing van minderjarige kinderen die meestal tijdens de dag, en dus tijdens de afwezigheid van de ouders, een behandeling moeten volgen. De oppassingsdiensten voor kinderen hebben er een gewoonte van gemaakt om aan de ouders een ontheffing te vragen (een attest van de geneesheer met de voorgeschreven medicamenteuze opvolging), maar de situatie is niet bepaald helder en niet risicoloos voor de zorgverlener.

Het protocolakkoord van 24 februari 2014 geeft in punt 8 aanduidingen over de rol van de zorgverleners wat betreft de geneesmiddelenkwestie. Helpen bij het toedienen van de orale geneesmiddelen voorgeschreven door een arts, het controleren van de geneesmiddeleninname, de bevordering van therapietrouw en regelmatige inname, mag slechts op twee voorwaarden door een zorg- en bijstandsverlener :

- in het kader van Koninklijk Besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen ;
- indien er een duidelijk en geschreven akkoord bestaat (bijvoorbeeld in het sociaal dossier) tussen een zorg- en bijstandsverlener en de hulp- en begeleidingsdienst van de gebruiker.

Dit punt specificeert dus dat een zorg- en bijstandsverlener nooit op zelfstandige manier mag beslissen om activiteiten die verband houden met het nemen van geneesmiddelen uit te voeren.

Niettegenstaande datgene wat er in punt 8 is opgenomen, verplicht het punt 7 de zorg- en bijstandsverlener er permanent op toe te zien of er geen bijwerkingen van de medicatie optreden. De zorgverlener moet in dat geval onmiddellijk contact opnemen met de verpleegkundige of met persoon die verantwoordelijk is voor de gebruiker.

Dit protocol bewijst dat het probleem van geneesmiddeleninname niet gering is en met de grootste waakzaamheid moet worden behandeld.

### 3.8.c – Slikstoornissen

Het verzorgen van gebruikers met problemen tijdens het eten of drinken, en meer bepaald disfagie (wat men gemeenlijk slikstoornissen noemt), is vandaag meer dan ooit een betwiste tussenkomst binnen de sector van de thuiszorg.

Alleen een arts of een logopedist is bevoegd om vast te stellen of de gebruiker effectief aan disfagie lijdt of indien er « eenvoudigweg » sprake is van een risico van verslikken.

De gezinshulp of de thuisoppas moet een antwoord bieden op de noden van de persoon. Maar hij heeft noch de middelen, noch de competentie om aan al deze noden te beantwoorden. Hij kan dus geen antwoord bieden op vragen die niet tot zijn bevoegdheid behoren. En hij mag meer in het bijzonder geen enkele technische, verpleegkundige verzorging toedienen. Maar momenteel is de toediening van voeding aan mensen met disfagie een handeling die is opgenomen in de wetgeving betreffende de uitoefening van de verpleegkunde. De gezinshulp of de thuisoppas kan geen antwoord bieden op dit type behoefte, met het risico vervolgd te worden voor de illegale uitoefening van verpleegkunde. De inschakeling van een verpleegkundige is ook geen overweegbare oplossing, want er is in de nomenclatuur van het RIZIV geen specifiek honorarium voorzien voor deze tussenkomst.

De situatie is dus meer dan complex en menselijk gesproken ondraaglijk voor de rechthebbenden die niet geholpen worden!



### 3.9 Te weinig integratie van de specificiteiten van de woonplaats in de opleidingskanalen

Het tekort in sommige beroepen van de hulpverlening en zorgen is, afhankelijk van de beroepen, een reeds lang vastgesteld feit. De aantrekkelijkheid van deze beroepen - die nog veel te vaak worden geassimileerd met een roeping - wordt hoe langer hoe geringer en de opleidingen zijn niet altijd expliciet afgestemd op de realiteit van het terrein, zeker als men het over de woonplaats heeft.

Er treden dus tekorten op: vele studenten kiezen omwille van een gebrek aan kennis de woonplaats niet langer als plaats waar ze hun beroep uitoefenen... en door datzelfde gebrek aan kennis zijn ze slecht voorbereid op deze realiteit en verlaten vroegtijdig hun functie of verminderen de werktijd.

En tenslotte is de kwestie van de organisatie van de stages in de woonplaats zeer problematisch. Het kan niet ontkend worden dat de stages als essentiële plaats van observatie, van integratie van competenties en van opbouw van de professionele identiteit moet erkend worden. Ze zorgen eveneens voor een potentiële personeelsreserve voor de diensten en een doeltreffender integratie van de nieuw aangeworven personeelsleden. Maar hun organisatie blijft complex en zwaar. De scholen hebben moeite om voldoende stageplaatsen te vinden (wat soms aanleiding geeft tot incoherenties zoals de organisatie van stages in verzorgingsinstellingen voor de toekomstige familiale helpers, daar waar deze hun beroep niet thuis zullen kunnen uitoefenen). De diensten hebben moeite om de stageaanvragen op te vangen. De opvolging van de stages door de leerkrachten is onvolledig, want het is voor leerkrachten moeilijk om toegang te krijgen tot de woonplaats van de begunstigde. De evaluatieroosters zijn weinig leesbaar voor bewoners van de woonplaats die niet vertrouwd zijn met het vocabularium van het onderwijs. Kortom, een gebrek aan tijd en middelen om werkelijk een doeltreffende samenwerking tot stand te brengen tussen de sector van de thuishulp en het onderwijs.



## DEEL 4 :

# OPPORTUNITEITEN VOOR DE SECTOR THUISHULP

---

### 4.1 Tegemoeten aan de huidige noden

De overheidsdiensten zoeken constant de ziekenhuisverblijven en de verblijven in een institutioneel milieu te verminderen ten voordele van minder dure alternatieven thuis.

Deze wil past in de verhoogde erkenning van het recht van de afhankelijke mens om zo lang mogelijk in zijn natuurlijke leefomgeving te blijven. De ontplooiing van palliatieve thuiszorgen, evenals de toenemende aandacht die men aan demente personen besteedt, weerspiegelt eveneens deze socio-medische ontwikkeling,

Het principe van een globale benadering van de mensen die van thuishulp genieten, wordt geleidelijk aan, op basis van coördinatie-initiatieven, in de reglementering opgenomen. De coördinatiecentra die verschenen binnen het kader van de thuishulp, laat toe de afhankelijke mensen op gestructureerde en multidisciplinaire manier te volgen. Geconfronteerd met een situatie die veelvuldige tussenkomsten en interdisciplinariteit vereist, is een coördinator vaak noodzakelijk en zorgt hij voor een aanzienlijke meerwaarde. De coördinatiecentra hebben de mogelijkheid geschapen om alle actoren van de hulp en de zorgen te kennen binnen een geografische zone en hebben ervoor gezorgd dat een plan voor hulp en zorgen om de woonplaats langer te betrekken in samenwerking met de begunstigde en zijn naasten snel kan opgezet worden.

### 4.2 Geleidelijk aan versterkte, maar in vraag gestelde middelen

De thuishulp en thuiszorgen behoren tot de niet-commerciële sector. Ze worden mogelijk gemaakt dankzij de tussenkomst van de overheid. De financiering van de sector van thuishulp en thuiszorgen is echter op andere modaliteiten gebaseerd.

Voor de sector van de thuishulp, verschilt de financiering naargelang het type activiteit en de middelen ter bevordering van de tewerkstelling worden geleidelijk aan een belangrijke bron van alternatieve financiering teneinde het gebrek aan structurele subsidies te compenseren en beter te beantwoorden aan de noden van de bevolking :

- **gezinshulp** : de financiering is voornamelijk gebaseerd op de notie van het contingent (subsidie per gepresteerd uur op basis van een jaarlijks vastgelegde, gesloten enveloppe), met een bijdrage van de begunstigde volgens een barema. Twerkstellingsmaatregelen ronden deze financiering af.
- **thuisoppas** : buiten de Duitse gemeenschap, waar de financiering identiek is aan die van de gezinshulp (contingent), maken voor het Waals Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest tewerkstellingsmaatregelen de ontplooiing van de deze activiteit mogelijk. Men vraagt eveneens een bijdrage van de begunstigde.
- **oppas zieke kinderen** : deze activiteit is alleen mogelijk dankzij de inzet van tewerkstellingsmaatregelen. Men vraagt eveneens een bijdrage van de begunstigde.

De financiering van het geheel van deze activiteiten voor thuishulp blijft globaal genomen onvoldoende in vergelijking met de steeds stijgende vraag.

Wat betreft de sector van de verpleegkundige zorgen, is de voornaamste financieringsbron de honoraria verbonden aan de prestaties met of zonder betaling van een remgeld door de begunstigde. De sector leverde het bewijs van een structurele onderfinanciering, die moet ingehaald worden om te beantwoorden aan de uitdagingen van de komende jaren. Er moet eveneens een modernisering van de financiering komen teneinde rekening te houden met de noden van de verpleegkundige zorgen en de werklast ervan en ondertussen toch nieuwe prestaties mogelijk te maken: specifieke oppas, case management van de gezondheidszorgen... Onder bepaalde voorwaarden zijn bijkomende financieringen zijn mogelijk: premie voor de permanente opleiding, premie voor de verpleegkundigen die houder zijn van een bijzondere beroepskwalificatie, telematicapremie, forfaitaire tussenkomst voor de diensten (zelfstandig of loontrekkend)... De loontrekkenden van hun kant genieten van maatregelen teneinde de verzoening van het privéleven met het beroepsleven mogelijk te maken.

Deze financiële middelen moeten blijvend zijn, maar meer nog, ze moeten vooral verhoogd worden :

- om tegemoet te komen aan de steeds grotere en gediversifieerde noden van de bevolking.
- om de toegankelijkheid van de hulpactiviteiten en thuiszorgen te verhogen, rekening houdend met een moeilijke economische context die een groeiend aantal mensen ertoe verplicht de tussenkomst van een zorgbeoefenaar te weigeren of het nodige aantal uren of prestaties te verminderen.
- om de sector van de thuishulp toe te laten te evolueren in deze context van inter-professionele samenwerking en om de opvangcapaciteit ervan te verhogen.

Men moet de beroepsbeoefenaars van de thuishulp verdedigen, fatsoenlijke arbeidsomstandigheden verzekeren en een luisterend oor voor hun noden hebben.

Men moet de activiteiten van de thuishulp en thuisverpleging ondersteunen in hun zoeken naar een sociaal kwaliteitsvoordeel, binnen een context van verhoogde commercialisering van nabijheidsdiensten.

Rekening houdend met de veroudering van de bevolking, met het gebrek aan institutionele plaatsen (opvangcentra dagverblijf, rusthuis, rust- en verzorgingstehuis), met hoe langer hoe meer vervroegde ontslagen uit ziekenhuizen moet men een politiek van thuis blijven wonen een permanent karakter geven via onder meer :

- alternatieven voor een hospitalisatie
- projecten zoals alternatieve zorgen en steun aan gefragiliseerde ouderen (protocol 3)
- projecten in het kader van de implementatie van artikel 107 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere zorginstellingen (psy 107)
- ...

Door de herbevestiging van het belang van de sectoren die permanent in ontwikkeling zijn, die zorgen voor tewerkstelling en beantwoorden aan de noden van de bevolking en door deze sectoren van bestaansmiddelen te voorzien kunnen we de opbouw van een solidaire maatschappij verder zetten.

### 4.3 Een ontzuilde socio-geneeskundige benadering

De socio-medische benadering heeft al langer haar meerwaarde bewezen voor de opvang van de rechthebbenden. Geen enkele deskundige kan het alleenrecht van een globale benadering van de persoon claimen! Geen enkel beroep garandeert competenties die globaal aan de noden beantwoorden. Maar de verzoening van de hulp en zorgen, maakt een betere nabijheid met de begunstigde mogelijk, vooral indien deze laatste zwaar hulpbehoevend is.

Dit is des te belangrijker omdat deze complementariteit van beroepen de continuïteit van de verzorging bevordert. De gekruiste blikken van de beroepsbeoefenaars zorgen voor een beter begrip van de begunstigde en zijn noden. Dit richt zich niet alleen op een ideaal (namelijk de preventie van nieuwe noden of een verslechtering van de situatie), maar het gaat ook over de verdediging van de optimale levenskwaliteit van de begunstigde. De samenwerkingsverbanden tussen de beroepen van de thuishulp bestaan dus en versterken zich. Er moeten politieke keuzes gemaakt worden om de beroepen te ontzuilen en ze nog meer te structureren. De drie protocolakkoorden van 24 februari 2014 zijn een eerste politieke stap om de rollen, opdrachten en interacties te verduidelijken tussen de verschillende professionele intervenanten, vanuit de bezorgdheid om een maximaal antwoord te garanderen op de behoeften van de bevolking binnen een duidelijk en beveiligend juridisch kader. Een eerste politieke keuze die een uitdaging van formaat aankondigt.

Ongetwijfeld een politieke keuze, maar de interdisciplinariteit is ook op zich reeds een ethische keuze. Het medische met het sociale verzoenen betekent de erkenning van een centrale waarde: de autonomie van de persoon. Het is de concretisering van de definitie die de Wereldgezondheidsorganisatie van gezondheid geeft. De kwaliteit van het leven laat zich inderdaad meten door de verhouding tussen het fysische, geestelijke en sociale welzijn.

## 4.4 De plaats van de mantelzorger

De resultaten van de sociaaleconomische enquête van 2001<sup>11</sup> maken duidelijk dat de eerste hulp meestal van een naaste komt, in de meeste gevallen iemand die niet beroepsmatig met gezondheidszorg bezig is. In België krijgt één op de tien mensen zo'n een informele hulp.

De wet van 12 mei 2014 betreffende de erkenning van de mantelzorger die iemand helpt die erg afhankelijk is (BS 06.06.2014) geeft momenteel een statuut aan de mantelzorger, het "is de persoon die doorlopende of regelmatige hulp en bijstand verleent aan de geholpen persoon". Deze persoon moet erkend zijn als zwaar zorgbehoevend. Meerderjarig of een ontvoogde minderjarige zijn en deze mantelzorger moet met "een vertrouwensrelatie of een nauwe, affectieve of geografische relatie opgebouwd hebben met de geholpen persoon." Bovendien moet de mantelzorger aan de volgende voorwaarden voldoen : « de bijstand en hulp niet beroepshalve, kosteloos en in samenwerking met ten minste een professionele zorgverlener verstrekken en rekening houden met het levensproject van de geholpen persoon. » Het zijn dus de geprivilegieerde gesprekspartners voor de beroepsbeoefenaars van de zorgverlening. Ze zijn vaak de informele "eerste lijn" voor de komst van die andere "eerste lijn", de beroepsbeoefenaars. Deze functie brengt hen ertoe een hele reeks daden van hulp en zorgen te realiseren, waarvoor ze verantwoordelijk zijn en die voor de begunstigde een risico kunnen inhouden.

De tussenkomst van de beroepsbeoefenaars mag de onvervangbare rol van de mantelzorger niet verhullen. Men moet de verworvenheden valoriseren in de hulp verstrekt door de mantelzorgers, hun inspanningen ondersteunen, ze helpen en de complementariteit van de informele en professionele hulp verzekeren.

Een eerste uitdaging is zeker de verheldering van de grens tussen de taken uitgevoerd door de mantelzorger en diegene die worden uitgevoerd door beroepsbeoefenaars. Alles wat de ene kan, kan niet automatisch door de andere gebeuren. Het protocolakkoord van 24 februari 2014 bracht dienaangaande geen duidelijkheid door te laten doorschemeren dat de gezinshulp verplicht zou kunnen worden activiteiten op zich te nemen die de mantelzorger "natuurlijkerwijze" voor zijn rekening neemt. De wet van 10 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (BS 30.04.2014) kan een vooruitgang betekenen in de uitvoering door de omgeving van technische prestaties van verpleegkundige zorgen, los van de uitoefening van een beroep, en vermijdt aldus dat de mantelzorger zou verplicht worden de "verpleegkunde op een illegale manier uit te oefenen". Deze toelating kan slechts verkregen worden na afloop van een opleiding die werd gegeven door een arts of verpleegkundige volgens een procedure of plan dat door hem werd opgesteld.

En tenslotte bleek dat de coördinatiecentra en de sociale diensten van de ziekenfondsen het best uitgerust waren. De hoger genoemde centra, door het opzetten van diensten voor mensen die thuis worden geholpen, de ziekenfondsen door de sociale begeleiding die ze aanbieden. De centra helpen rechtstreeks de informele omgeving door te zorgen voor een aanwezigheid van gekwalificeerde beroepsbeoefenaars bij hun afhankelijk familielid; de ziekenfondsen ondersteunen al deze problemen waarmee ze geconfronteerd worden en waarvan ze de kronkels miskennen. Op middellange termijn zal de rol van de sociale diensten zelfs versterkt worden, omdat men voorziet dat ze volop bezig zullen zijn met de concretisering van de inspanningen om de mantelzorgers te erkennen.

---

<sup>11</sup> Deze studie maakt deel uit van het ATLAS-project, gefinancierd door het Federaal Wetenschapsbeleid.

## 4.5 De opleidingen herzien die toegang geven tot de verschillende beroepen van de thuiszorg

De opleidingen moeten van elkaar verschillen omdat ze gebeuren in verschillende contexten, in min of meer complexe situaties en op verschillende expertise- en verantwoordelijkheidsniveaus.

De opleidingen moeten drager zijn van de verheldering tussen de begrippen zorgen en hulp :

- De verpleegkundigen en zorgkundigen moeten leren functioneren in deze medisch-sociale omgeving en moeten specifiek opgeleid worden voor de competenties nodig voor het stellen van verpleegkundige daden.
- De opleiding van de zorgkundigen moet versterkt worden.
- De gezinshelpers moeten opgeleid worden voor de specifieke taken van hulp en begeleiding van de rechthebbenden in hun niet-medische dagelijkse noden.
- De thuisoppassers moeten een opleiding krijgen die meer gericht is op de realiteiten van hun beroep door de versterking van hun kennis van heftechnieken, de benadering van zware pathologieën, van een handicap of ook nog van de palliatieve zorgen, van de animatietechnieken voor volwassenen of door de voorbereiding op het nachtwerk.
- De oppassers van zieke kinderen moeten een opleiding genieten die ze sensibiliseert voor de opvang van zieke of gehandicapte kinderen.

De specificiteiten van de woonplaats moeten beter opgenomen worden in de opleidingen. Er moet binnen het onderwijsnetwerk een belangrijke bewustmaking plaatsvinden. De woonplaats wordt er al te vaak voorgesteld als de onderkwalificatie van de ziekenhuis- of institutionele sector en de gespecialiseerde functies. Nochtans, de thuishulp en thuisverzorging vereisen competenties die zowel globaal als gespecialiseerd zijn. Dit maakt het ook noodzakelijk om autonoom te kunnen handelen in de besluitprocedure, maar ondertussen ook te genieten van de steun van een team en een kader. De thuiszorg is een volwaardige sector met haar specifieke vereisten en kwaliteiten.

En tenslotte moeten er overstapmogelijkheden gecreëerd worden die iedereen moeten toelaten zich om te scholen voor nieuwe competenties.





## DEEL 5 : PERSPECTIEVEN EN ORGANISATIE

---

### 5.1 De onmiddellijke toekomst tegemoet komen

De studie van het KCE over de residentiële zorgen van bejaarden in België<sup>12</sup> heeft duidelijk gemaakt dat de verwachte veroudering van de bevolking niet alleen de toevlucht tot de zorginstellingen zal doen toenemen, maar ook de vraag naar thuiszorgen zal doen stijgen (stijging met 50%). Een andere studie van het KCE over chronische ziekten in België<sup>13</sup> bewijst het belang van de kwaliteit van de thuisverzorging en de delegatie van verpleegkundige taken naar minder gekwalificeerde beroepsbeoefenaars (actiepunten 4.2). Dit zijn moeilijk aan te pakken uitdagingen.

Bovenop de analyse van de noden, moet men ook het hoofd bieden aan de onmiddellijke toekomst. De vraag naar het thuis houden, naar palliatieve zorgen, naar begeleiding van gehandicapten, de hervorming van de mentale gezondheidszorg, de nodige adempauzes voor de mantelzorgers, de alternatieven voor hospitalisatie, het zijn slechts een paar voorbeelden van de onmiddellijke uitdagingen van de thuishulp. Wat betreft de langere termijn vermelden we de preventie, ondersteund door een beter netwerk, de opsporing en preventie van de uitputting van de verzorgenden, van de mantelzorgers...

Hierop een antwoord vinden schept de noodzaak om deze continuïteit van hulp en zorgen te waarborgen door te beschikken over de gepaste competenties en voldoende menselijke middelen.

Een nauwe samenwerking tussen de federale-, regionale- en gemeenschapsoverheden op het gebied van hulp en zorgen thuis is onontbeerlijk. Er moet een reflectiepunt komen waar de vertegenwoordigers van de sectoren, betrokken bij de toekomstige uitdagingen van de eerstelijnszorg, samengebracht worden.

De vraag die zich stelt is niet zodanig het bewijzen van de noodzakelijkheid van een doorzichtige en duidelijke ontwikkeling van de beroepen van de thuishulp, maar er de volle erkenning voor krijgen voor alle onderdelen en er het professionalisme van erkennen met respect voor de rechten, maar ook en vooral, door het opleggen van precieze normen en criteria in het grootste belang van de gemeenschap.

Men moet tot een betere definitie komen van de taken die tot de sector van de dagelijkse thuishulp en tot de sector van de verpleegkundige zorgen behoren, teneinde elke eventuele, voor de gezondheid van de patiënt potentieel nadelige overschrijding te vermijden.

De verstrekkers van dagelijkse thuishulp kunnen zich bezighouden met de rechthebbenden met medische problemen, maar op dat ogenblik komen ze uitsluitend tegemoet aan zorgen die behoren tot de relationele begeleiding, de socio-educatieve ondersteuning, de uitvoering van geneeskundige of huishoudkundige taken...

---

<sup>12</sup> Toekomstige behoefte aan residentiële ouderenzorg in België: projecties 2011-2025, Federaal Centrum voor de Gezondheidszorg, KCE Reports 167A, België 2011.

<sup>13</sup> Position paper: organisatie van zorg voor chronisch zieken in België, Federaal Centrum voor de Gezondheidszorg, KCE Reports 190A, België 2012.

Meer bepaald bij de verstrekkers van hulp bij de activiteiten van het dagelijks leven, moeten de verschillende beroepen kunnen interageren in afzonderlijke maar aanvullende werkingsgebieden, via statuten die de taken, opdrachten en de grenzen van elk van hen bepalen.

Anderzijds moeten de verpleegkundigen bevestigd worden in hun opdrachten van verpleegkundige zorgen. De structurele integratie van zorgkundigen in de verpleegkundige verzorging thuis bevestigt hun plaats in die sector. Een betere definitie van de taken die behoren tot de hulp in het dagelijks leven en tot de verpleegkundige zorgen zal het mogelijk maken de verpleegkundige vrij te maken voor meer gerichte prestaties overeenkomstig zijn opleiding en zijn competenties en daarnaast voor nieuwe prestaties die momenteel in België door de artsen worden geleverd, maar die de Belgische buurlanden werden overgenomen door verpleegkundigen: voorschrijven van geneesmiddelen...

Het komt erop aan individuele antwoorden te promoten voor individuele noden, wat voor de gemeenschap misschien duur lijkt, maar die niettemin onontbeerlijk blijven, meer bepaald in sommige levenssituaties waarin een collectief antwoord niet aangepast of gewenst is.

Het komt er ook op aan te strijden tegen de liberalisering van de sector die niet alleen geen toegang tot de diensten garanderen voor iedereen, maar die meer nog, lucratieve parameters introduceert in een sector die in essentie niet-commercieel moet blijven.

## 5.2 Impact voor de rechthebbenden

Het is duidelijk dat de evolutie van de hulp- en verzorgingspraktijken een rechtstreekse impact zal hebben op de rechthebbenden, meer bepaald diegenen die reeds ten laste zijn genomen en die vertrouwd zijn met een bepaalde organisatie. Men moet eveneens de financiële gevolgen voorzien, vermits het principe van de tarifiering van de verpleegkundige zorgen (opgelegd door het RIZIV) en de toepassing van een bijdragebarema voor gezinshulp (opgelegd door de subsidiërende overheid) of de barema's bepaald door de hulpdiensten gevoelig verschillen.

De communicatie moet versterkt worden om deze overgang van de professionele gezondheidszorg naar de hulpsector uit te leggen en de rechthebbenden alle waarborgen te geven dat deze evolutie niet zal gepaard gaan met een kwaliteitsvermindering, integendeel zelfs.

Wettelijk gezien kunnen er prestaties getransfereerd worden omdat deze zowel door een medisch geschoolde als door iemand uit de thuishulp kunnen uitgevoerd worden. Ze zullen allen de gepaste opleiding moeten hebben om de prestaties die hun worden toevertrouwd uit te voeren.

Men kiest voor de optie om in functie van iedere situatie de beste beroepsbeoefenaars van zorgverlening aan te bieden. Het komt erop aan het aangepaste antwoord en een kwaliteitsservice te bieden aan de rechthebbenden en erover te waken dat elke geschoolde zo goed mogelijk gebruik zal maken van de competenties voor dewelke hij werd opgeleid.

## 5.3 Protocolakkoord van 24 februari 2014

### 5.3.a – Protocolakkoord van 24 februari 2014 betreffende de relatie tussen zorg- en bijstandsverleners van de erkende diensten voor thuishulp en beoefenaars van gezondheidszorgberoepen die werkzaam zijn in de thuiszorg

« 2. De zorg- en bijstandsverleners en beoefenaars van gezondheidszorgberoepen dienen zich te engageren tot een wederzijdse samenwerking, op basis van respect en erkenning van ieders eigenheid, specifieke deskundigheid en specifieke competenties, dit in het belang van het waarborgen van de kwaliteit van hulp en van zorg aan de gebruiker. »

« 5. Niet alle activiteiten die tot het takenpakket van een verpleegkundige behoren zijn exclusief voorbehouden voor beoefenaars van een gezondheidszorgberoep. Bepaalde activiteiten ter ondersteuning van activiteiten van het dagelijkse leven (zich wassen, eten/drinken, zich verplaatsen en naar het toilet gaan), die ook door mantelzorgers zouden kunnen worden verricht, kunnen autonoom worden uitgevoerd door zorg- en bijstandsverleners. »

« 6. Wanneer voor een zelfde begunstigde, een verpleegkundige of andere beoefenaar van een gezondheidszorgberoep aanwezig is in de zorg, alsook een zorg- en bijstandsverlener, wordt er steeds een verplichte wederzijdse uitwisseling van alle relevante informatie tussen deze zorgverleners verwacht, met inbegrip van de erkende coördinatiestructuren. De uitwisseling van deze informatie gebeurt schriftelijk. »

« 7. Van een zorg- en bijstandsverlener wordt een permanente aandacht vereist voor volgende signalen :

- tekenen van roodheid ;
- huidirritatie ;
- tekenen van ademhalingsproblemen ;
- zwelling ;
- tekenen of klachten van pijn ;
- nieuwe letsels ;
- tekenen van beginnende incontinentie, urineretentie, obstipatie ;
- plots gewichtsverlies of gewichtstoename ;
- tekenen van dreigende of aanwezige doorligwonden ;
- slikstoornissen ;
- tekenen van koorts ;
- plotse wijzigingen in het vermogen tot oriëntatie in tijd en ruimte ;
- plotse verwardheid ;
- tekenen van mogelijke nevenverschijnselen van medicatiegebruik;
- potentiële of actuele valrisico's ;
- te weinig voedsel- of drankopname ;
- of andere tekenen van plotse of langzaam vorderende, potentiële of actuele achteruitgang van de gezondheidstoestand van de gebruiker.

Bij het vaststellen van dergelijke signalen heeft de zorg- en bijstandsverlener de verantwoordelijkheid, in contact met zijn dienst, contact op te nemen met een beoefenaar van een gezondheidszorgberoep, in het bijzonder de huisarts of verpleegkundige die reeds in de zorg van deze gebruiker is betrokken, of de persoon die formeel werd aangeduid voor elke gebruiker.

De opgesomde signalenlijst is niet limitatief, en ontslaat de zorg- en bijstandsverlener niet van zijn/haar verplichting tot alertheid voor alle mogelijke signalen die een doorverwijzing zouden vergen. »

« 8. Bepaalde hieronder vermelde activiteiten kunnen, overeenkomstig het koninklijk besluit nr. 78, enkel worden verricht door een zorg- en bijstandsverlener wanneer daartoe met betrekking tot een gebruiker duidelijke afspraken werden gemaakt tussen een beoefenaar van een gezondheidszorgberoep en de dienst voor zorg- en bijstandsverlening. Die afspraken moeten schriftelijk vastgelegd zijn of deel uitmaken van het individuele zorgplan dat voor de gebruiker opgemaakt wordt. Een zorg- en bijstandsverlener kan nooit autonoom beslissen tot het uitvoeren van deze activiteiten.

Het betreft hier :

- observeren en rapporteren over temperatuur, mictie en stoelgang, waarneembare symptomen bij disfuncties en nevenwerkingen bij behandelingen, zoals ze werden aangegeven door de behandelende arts of verpleegkundige ;
- bijstand verlenen bij het gebruik van orale geneesmiddelen, zuurstof, koortswerende zetpillen, oor- of neusdruppels, en zalf op voorschrift van een arts, toezien op het gebruik van geneesmiddelen, therapietrouw bevorderen en de stiptheid daarbij ondersteunen, bijstand verlenen bij het verzorgen van huidirritaties. »

« 9. Van een verpleegkundige of een beoefenaar van een gezondheidszorgberoep wordt een permanente aandacht vereist voor volgende signalen :

- mindere beschikbaarheid of verlaagde draagkracht van mantelzorg ;
- zorgbehoeften op vlak van huishoudelijke activiteiten van het dagelijkse leven (was, strijk, boodschappen doen, maaltijd bereiden, organisatie huishoudelijk werk) ;
- nood aan ondersteuning bij lichamelijke activiteiten van het dagelijkse leven (zich wassen, eten/drinken, zich verplaatsen en naar het toilet gaan) ;
- behoefte aan emotionele ondersteuning ;
- andere behoeften aan ondersteuning in het dagelijks leven en bij administratieve stappen.

Bij het vaststellen van dergelijke signalen heeft de beoefenaar van het gezondheidszorgberoep de verantwoordelijkheid om de patiënt, voor zover zijn toestand dit toelaat of vereist, of de persoon die formeel werd aangeduid, te informeren over de mogelijkheid om een beroep te doen op erkende diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg die in zijn woonplaats actief is. »

« 11. De ondertekenende overheden engageren zich om inspanningen te leveren tot vorming van de zorg- en bijstandsverleners en beoefenaars van een gezondheidszorgberoep betreffende de signalen en activiteiten, vernoemd in de punten 7 tot 9. »

### 5.3.b – Protocolakkoord betreffende de relatie tussen de beroepsbeoefenaars die in de sector voor hulp aan personen met een handicap werkzaam zijn en de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen

« 2. De betrokken beroepsbeoefenaars dienen zich te engageren tot een wederzijdse samenwerking, op basis van respect en erkenning van ieders eigenheid, specifieke deskundigheid, verantwoordelijkheid en specifieke competenties, dit in het belang van het waarborgen van de kwaliteit van zorg aan de gebruiker. »

« 4. Niet alle activiteiten die tot het takenpakket van een verpleegkundige behoren zijn exclusief voorbehouden voor beoefenaars van een gezondheidszorgberoep. Bepaalde activiteiten ter ondersteuning van activiteiten van het dagelijkse leven (zich wassen, eten/drinken, zich verplaatsen en naar het toilet gaan), die ook door mantelzorgers zouden kunnen worden verricht, kunnen autonoom worden uitgevoerd door zorg- en bijstandsverleners. »

« 5. Wanneer voor een zelfde gebruiker, een verpleegkundige of andere beoefenaar van een gezondheidszorgberoep actief betrokken is bij de zorg, alsook een zorg- en bijstandsverlener wordt er steeds een verplichte wederzijdse uitwisseling van alle relevante informatie tussen deze zorgverleners verwacht. De uitwisseling van deze informatie wordt vastgelegd via een schriftelijk document, evenals via deelname aan regelmatige bijeenkomsten tussen de verschillende betrokken beroepsbeoefenaars. »

« 6. Van een zorg- en bijstandsverlener wordt een permanente aandacht vereist voor volgende signalen:

- tekenen van roodheid ;
- huidirritatie ;
- tekenen van ademhalingsproblemen ;
- zwelling ;
- tekenen of klachten van pijn ;
- nieuwe letsels ;
- tekenen van beginnende incontinentie, urineretentie, obstipatie ;
- plots gewichtsverlies of gewichtstoename ;
- tekenen van dreigende of aanwezige doorligwonden ;
- slikstoornissen ;
- tekenen van koorts ;
- plotse wijzigingen in het vermogen tot oriëntatie in tijd en ruimte ;
- plotse verwardheid ;
- tekenen van mogelijke nevenverschijnselen van medicatiegebruik ;
- potentiële of actuele valrisico's ;
- te weinig voedsel- of drankopname ;
- of andere tekenen van plotse of langzaam vorderende, potentiële of actuele achteruitgang van de gezondheidstoestand van de gebruiker.

In de instellingen of diensten zullen interne procedures ontwikkeld worden in die zin dat als een zorg- en bijstandsverlener deze signalen vaststelt, een gezondheidszorgbeoefenaar of de persoon die verplicht werd aangeduid voor elke gebruiker onmiddellijk op de hoogte wordt gesteld. Met “gezondheidszorgbeoefenaar” wordt meer specifiek de arts of verpleegkundige die reeds in de zorg van deze gebruiker is betrokken bedoeld.

De opgesomde signalenlijst is niet limitatief, en ontslaat de zorg- en bijstandsverlener niet van zijn/haar verplichting tot alertheid voor alle mogelijke signalen die een doorverwijzing zouden vergen. »

« 7. Bepaalde hieronder vermelde activiteiten kunnen, overeenkomstig het koninklijk besluit nr. 78, enkel worden verricht door een zorg- en bijstandsverlener wanneer daartoe met betrekking tot een gebruiker duidelijke afspraken werden gemaakt tussen een beoefenaar van een gezondheidszorgberoep en de dienst voor zorg- en bijstandsverlening. Die afspraken moeten schriftelijk vastgelegd zijn of deel uitmaken van het individuele zorgplan dat voor de gebruiker opgemaakt wordt. Een zorg- en bijstandsverlener kan nooit autonoom beslissen tot het uitvoeren van deze activiteiten.

Het betreft hier :

- toezien op en rapporteren over temperatuur, mictie en stoelgang, waarneembare symptomen bij disfuncties en nevenwerkingen bij behandelingen zoals ze werden aangegeven door de behandelende arts of verpleegkundige; meten van de bloeddruk met een automatisch toestel; het verzekeren van het goed functioneren van een toestel ter ondersteuning van de ademhaling, zoals werd aangegeven door de behandelende arts of verpleegkundige ;
- hulp bij de vocht- en voedseltoediening langs orale weg bij een patiënt/resident met slikproblemen op basis van een evaluatie en instructies gegeven door een arts of een logopedist ;
- bijstand verlenen bij het gebruik van orale geneesmiddelen, zuurstof, koortswerende zetpillen, rectale laxemiddelen (lavementen niet inbegrepen), oor-, oog- of neusdruppels, en zalf op voorschrift van een arts, toezien op het gebruik van geneesmiddelen, therapietrouw bevorderen en de stiptheid daarbij. »

« 8. De ondertekenende overheden engageren zich om inspanningen te vragen aan de opleiding en het aannemen van permanente opleiding van de zorg- en bijstandsverleners betreffende de signalen en activiteiten, vernoemd in de punten 6 en 7. »

### **5.3.c – Protocolakkoord betreffende de relatie tussen de personen die erkend zijn door Office de la Naissance et l'Enfance, de personen die tewerkgesteld zijn in een door Kind en Gezin vergunde of erkende opvang of opvang met een attest van toezicht van Kind & Gezin, personen die zelfstandig zijn of werkzaam zijn binnen diensten erkend door de Duitstalige Gemeenschap en de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen**

« 2. De personen die erkend zijn door ONE, de personen die tewerkgesteld zijn in een door Kind en Gezin vergunde of erkende opvang of opvang met een attest van toezicht van Kind & Gezin, personen die zelfstandig zijn of werkzaam zijn binnen diensten erkend door de Duitstalige Gemeenschap en de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen dienen zich te engageren tot een wederzijdse samenwerking, op basis van respect en erkenning van ieders eigenheid, specifieke deskundigheid en specifieke competenties, dit in het belang van het waarborgen van de kwaliteit van zorg aan het kind.

In dit protocolakkoord wordt dit geaccentueerd voor de prestaties van de personen die erkend zijn door ONE, de personen die tewerkgesteld zijn in een door Kind en Gezin vergunde of erkende opvang of opvang met een attest van toezicht van Kind & Gezin en personen die zelfstandig zijn of werkzaam zijn binnen diensten erkend door de Duitstalige Gemeenschap binnen de erkende diensten en voor de verpleegkundigen in de thuiszorg. »

« 4. De eigenheid van de personen die erkend zijn door ONE, de personen die tewerkgesteld zijn in een door Kind en Gezin vergunde of erkende opvang of opvang met een attest van toezicht van Kind & Gezin en personen die zelfstandig zijn of werkzaam zijn binnen diensten erkend door de Duitstalige Gemeenschap bestaat er in dat ze een integraal pakket van activiteiten van kinderverzorging aanbieden aan kinderen, dat wil zeggen een integraal pakket van activiteiten ontworpen om de ontwikkeling van het kind te waarborgen. »

« 5. Niet alle activiteiten die tot het takenpakket van een verpleegkundige behoren zijn exclusief voorbehouden voor beoefenaars van een gezondheidszorgberoep. Activiteiten ter ondersteuning van activiteiten van het dagelijkse leven, die ook door mantelzorgers zouden kunnen worden verricht, kunnen autonoom worden uitgevoerd door de personen die erkend zijn door ONE, de personen die tewerkgesteld zijn in een door Kind en Gezin vergunde of erkende opvang of opvang met een attest van toezicht van Kind & Gezin en personen die zelfstandig zijn of werkzaam zijn binnen diensten erkend door de Duitstalige Gemeenschap. »

« 6. Wanneer voor een zelfde begunstigde, een verpleegkundige of andere beoefenaar van een gezondheidszorgberoep aanwezig is in de zorg, alsook de personen die erkend zijn door ONE, de personen die tewerkgesteld zijn in een door Kind en Gezin vergunde of erkende opvang of opvang met een attest van toezicht van Kind & Gezin en personen die zelfstandig zijn of werkzaam zijn binnen diensten erkend door de Duitstalige Gemeenschap, wordt er steeds een verplichte wederzijdse uitwisseling van alle relevante informatie tussen deze zorgverleners verwacht. De uitwisseling van deze informatie gebeurt schriftelijk. »

« 7. Van de personen die erkend zijn door ONE, de personen die tewerkgesteld zijn in een door Kind en Gezin vergunde of erkende opvang of opvang met een attest van toezicht van Kind & Gezin en personen die zelfstandig zijn of werkzaam zijn binnen diensten erkend door de Duitstalige Gemeenschap wordt een permanente aandacht vereist voor volgende signalen :

- tekenen van roodheid ;
- huidirritatie ;
- tekenen van ademhalingsproblemen ;
- zwelling ;
- tekenen of klachten van pijn ;
- letsels ;
- tekenen van urineretentie, obstipatie ;
- tekenen van afwijking in de ontwikkeling van het gewicht en de middelomtrek ;
- tekenen van reflux ;
- tekenen van koorts ;
- tekenen van mogelijke nevenverschijnselen van medicatiegebruik ;
- te weinig voedsel- of drankopname ;
- of andere tekenen van plotse of langzaam vorderende, potentiële of actuele achteruitgang van de gezondheidstoestand van het kind.

Bij het vaststellen van dergelijke signalen hebben de personen die erkend zijn door ONE, de personen die tewerkgesteld zijn in een door Kind en Gezin vergunde of erkende opvang of opvang met een attest van toezicht van Kind & Gezin en personen die zelfstandig zijn of werkzaam zijn binnen diensten erkend door de Duitstalige Gemeenschap de verantwoordelijkheid om contact op te nemen met de ouders of met de referentiepersoon die door hen werd aangeduid, om hen te informeren over de vastgestelde symptomen.

De opgesomde signalenlijst is niet limitatief, en ontslaat de persoon die erkend is door ONE, de personen die tewerkgesteld zijn in een door Kind en Gezin vergunde of erkende opvang of opvang met een attest van toezicht van Kind & Gezin en de persoon die zelfstandig is of werkzaam is binnen een dienst erkend door de Duitstalige Gemeenschap niet van zijn/haar verplichting tot alertheid voor alle mogelijke signalen die een doorverwijzing zouden vergen. »

« 8. Bepaalde hieronder vermelde activiteiten kunnen, overeenkomstig het koninklijk besluit nr. 78, enkel worden verricht door de persoon die erkend is door ONE, de personen die tewerkgesteld zijn in een door Kind en Gezin vergunde of erkende opvang of opvang met een attest van toezicht van Kind & Gezin en de persoon die zelfstandig is of werkzaam is binnen een dienst erkend door de Duitstalige Gemeenschap wanneer daartoe met betrekking tot een gebruiker duidelijke afspraken werden gemaakt met een beoefenaar van een gezondheidszorgberoep. Die afspraken moeten schriftelijk vastgelegd zijn. Een erkende persoon kan nooit autonoom beslissen tot het uitvoeren van deze activiteiten.



Het betreft hier :

- toezien op en rapporteren over temperatuur, mictie en stoelgang, waarneembare symptomen bij disfuncties en nevenwerkingen bij behandelingen, zoals ze werden aangegeven door de behandelende arts of verpleegkundige ;
- toedienen van orale geneesmiddelen, zuurstof, zetabletten, aerosol, oor- of neusdruppels, en zelf op voorschrift van een arts, therapietrouw bevorderen en de stiptheid daarbij ondersteunen, installeren van een kind in een apparaat dat aangepast is aan zijn behoeften en het begeleiden van een kind met een monitor voor cardiorespiratoir toezicht. »

« 9. De ondertekenende partijen engageren zich om inspanningen te leveren tot vorming van de erkende personen betreffende de signalen en activiteiten, vernoemd in de punten 7 en 8.»

## 5.4 Het begrip inter-professionele samenwerking toegepast op de activiteiten van de thuishulp en zorgen

De beroepsbeoefenaars van de thuishulp en zorgen worden er hoe langer hoe meer toe verplicht om samen te werken met de rechthebbenden om beter tegemoet te komen aan hun noden en verwachtingen. Het is dus essentieel om de interprofessionele benadering goed te begrijpen en competenties te ontwikkelen om op deze uitdagingen te antwoorden.

### 5.4.a – De uitdaging van de samenwerking

« Een procedure van gezamenlijke beslissing tussen de onderling afhankelijke professionele actoren (of organisaties), met implicatie van de consensus bij het nemen van beslissingen en de verantwoordelijkheid van de resultaten. » (Wood & Gray - 1991)

### 5.4.b – Definitie van de inter-professionele samenwerking

« De benadering van de inter-professionele samenwerking wordt omschreven als een structureringsruimte voor een collectieve actie die leden verzamelt uit ten minste twee groepen beroepsbeoefenaars rond een gezamenlijk doel via een procedure van communicatie, beslissing, interventie en vorming. Deze procedure komt tot stand in een dynamische, evolutieve en complexe omgeving. »<sup>14</sup>

« De inter-professionele samenwerking in de gezondheidszorg bestaat erin de patiënten volledige gezondheidsdiensten aan te bieden via de tussenkomst van verschillende verzorgers die samenwerken teneinde kwaliteitszorgen te geven binnen de gezondheidszorgen en tussen deze onderling. Het is een georganiseerde benadering gebaseerd op de teamgeest om optimale zorgen te verlenen, rekening houdend met de systemische vragen en de uitdagingen zonder voorgaande waarmee de gezondheidszorg wordt geconfronteerd. »<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> La collaboration interprofessionnelle, RIFSSSO, Canada (Ontario)

<sup>15</sup> Mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé en Ontario, Rapport final du Comité de mise en œuvre stratégique de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé, Professions Santé Ontario, Mei 2010

#### **5.4.c – De inzet van de inter-professionele samenwerking**

De inter-professionele samenwerking vereist een verandering van paradigma omdat deze benadering andere waarden, gedragscodes en werkmethodes heeft. (D'Amour & Oandasan, 2005).

De inter-professionele samenwerking verhoogt de kwaliteit van de verzorging, de veiligheid en de tevredenheid van de rechthebbenden.

De inter-professionele samenwerking tussen de beroepsbeoefenaars van de gezondheidssector en die van de hulp is een realistisch en doeltreffend antwoord op de uitdagingen van de openbare gezondheid in het kader van het behoud van de woonplaats.

Deze inter-professionele samenwerking laat toe een continuïteit te waarborgen wat betreft de verzorging van de rechthebbenden bij hun thuis, het beschikken over de aangepaste competenties, over voldoende menselijke middelen en ze doeltreffend te gebruiken.

Om dit te realiseren moet deze inter-professionele samenwerking bestaan uit een verfijnde evaluatie van de situatie en de gezondheidstoestand van de begunstigde en uit regelmatige en nauwe contacten tussen de hulpsector en die van de verpleegkundige zorgen. Er kunnen specifieke tools ontwikkeld worden om deze samenwerking te begeleiden. Elke beroepsbeoefenaar blijft constant aandachtig voor de evolutie van de situatie en de gezondheidstoestand van de begunstigde.

De verantwoordelijkheid van elke beroepsbeoefenaar moet duidelijk gedefinieerd worden in functie van elke gesubstitueerde opdracht.

#### **5.4.d – De organisatie van de inter-professionele samenwerking bij de thuishulp en thuiszorgen**

Concreet begint de organisatie van inter-professionele samenwerking vanaf de ontvangst van de vraag van de begunstigde voor een aantal technische prestaties van verpleegkundige zorgen die geïdentificeerd worden als verplaatsbaar van de sector van de verpleegkundige zorgen naar de sector van de thuishulp (zie deel VI van onderhavig document).

Merk op dat in het kader van de opas van zieke kinderen, de inter-professionele samenwerking rechtstreeks plaatsvindt met de arts die het kind behandelt en bepaalt welke zorgen het zieke of gehandicapte kind moet krijgen.



1. Evaluatie van de vraag door een verpleger (op basis van verpleegkundige diagnoses)
2. Oriëntatie van de vraag :
  - a. naar de sector van de hulp bij de activiteiten van het dagelijks leven
  - b. naar de sector van de verpleegkundige zorgen
3. Indien de prestatie plaatsvindt
  - a. door de sector van de hulp bij de activiteiten van het dagelijks leven :
    - i. regelmatig bezoek (tijdschema te bepalen in functie van de prestatie) van de verpleegkundige teneinde de gezondheidstoestand te evalueren en te bepalen of de prestatie moet uitgevoerd worden door de sector van de hulp bij activiteiten van het dagelijks leven of door de sector van de verpleegkundige zorgen moet overgenomen worden.
    - ii. bijkomend bezoek van de verpleegkundige op vraag van de sector van de hulp bij activiteiten van het dagelijks leven op basis van de evaluatie van de alarmcriteria (opgesteld door de verpleegkundige) teneinde de gezondheidstoestand te evalueren en te bepalen of de prestatie moet uitgevoerd worden door de sector van de hulp bij activiteiten van het dagelijks leven of door de sector van de verpleegkundige zorgen moet worden overgenomen.
  - b. door de sector van de verpleegkundige zorgen: bijzondere aandacht voor de detectie van eventuele noden aan hulp bij de activiteiten van het dagelijks leven en oriëntatie naar de sector van de thuishulp voor activiteiten van het dagelijks leven.



# TABLE DES MATIÈRES

## De uitdaging van interprofessionele samenwerking in de thuishulp en -zorg

<b>DEEL 0 : ANTECEDENTEN</b>	<b>5</b>
<b>DEEL 1 : ALGEMENE DEFINITIES</b>	<b>7</b>
1.1 Gezondheid	7
1.2 Levenskwaliteit	7
1.3 Gezondheidszorg	7
1.4 Verpleegkundige zorg	7
1.5 Sociale actie	8
1.6 Hulp in het dagelijks leven	8
1.7 Werken in een netwerk	9
1.7.a – Coördinatie van thuiszorg en -hulp	9
1.7.b – De geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT)	9
1.7.c – Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL)	10
1.7.d – De lokale multidisciplinaire netwerken (LMN)	10
1.8 De patiënt	11
1.9 De rechthebbende	11
1.10 Het thuiszorgbeleid	11
<b>DEEL 2 : HULP- EN ZORGVERLENERS</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Wettelijk kader (statuut)</b>	<b>13</b>
2.1.a – Gezinshulp	13
2.1.b – Polyvalent verzorgende	17
2.1.c – Thuisoppas	17
2.1.d – Opvang voor zieke kinderen	19
2.1.e – Verpleegkundigen : verpleegkundige	19
2.1.f – Verpleegkundigen : zorgkundige	21
<b>2.2 Opleiding en toegang tot het beroep</b>	<b>22</b>
2.2.a – Gezinshulp	22
2.2.b – Polyvalent verzorgende	25
2.2.c – Thuisoppas	26
2.2.d – Kinderverzorgster - opvang voor zieke kinderen	27
2.2.e – Verpleegkundigen : verpleegkundige	27
2.2.f – Verpleegkundigen : zorgkundige	28
<b>2.3 Verantwoordelijkheden</b>	<b>29</b>
2.3.a – Functionele relatie tussen de verpleeg- en de zorgkundige	29
2.3.b – Hiërarchische relatie tussen de verantwoordelijke voor de begeleiding en de werknemers voor hulp in het dagelijks leven	32

<b>DEEL 3 : DE THUISZORGSECTOR : VASTSTELLINGEN, OBSTAKELS EN BEDREIGINGEN</b>	<b>33</b>
3.1 Een versnipperde evolutie van de beroepen	33
3.2 Een doolhof van verstrekkingen voor de rechthebbende	34
3.3 Een doolhof van zorgverleners voor de rechthebbende : een zorgwekkende toename van zwartwerk of bedrijven met handelsdoeleinden	34
3.4 Sommige hulpverstrekkingen in het dagelijks leven verricht door de verpleegkundigen	35
3.5 Een te beperkte opleiding voor een implementatie van de activiteiten van de zorgkundige	36
3.6 Het gebrek aan erkenning van het beroep van thuisoppas	37
3.7 Het gebrek aan erkenning van het beroep van thuishulp	37
3.8 Een paar voorbeelden van controversiële prestaties	38
3.8.a – De verstrekking van hygiënische zorgen	38
3.8.b – De tenlastename van de toediening van geneesmiddelen door de thuishulpsector	39
3.8.c – Slikstoornissen	40
3.9 Te weinig integratie van de specificiteiten van de woonplaats in de opleidingskanalen	41
<b>DEEL 4 : OPPORTUNITEITEN VOOR DE SECTOR THUISSHULP</b>	<b>43</b>
4.1 Tegemoetkomen aan de huidige noden	43
4.2 Geleidelijk aan versterkte, maar in vraag gestelde middelen	43
4.3 Een ontzuilde socio-geneeskundige benadering	45
4.4 De plaats van de mantelzorger	46
4.5 De opleidingen herzien die toegang geven tot de verschillende beroepen van de de thuiszorg	47
<b>DEEL 5 : PERSPECTIEVEN EN ORGANISATIE</b>	<b>49</b>
5.1 De onmiddellijke toekomst tegemoet komen	49
5.2 Impact voor de rechthebbenden	50
5.3 Protocolakkoord van 24 februari 2014	51
5.3.a – Protocolakkoord van 24 februari 2014 betreffende de relatie tussen zorg- en bijstandsverleners van de erkende diensten voor thuishulp en beoefenaars van gezondheidszorgberoepen die werkzaam zijn in de thuiszorg	51
5.3.b – Protocolakkoord betreffende de relatie tussen de beroepsbeoefenaars die in de sector voor hulp aan personen met een handicap werkzaam zijn en de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen	53
5.3.c – Protocolakkoord betreffende de relatie tussen de personen die erkend zijn door Office de la Naissance et l'Enfance, de personen die tewerkgesteld zijn in een door Kind en Gezin vergunde of erkende opvang of opvang met een attest van toezicht van Kind & Gezin, personen die zelfstandig zijn of werkzaam zijn binnen diensten erkend door de Duitstalige Gemeenschap en de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen	55
5.4 Het begrip inter-professionele samenwerking toegepast op de activiteiten van de thuishulp van de thuishulp en zorgen	58
5.4.a – De uitdaging van de samenwerking	58
5.4.b – Definitie van de inter-professionele samenwerking	58
5.4.c – De inzet van de inter-professionele samenwerking	59
5.4.d – De organisatie van de inter-professionele samenwerking bij de thuishulp en thuiszorgen	59







## Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile

Avenue Adolphe Lacomblé, 69-71 bte 7  
1030 Bruxelles

Tél : 02/735 24 24

[secretariat@fasd.be](mailto:secretariat@fasd.be)  
[www.fasd.be](http://www.fasd.be)