



DE VLAAMSE MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

CONCEPTNOTA AAN DE LEDEN VAN DE VLAAMSE REGERING

Betreft: “Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn”

Inhoudstafel

1	INLEIDING	3
1.1	Op één lijn voor een sterke eerste lijn	3
1.2	Lijnen ombuigen naar cirkels	4
2	HOOFDSTUK 1: WAAROM VERANDEREN?	6
2.1	WIE OF WAT IS DE EERSTE LIJN?	6
2.2	WAAROM HERVORMEN?	8
2.3	PARADIGMASHIFT	10
2.4	OVERHEDEN OP ÉÉN LIJN	10
2.5	REEDS AFGELEGD BELEIDSTRAJECT	11
3	HOOFDSTUK 2: WAT VERANDEREN WE?	15
3.1	DE PERSOON MET EEN ZORG- EN ONDERSTEUNINGSNOOD IN HET CENTRUM	15
3.1.1	<i>Regie in eigen handen</i>	15
3.1.1.1	INTEGRALE BENADERING	15
3.1.1.2	Zelfmanagement	15
3.1.1.3	Gezondheidsvaardigheden en zelfversterking	15
3.1.2	<i>Informele zorg</i>	17
3.1.3	<i>Het formuleren van zorg- en ondersteuningsdoelen</i>	17
3.1.4	<i>De mantelzorg is een volwaardige partner in de zorg</i>	18
3.1.5	<i>OOK DE EERSTELIJSFACTOREN HEBBEN EEN ROL IN PREVENTIE</i>	19
3.1.6	<i>WEGWIJZERS IN DE ZORG</i>	21
3.1.7	<i>MEER ZORG IN DE BUURT</i>	21
3.1.8	<i>LOKAAL SOCIAAL BELEID</i>	22
3.1.9	<i>DE ZORGAANBIEDERS IN DE EERSTE LIJN</i>	22
3.1.10	<i>DE WOONZORGFACTOREN MAKEN STRUCTUREEL DEEL UIT VAN DE EERSTE LIJN</i>	25
3.1.11	<i>Gezinszorg</i>	26
3.1.12	<i>Woonzorgcentrum</i>	27
3.1.13	<i>Diensten maatschappelijk werk</i>	27
3.1.14	<i>MEER GEESTELIJKE GEZONDHEID IN DE EERSTE LIJN</i>	29
3.1.15	<i>COMPLEXE ZORG</i>	30
3.1.15.1	COMPLEXE ZORG: GOEDE DIGITALE REGISTRATIE EN SAMENWERKING	30
3.1.15.2	COMPLEXE ZORG: HET MULTIDISCIPLINAIR ZORGTEAM EN DE ZORGCOÖRDINATIE	32
3.1.15.3	COMPLEXE ZORG: CASE MANAGEMENT IN ACTIE	34
3.1.15.4	DE EERSTE LIJN GAAT VOOR DIGITALE ZORGCOÖRDINATIE	36
3.1.15.5	DE EERSTE LIJN IS VRAGENDE PARTIJ VOOR EEN GOEDE AFSTEMMING MET DE ZIEKENHUIZEN	37
3.2	ONDERSTEUNING VAN DE ZORGAANBIEDERS	39

3.2.1	<i>De eerstelijnszone</i>	39
3.2.2	<i>De regionale zorgzone (op regionaalstedelijk zorgregioniveau)</i>	43
3.2.3	<i>Het Vlaams niveau: van Samenwerkingsplatform tot een Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn</i>	45
3.3	<i>Randvoorwaarden</i>	48
3.3.1	<i>Basisopleiding en permanente vorming</i>	48
3.3.2	<i>Zorgcapaciteit in de eerste lijn</i>	49
3.3.3	<i>Ondersteuning van eerstelijnspraktijkvormen</i>	50
3.3.4	<i>Financiering van de eerste lijn</i>	53
3.3.4.1	Financiering vanuit de federale overheid	53
3.3.4.2	Financiering vanuit de Vlaamse overheid	56
3.3.4.3	Communicerende budgetten in afgesloten vaten	57
3.3.5	<i>Een digitale eerste lijn</i>	57
3.3.6	<i>Innovatie en ondernemerschap</i>	59
3.3.7	<i>Kwaliteitsbeleid</i>	60
4	HOOFDSTUK 3. Transitie	62
4.1	Vorbereiding regelgeving	62
4.2	Herallocatie van personeel en middelen	63
4.3	Eigenaarschap van de reorganisatie delen	64
5	Samenvatting	65
6	Bijlagen	71
6.1	Lexicon	71
6.2	Bevoegdheidsverdeling Vlaamse – federale overheid	76
7	VOORSTEL VAN BESLISSING	78

1 INLEIDING

1.1 OP ÉÉN LIJN VOOR EEN STERKE EERSTE LIJN

Er werd in dit land al vele generaties lang gewerkt aan een goed uitgebouwd, toegankelijk, kwaliteitsvol en betaalbaar zorgsysteem.

Het Vlaams zorglandschap wordt nog steeds gekenmerkt door degelijk opgeleide, goed bedoelende en hardwerkende actoren die met hun hoofd, hun hart en hun handen het leed en de noden van onze medeburgers willen lenigen en verzachten en, waar mogelijk, voorkomen. Maar dat gebeurt op een gefragmenteerde wijze en vanuit teveel verschillende structuren. De burger ziet door de bomen het bos niet meer en heeft onvoldoende vat op de organisatie van zijn¹ zorg en ondersteuning. Ook de zorgverstrekkers en hulpverleners zien teveel van hun tijd opgaan in administratie en vergaderingen. Het moet eenvoudiger, doelmatiger en transparanter kunnen, waarbij de zorgvrager maximaal de regie krijgt over de organisatie van zijn zorg.

In het Vlaams Regeerakkoord 2014-2019 is een vereenvoudiging van eerstelijnsstructuren en versterking van de eerste lijn opgenomen. Er is over de jaren heen een brede consensus gegroeid over de noodzaak van fundamentele hervormingen in de eerste lijn om zowel de tevredenheid van personen met een zorgnood en hun mantelzorgers als de performantie van de zorg te doen stijgen. Bovendien dient zich het historisch unieke momentum aan waarin een hervorming van de ziekenhuissector in dit land samenvalt met de uitvoering van de zesde staatshervorming en, in het bijzonder, met de verwerving van nieuwe hefboomen op het Vlaamse overheidsniveau die een betere afstemming tussen de gezondheidssector en de welzijnssector mogelijk maken.

Het Vlaams regeerakkoord onderschrijft ook het principe dat dit ook impliceert dat de individuele patiënt/cliënt meer moet betrokken worden bij de beslissingen omtrent zijn/haar eigen zorg, dat we hem/haar mee erkennen als expert in zijn/haar eigen aandoening of ondersteuningsnood.

Samen moeten personen met een zorgnood, de zorgverstrekkers en hulpverleners, de voorzieningen die zorg aanbieden, de zorgverzekeraars en de overheid nu de kans grijpen om een gedragen hervorming door te voeren. In wederzijds respect en in een participatief en transparant traject, maar in het volle besef dat we dergelijk momentum wellicht niet meer zullen meemaken. Deze tekst schetst dan ook de evoluties en beleidsrichting voor de eerstelijnszorg in Vlaanderen tussen vandaag en 2025. Dit zal een proces vragen dat op regelmatige tijdstippen geëvalueerd en, desgevallend, bijgestuurd kan worden.

In deze tekst hanteren we verder de term 'zorgaanbieder'² als verzamelterm voor zorgverstrekkers, hulpverleners en voorzieningen die zorg aanbieden, conform het begrippenkader van het eerstelijnsdecreet³. De huisarts zal in de toekomstige organisatie van de eerstelijnszorg een cruciale rol (blijven) spelen, zij het dat de samenwerking met andere disciplines aangemoedigd wordt.

¹ Voor de leesbaarheid gebruiken we in de test steeds de mannelijke vorm bij zowel burger/zorgvrager als zorgaanbieder. Uiteraard verstaan we hieronder zowel de mannelijke als vrouwelijke burgers en zorgaanbieders.

² Wanneer in de tekst sprake is van een "professionele zorgaanbieder" of een "zorgaanbieder" moeten we hieronder steeds de zorgaanbieders van zowel de zorg- als de welzijnssector lezen. Soms wordt enkel het begrip "zorgaanbieder" gebruikt, soms worden beide begrippen naast elkaar geplaatst. In het eerste geval voor de leesbaarheid, in het tweede geval om het belang van beide sectoren te onderstrepen.

³ Decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, art. 2:16° zorgaanbieder: een zorgverstrekker zoals bedoeld in 19°, evenals een organisatie, dienst of persoon, die professioneel zorgen of diensten verleent aan gebruikers en die daardoor de eerstelijnsgezondheidszorg vergemakkelijkt, mogelijk maakt of ondersteunt, met uitzondering van de organisatie, dienst of persoon met een meer gespecialiseerd zorgaanbod;
19° Zorgverstrekker: een in de eerstelijnsgezondheidszorg werkzame apotheker, arts, diëtist, kinesist, logopedist, tandarts, verpleegkundige, vroedvrouw of beroepsbeoefenaar van een andere door de Vlaamse regering bepaalde discipline, met uitzondering van de arts-specialist, met inbegrip van feitelijke of juridische entiteiten die hen groeperen in mono- of multidisciplinair verband.

Geïntegreerde zorg veronderstelt een integrale benadering van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood⁴. Een grote zin voor ondernemerschap weerspiegelt zich in een grote variatie aan zelfstandige zorgaanbieders, diensten en organisaties met een uitgebreid zorgaanbod. De burger heeft in dit breed pallet de volledige keuzevrijheid. In dat zeer verscheiden zorglandschap is er behoefte aan een scherpe horizon. Een scherpe horizon waar zich in alle duidelijkheid het doel aftekent van een gezamenlijke tocht van mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de overheid. Dat doel is de optimale levenskwaliteit en autonomie van onze burger. De burger moet die optimale levenskwaliteit zoveel mogelijk zelf kunnen bepalen. Wie jong en gezond is, ligt niet wakker van die levenskwaliteit omdat ze vanzelfsprekend lijkt, maar moet wel beseffen dat aanhoudend risicogedrag die levenskwaliteit in de toekomst kan ondermijnen.

Wie oud of zorgbehoevend wordt, loopt het risico op een leven met beperkingen, maar wil wel het stuur van de zorgregie zo lang mogelijk in eigen handen houden. Daarom staat de persoon met een zorg- of ondersteuningsnood in het middelpunt van het denken en handelen van iedereen die professioneel actief of op een andere manier begaan is met zorg en welzijn.

1.2 LIJNEN OMBUIGEN NAAR CIRKELS

Het Vlaamse zorglandschap met zijn rijkdom aan actoren en organisaties is dus onoverzichtelijk en gefragmenteerd geworden. Met als gevolg dat de persoon met een zorgnood mogelijk niet altijd weet hoe de zorgregie in eigen hand kan gehouden worden. De zorg- en welzijnssector is te lang uitgegaan van het eigen verkokerd organisatiesysteem, dat zich netjes liet opdelen in een eerste, tweede en derde lijn of in een koker van gezondheidszorg en een welzijnskoker, ieder met eigen modellen en procedures. Iedereen beseft dat de lijnen vervagen en dat de positie van de persoon met een zorgnood onomkeerbaar in het midden van het zorg- en ondersteuningsmodel komt te staan.

Laat ons de lijnen ombuigen tot cirkels in een concentrisch model. Ook in het plannen van het toekomstige zorg- en welzijnsaanbod moeten de objectiveerbare noden van onze populatie centraal staan in ons denken en handelen. Het WGO-model positioneert de mantelzorger, de vrijwilligers en de buurt als eerste beschermende en ondersteunende schil rond de persoon met een zorgnood die centraal staat. Wanneer zorgnoden complexer worden, moet de eerstelijnszorg geactiveerd worden. Gezien de toenemende zorgnoden van een ouder wordende populatie is het van het allergrootste belang te kunnen steunen op een sterke, goed uitgebouwde eerste lijn. Deze kan de duurdere gespecialiseerde zorg ontlasten en in zeer grote mate bijdragen aan een toegankelijk, effectief en kwalitatief zorgsysteem voor iedereen. Een goed georganiseerde eerstelijnszorg kan ook sociale ongelijkheden op vlak van gezondheid verminderen door de toegankelijkheid van zorg te optimaliseren en een signaalfunctie op te nemen.

⁴ Het begrip 'persoon met een zorg- en ondersteuningsnood' doelt op de persoon als geheel, met noden op vlak van welzijn, wonen, werk, mobiliteit, gezondheid. In de tekst wordt de term verkort gebruikt en spreken we van 'persoon met een zorgnood'. Hieronder wordt dan telkens het volledige begrip bedoeld.

Conceptueel kader voor persoonsgerichte en geïntegreerde zorg



Het is nu tijd om dit model ook vanuit het beleid consequent te erkennen en onze structuren hierop af te stemmen. Hierbij maken we werk van een vereenvoudiging, integratie en meer efficiëntie van organisaties en structuren.

Er bestaan geen internationale reisgidsen voor dit gezamenlijke traject naar die nieuwe horizon. Die trajecten kunnen verschillen van land tot land en zijn uiteraard afhankelijk van de aard en de structuren van het aanwezige zorg- en welzijnssysteem en van de zorgcultuur die er gegroeid is.

De Wereldgezondheidsorganisatie geeft ons wel enkele tips mee voor onderweg:

- > Zorg ervoor dat het traject participatief is en uitgewerkt wordt met de belanghebbenden;
- > Verplicht de actoren en organisaties tot een publieke verantwoordingsplicht over de aangewende middelen en de kwaliteit van de afgeleverde zorg en diensten;
- > Er kan geen vertrouwen groeien zonder transparantie in de werking van organisaties en diensten;
- > Waak over integriteit en goed bestuur;
- > Onderbouw beleidskeuzes en zorg voor capaciteit om beslissingen te kunnen nemen op basis van goede gegevens, ervaring en intelligentie.

Niemand heeft ooit beweerd dat het uitstippelen en ondernemen van deze reis gemakkelijk zou zijn. Niemand gaat spontaan applaudisseren voor het achterlaten van datgene waarmee men vertrouwd is. Toch zijn we deze zoektocht naar een vernieuwd systeem van samenwerking aan de steeds groter wordende groep van vooral oudere personen met een zorg- en ondersteuningsnood verplicht.

We kennen in de Vlaamse eerste lijn een traditie van sociaal geïnspireerd ondernemerschap, zowel op zelfstandige basis als in collectief verband. De dynamiek die hiervan uitgaat, willen we verder

erkennen, stimuleren en waarderen. De innovatie die de praktijkvormen nastreven tijdens onze tocht willen we ondersteunen. Het is helemaal niet onze bedoeling om te komen tot van bovenaf opgelegde samenwerkingsmodellen. Wel willen we een goed evenwicht vinden tussen de zeer belangrijke verantwoordelijkheden van de actoren op het terrein en de rol van de overheid die ondersteunend en doelmatig wil optreden maar ook de grote beleidslijnen moet kunnen uittekenen en de WGO-aanbevelingen daarbij als een kompas wil hanteren.

Laat ons ook beseffen dat de eerste lijn een gedeeld bevoegdheidsdomein is van federale, Vlaamse en lokale overheden. Zonder onderlinge samenwerking en afspraken lukt het niet.

De eerste lijn en de ziekenhuiszorg zijn ook budgettair met elkaar verbonden. Een verschuiving van activiteiten en volumes vanuit de intramurale zorg naar de thuissituatie betekent ook een verschuiving van budget van het ziekenhuiswezen naar de eerste lijn en vice versa. Zo zal, bijvoorbeeld, een ingekorte verblijfsduur in de materniteit een hoger budget vereisen voor de kraamzorg aan huis, of minder intramurale psychiatrische zorgverlening uitmonden in meer psychiatrische teams thuiszorg.

Het wordt niet eenvoudig, maar als we allen samen de handen aan de ploeg slaan en de schouders zetten onder deze reorganisatie, dan gaat dit lukken. Dan maken we van een versnipperde eerste lijn een sterke eerste lijn.

Het wordt niet eenvoudig, maar als we allen samen de handen aan de ploeg slaan en de schouders zetten onder deze reorganisatie, dan gaat dit lukken. Dan maken we van een versnipperde eerste lijn een sterke eerste lijn.

U wordt uitgenodigd om samen op weg te gaan om een aantal visies in de nabije toekomst te kunnen omzetten in veranderingen en verwezenlijkingen die alle belanghebbenden, en niet in het minst de personen met een zorg- en ondersteuningsnood, op termijn ten goede kunnen komen.

Dank voor uw bijdrage en interesse die ten volle wordt gewaardeerd.

Jo Vandeurzen
Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

2 HOOFDSTUK 1: WAAROM VERANDEREN?

Een conferentie eerstelijnszorg heeft nood aan een aantal afspraken rond de gehanteerde begrippen om spraakverwarring en nodeloze discussies te vermijden. Daarom eerst een noodzakelijke begripsafbakening van de 'eerste lijn'. Ook de motieven om een veranderingstraject aan te vatten moeten van meet af aan helder zijn voor iedere deelnemer.

2.1 WIE OF WAT IS DE EERSTE LIJN?

De eerste lijn kan als volgt worden gedefinieerd⁵:

⁵ SAR WGG, Reflectienota Eerstelijnszorg. Bijdrage naar aanleiding van de Vlaamse conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg, 4 november 2010, pg. 6-7.

- > Verwijst naar rechtstreeks toegankelijke, ambulante, generalistische zorg voor niet-gespecificeerde gezondheids- of welzijns(gerelateerde)problemen, zowel van fysieke, psychologische en sociale aard;
- > Vormt in de regel het eerste contact met professionele zorg;
- > Kan diagnostische, curatieve, revaliderende en palliatieve zorgverlening aanbieden voor het overgrote deel van de problemen;
- > Biedt preventie voor individuen en risicogroepen in de eigen populatie;
- > Houdt rekening met de persoonlijke en sociale context van mensen;
- > Verzekert continuïteit van zorg over de tijd en tussen zorgaanbieders;
- > Ondersteunt de informele zorg rondom de patiënt/cliënt.

De eerste lijn is internationaal volop in beweging⁶. Het Europees bureau van de Wereldgezondheidsorganisatie publiceerde, in opvolging van het World Health Rapport "Primary Health Care: now more than ever!"⁷, het rapport "Health 2020: European Policy Framework and Strategy for the 21st century"⁸, waarin de eerstelijnszorg als hoeksteen van een modern gezondheidszorgbeleid naar voor wordt geschoven:

"De eerstelijnszorg moet een hoeksteen zijn in elk zorgsysteem in de 21e eeuw. Dat blijft de inzet voor Health 2020. Hoe kan de eerstelijnszorg inspelen op de huidige behoeften? Door een gunstig klimaat te creëren voor partnerschappen en door mensen aan te moedigen om op nieuwe manieren deel te nemen aan hun zorg en zo beter voor hun eigen gezondheid te zorgen. Een betere en meer kosteneffectieve zorg is mogelijk door optimaal gebruik te maken van 21e-eeuwse instrumenten en innovaties zoals communicatietechnologie - digitale documenten, telegeneeskunde / ehealth - en sociale media. De patiënten beschouwen als een partner en een bron voor input en verantwoording kunnen afleggen voor wat het de patiënt oplevert: ook dat zijn belangrijke principes."

Aanvullend geeft de wetenschappelijk reflectiekamer aan dat de eerstelijnszorg vandaag moet bijdragen tot de realisatie van de "Quadruple Aim"⁹. Dit concept formuleert 4 doelstellingen voor de zorg:

1. verbeteren van de zorg zoals die door het individu wordt ervaren;
2. verbeteren van gezondheidstoestand op bevolkingsniveau met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid;
3. het realiseren voor de patiënt van meer "waarde" op het vlak van gezondheid met de ingezette middelen;
4. ervoor te zorgen dat professionelen in de gezondheidszorg hun werk op een goede en duurzame manier kunnen doen.

De zorgaanbieders die actief zijn in de gezondheidssector op de eerste lijn zijn onder andere: apothekers, diëtisten, huisartsen, kinesitherapeuten, psychologen, tandartsen, logopedisten, (thuis)verpleegkundigen, vroedkundigen, zorgkundigen, ergotherapeuten, podologen, verzorgenden, sociaal werkers (niet exhaustieve lijst)¹⁰.

⁶ Verlinde, C., De Maeseneer, J. et al., De hervorming van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: we maken er samen werk van! Synthesenota van de wetenschappelijke reflectiekamer voor de Eerstelijnsgezondheidsconferentie van 16 februari 2017. 10 januari 2017 <https://www.zorg-en-gezondheid.be/conferentie-reorganisatie-van-de-eerstelijnszorg-in-vlaanderen>

⁷ Anonymous. Primary Health Care : now more than ever ! Beschikbaar via : <http://www.who.int/whr/2008/en/>

⁸ Anonymous. Health 2020 : European Policy Framework and Strategy for the 21st Century. Beschikbaar via: <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013b>

⁹ Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2004 ;12:573-576.

¹⁰ EXPH (EXpert Panel on effective ways of investing in Health), Report on Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems, 10 July 2014

Als onontbeerlijke actoren uit de welzijnssector in de eerste lijn beschouwen we: de woonzorgactoren (diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, diensten voor logistieke hulp, diensten voor oppashulp, diensten voor thuisverpleging (erkenning), diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds, lokale dienstencentra, diensten voor gastopvang, dagverzorgingscentra, centra voor herstelverblijf, centra voor kortverblijf, groepen van assistentiewoningen, woonzorgcentra en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers), centra voor algemeen welzijnswerk (CAW) en openbare centra voor maatschappelijk welzijn (OCMW), opbouwwerk, buurtwerk en verenigingen waar armen het woord nemen. Uiteraard spelen de jeugdzorg en de sector van de personen met een beperking (VAPH) evenals Kind en Gezin (K&G) een belangrijke rol in de eerste lijn. Zij maken deel uit van de beleidsraad die maandelijks samenkomt met de Vlaamse minister bevoegd voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, waar afstemming en beleidsoriëntatie worden afgesproken.

2.2 WAAROM HERVORMEN?

De uitdagingen die een veranderingstraject noodzakelijk maken worden hieronder beschreven en zijn gebaseerd op de synthesesnota¹¹ van de wetenschappelijke reflectiekamer, die het voorbereidingstraject voor deze conferentie mee begeleidde:

- > **Demografische en epidemiologische ontwikkelingen:** we worden alsmaar ouder (in 2016 is in de Europese Unie de gemiddelde levensverwachting voor mannen 84,6 jaren voor vrouwen 89,1 jaar). De prevalentie van kanker stijgt, als gevolg van de veroudering. Mede door de verbeterde therapie, wordt kanker een chronische ziekte. Er is een toename van chronische aandoeningen, met vooral een stijging van "multimorbiditeit" (het hebben van meerdere chronische aandoeningen): uit recent onderzoek¹² blijkt dat de helft van de 75-plussers twee, of meer chronische aandoeningen hebben, terwijl twee op vijf 75-plussers vier of meer chronische aandoeningen hebben. Zorgtrajecten, met focus op één aandoening, volstaan hierbij niet. Om deze patiënten goed te verzorgen is er nood aan een paradigmashift van een ziekte-georiënteerde zorg, naar een zorg die vertrekt vanuit de doelen en voorkeuren van de patiënt¹³. Dit betekent voor de eerstelijnsgezondheidszorg een belangrijke rol in het vermijden van versnippering van de zorg. De eerstelijnszorg zal met de burger en patiënt, een rol moeten opnemen als "integrator" van de zorg. De toename van kwetsbare mensen, stelt ook nieuwe eisen aan kwaliteit en interprofessionele samenwerking.
- > Een tweede uitdaging vormen de **wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen en hun implicaties voor de betaalbaarheid van de gezondheidszorg**. Wetenschappelijke vooruitgang biedt het perspectief van nieuwe preventieve en curatieve mogelijkheden op het vlak van genetica, hart- en vaatziekten, neurowetenschappen, zorg voor kanker en geestelijke gezondheidszorg. Informatie- en communicatietechnologie zijn niet meer weg te denken uit de dagelijkse praktijk in de gezondheidszorg. De hospitalisatieduur verkort voortdurend en ziekenhuizen zien het aantal daghospitalisaties stijgen. Meer technologie doet zijn intrede in de thuiszorg. Hierrond moet een duidelijke visie ontwikkeld worden en adequate strategieën om hiermee om te gaan. De eerste lijn heeft een rol in het vertalen van nieuwe inzichten naar de aanpak van gezondheidsproblemen en dit met aandacht voor de "relevantie" van de zorg en het vermijden van medicalisering van het dagelijks leven. Veel van deze nieuwe technologieën en geneesmiddelen hebben een belangrijke impact op het budget van de gezondheidszorg, wat

¹¹ "De hervorming van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: we maken er samen werk van!" Synthesesnota van de wetenschappelijke reflectiekamer voor de Eerstelijnsgezondheidsconferentie van 16 februari 2017, 10 januari 2017, Brussel.

¹² Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multi-morbidity and implications for health care, research, and medical education a cross-sectional study. *The Lancet* 2012;380:37-43. doi:10.1016/s0140-6736.

¹³ Boeckxstaens P. Multimorbidity: a quantitative and qualitative exploration in primary care. Gent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg. Universiteit Gent, 2014. ISBN: 9789491125089.

noopt tot wetenschappelijk en maatschappelijk verantwoorde keuzen.

- > **Globalisering en sociaal-culturele ontwikkelingen** brengen met zich mee dat de diversiteit in de samenleving toeneemt en dat mensen ook internationaal op zoek gaan naar oplossingen voor hun gezondheidsproblemen. Dit betekent dat zorgaanbieders een meer verscheiden pallet aan interactievormen nodig hebben om iedere persoon met een hulpvraag passend te kunnen benaderen. Door de hogere scholing en de toegenomen toegankelijkheid van de medische informatie via het internet evolueren sommige "patiënten" meer en meer tot "kritische consumenten". Ze zijn goed geïnformeerd en verwachten in dialoog te gaan met de zorgaanbieders, samen opties af te wegen en tot beslissingen te komen die best passen in hun leven. Mensen die behoren tot etnisch-culturele minderheden, brengen een grote diversiteit mee in de zorgsituaties, waarmee men passend moet omgaan. De wijzigende maatschappelijke context (meer mensen werken langer en zoeken een nieuwe balans werk-privé) heeft een belangrijke impact op informele zorg (afname van de beschikbaarheid van vrijwilligers, mantelzorg,...). Ook is er een duidelijke wijziging in de opvattingen over kwaliteitsvolle zorg bij het levenseinde.
- > De **existentiële component** van het mens-zijn wint aan belang. Naast de fysieke en psychosociale problemen waarmee mensen geconfronteerd worden, wil ieder van ons ook investeren in kwaliteit en zinvolheid van het leven en betekenisgeving aan de activiteiten waarin personen geëngageerd zijn¹⁴. Mensen dienen zich (in zorg) anders aan, zijn mondiger en zijn zich meer en meer bewust van hun eigen rol die ze hierin willen en moeten spelen – ook op existentieel niveau. De regie van het zorggebeuren vertrekt vanuit het individueel zelfbeschikkingsrecht en de eigen levenssituatie van waaruit aspecten van zorg en welzijn een plaats krijgen.
- > **Op sociaal-economisch vlak** zijn er grote gezondheidsverschillen tussen landen, maar ook tussen sociale groepen binnen één bepaald land: "arm maakt ziek en ziek maakt arm" blijft een realiteit. Er is een **sociale gezondheidskloof** in ons land. De financiële en economische crisis heeft ook een effect gehad op de sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid. De eerste lijn biedt mogelijkheden op vlak van de toegankelijkheid van de zorg en een sterke signaalfunctie, om samen met andere sectoren de "sociale determinanten" van gezondheid (woon- en werksituatie, opleiding, sociale cohesie,...) te herkennen en corrigerende maatregelen voor te stellen. **Sociaal-economische factoren** zoals werkloosheid, alleenstaand zijn, een lager opleidingsniveau, een laag inkomen zijn medebepalend voor een verhoogd risico op mentaal onwel bevinden, depressie en zelfdoding. Tegelijkertijd zijn factoren als werkloosheid, armoede, eenzaamheid ook vaak een gevolg van depressie of andere psychische problemen. Het KANS-onderzoek van het Steunpunt WVG¹⁵ toonde een sterke relatie aan tussen de ernst van depressieve gevoelens en de financiële problematiek bij de gebruikers van eerstelijnsvoorzieningen in Vlaanderen (CAW, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen en OCMW).

Naast de vaststellingen en evoluties die de wetenschap aanreikt als belangrijke redenen waarom een hervorming zich opdringt, willen we opnieuw het belang van de opportuniteit die zowel de zesde staatshervorming biedt door verschuiving van enkele belangrijke bevoegdheden naar de regio's, alsook de vaststelling dat op dit zelfde moment een hervorming van het ziekenhuislandschap zich aandient.

Inleidend werd het reeds aangehaald. Dit momentum is een unieke historische kans voor een fundamentele hervorming waarbij we vandaag de contouren en het pad moeten uittekenen.

¹⁴ Thomas A et al (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ* 319,478-483.

¹⁵ DeSmet et al, 2010, <https://steunpuntwvg.be/publicaties/rapporten/publicaties-nieuw#KANS>

2.3 PARADIGMASHIFT

Om een antwoord te kunnen bieden op deze uitdagingen is er nood aan een paradigmashift in het beleid rond de organisatie van de zorg van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg. Om een persoonsgerichte en geïntegreerde zorg te kunnen aanbieden, stelt de Wereldgezondheidsorganisatie vijf strategieën¹⁶ voor:

1. Empowerment en betrekken van personen met een zorgnood;
2. Duidelijke aansturing en verantwoording;
3. Heroriënteren van het zorgmodel;
4. Zorgverlening georiënteerd op de noden van personen;
5. Het mogelijk maken om de verschillende stakeholders samen te brengen om de hervorming te verwezenlijken.

Deze paradigmashift geldt niet enkel op het niveau van beleidsvoering maar ook voor de hulp- en zorgverleners op het terrein. De strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin geeft dit weer in enkele kernideeën¹⁷:

"Integrale zorg en ondersteuning neemt de behoeften, vragen en doelstellingen van de persoon met zorgbehoefte (en zijn naaste omgeving) als uitgangspunt. Het nastreven van een goede kwaliteit van leven voor en door elke burger moet de ultieme ambitie zijn van een integrale zorg en ondersteuning.

Het is essentieel dat professionele (zorg- en ondersteunings-)systemen pas in actie komen wanneer ze nodig zijn en enkel daar waar ze nodig zijn. In een zorgende samenleving is professionele zorg niet voor alles de oplossing, maar treedt ze eerder ondersteunend en aanvullend op ten aanzien van het sociaal netwerk en de eigen kracht van mensen. Integrale zorg en ondersteuning zet sterk in op preventieve actie en de mobilisering van verbindende krachten in de samenleving.

Deze integrale zorg en ondersteuning kan pas gerealiseerd worden door het toegankelijk eerstelijnsaanbod te versterken over de sectoren en beleidsdomeinen heen. De discussie over de organisatorische randvoorwaarden en de intersectorale inzet van middelen mag niet verward worden met het doel van een geïntegreerde aanpak: de optimale afstemming van zorg en ondersteuning op de vragen en behoeften van burgers die zich tijdelijk of permanent in een kwetsbare situatie bevinden. "

Iedereen beseft dat geen enkele individuele zorgaanbieder in staat is om alleen de complexiteit van zorg en ondersteuning te omvatten en dat samenwerking een conditio sine qua non geworden is om efficiënte en effectieve zorg te verlenen. Dit weerspiegelt zich in multidisciplinaire samenwerking : zorgverleners kijken over de muren van hun praktijk of voorziening heen en stemmen samen de zorg af op de behoeften van de persoon met een zorgnood.

2.4 OVERHEDEN OP ÉÉN LIJN

De verantwoordelijkheden inzake de eerste lijn liggen, zoals eerder aangehaald, in België en Vlaanderen verspreid over drie niveaus: het federale niveau, het niveau van de Vlaamse overheid (gemeenschap) en het lokale bestuursniveau (cf. bijlage bevoegdheidsverdeling Vlaams-federaal).

¹⁶ WHO, WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report, 2015

¹⁷ SARWGG, Visienota Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen. 7 december 2012

Het komt er op aan om het beleid goed op elkaar af te stemmen, om het beleid transparant te kunnen maken voor de zorgactoren en voor de burger en om contraproductieve of tegenstrijdige beleidsmaatregelen te vermijden. Bij voorkeur ontstaat er synergie door een goede afstemming van de beleidsmaatregelen op diverse overheidsniveaus. De Vlaamse en federale overheid kunnen daarbij gebruik maken van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid als forum waar de betrokken ministers elkaar inzicht verschaffen in beleidsintenties, maar ook onderling afspraken kunnen maken die zich vertalen in consensusstrategieën, protocolakkoorden of samenwerkingsakkoorden indien een gemeenschappelijke legistische basis noodzakelijk blijkt (bv. ehealth). Sinds 2009 werden 33 protocolakkoorden, 18 aanhangsels en 12 gemeenschappelijke verklaringen goedgekeurd. Gemeenschappelijke actieplannen zoals het plan eGezondheid¹⁸, het plan chronisch zieken, het protocolakkoord preventie en de gids rond de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, BelRAI, ziekenhuishervorming, ziekenhuisnoodplanning, ... werden in de afgelopen 2 jaar door interministeriële conferenties goedgekeurd. Vanuit Vlaanderen waken we er op die manier over dat Vlaamse en federale initiatieven maximaal op elkaar aansluiten.

Overleg met de federale overheid is ook aangewezen om de federaal gebleven bevoegdheden na de Zesde Staatshervorming op vlak van zorgverlening (de terugbetaling van prestaties van de zorgverstrekkers in de eerste lijn en van de geneesmiddelen in officina), de uitoefening van de gezondheidsberoepen en de continuïteit van de zorg (wachtdienst, huisartsenwachtpost) te laten sporen met de organisatie en ondersteuning van de eerstelijnszorg in Vlaanderen.

De zesde staatshervorming heeft ook voorzien in de mogelijkheid om een Instituut voor de Toekomst uit te bouwen. Een dergelijk Instituut zou de beleidsvoerders een stevige basis kunnen bieden om beslissingen te kunnen nemen die beide overheidsniveaus aangaan.

De autonomie van de lokale besturen en de erkenning van hun regierol in de eerste lijn vergt goede afspraken tussen het Vlaamse overheidsniveau en de vertegenwoordiger van de lokale besturen, de Vlaamse Vereniging van Steden en Gemeenten (VMSG). Momenteel blijft dit overleg te vaak ad hoc.

Een structurele dialoog tussen de verschillende overheden en de eerste lijn is belangrijk. Vandaar dat zij in het toekomstig Instituut voor de Eerste Lijn een plaats zullen krijgen (zie verder).

2.5 REEDS AFGELEGD BELEIDSTRAJECT

In de aanloop naar, tijdens en na de vorige conferentie eerstelijnsgezondheidszorg van 2010 werd nagedacht over een betere werking en minder fragmentatie van die eerste lijn. De doelstellingen van deze conferentie waren:

- > De kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg verbeteren door een betere en meer professionele samenwerking tussen de verschillende zorgverleners;
- > De kwaliteit van leven en werken van de zorgverleners beter garanderen door de samenwerking te ondersteunen en te faciliteren en ze zo te organiseren dat de administratieve lasten voor alle betrokkenen worden verlaagd.

In navolging van deze conferentie werd zwaar ingezet op de ontwikkeling van ICT-ondersteuning voor de eerste lijn. Vitalink werd opgericht, het project *éénlijn.be* voor de ondersteuning van de eerste lijn in het gebruik van ICT ging van start. Ook werden projecten eerstelijnspsychologische functie in het leven geroepen. Er werd een Zorgambassadeur aangesteld om het probleem van de capaciteit in de zorg aan te pakken. Het Samenwerkingsplatform voor de Eerste Lijn werd opgericht.

¹⁸ <http://www.plan-egezondheid.be/>

Er werd nagedacht over multidisciplinaire samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering en er groeide het besef dat het ondersteunende, zogenaamde mesoniveau aan herstructurering toe is.

Op 7 december 2013 ging een tussentijds symposium over eerstelijnsgezondheidszorg door, waarin een stand van zaken werd gegeven van het beleid ter zake.

De Zesde Staatshervorming geeft de mogelijkheid en opportuniteit om grondig na te denken over de reorganisatie van de eerste lijn zowel op vlak van structuren als inhoud. In het Regeerakkoord van de Vlaamse Regering en de beleidsnota 2014-2019 wordt daarom het volgende aangegeven:

“De Vlaamse Regering is ervan overtuigd dat de uitbouw en versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg, zeker gelet op de stijgende noden aan goede chronische zorg, zorgcontinuïteit, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg, cruciaal is. We willen daarbij vertrekken van de sterktes van ons zorgaanbod met zijn verscheidenheid aan vormen waarin zorgverstrekkers in de eerste lijn actief zijn.

Dit impliceert ook dat de individuele patiënt/cliënt meer moet betrokken worden bij de beslissingen omtrent zijn/haar eigen zorg, dat we hem/haar mee erkennen als expert in zijn/haar eigen aandoening of ondersteuningsnood. Om dit kracht bij te zetten ontwikkelen we een handvest dat de (collectieve) rechten van de cliënt/patiënt duidelijk expliciteert.

Momenteel zijn er diverse netwerkstructuren actief op de eerste lijn. In overleg met de stakeholders, maken we werk van een operationeel plan voor de versterking, afstemming, vereenvoudiging en integratie van de structuren op de eerste lijn. De zesde staatshervorming creëert het momentum voor deze uitdaging met de overdracht van de ondersteuning van de gezondheidsberoepen van de eerste lijn en de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg (Huisartsenkringen, Lokale Multidisciplinaire Netwerken, Geïntegreerde Diensten Thuiszorg, de palliatieve netwerken en de palliatieve multidisciplinaire teams).’

Het veranderingstraject dient aan te sluiten bij andere lopende of nog te initiëren hervormingen, met name: de uitbouw van de Vlaamse sociale bescherming, de ontwikkeling van een nieuw organisatie- en financieringsmodel voor de ouderenzorg, de implementatie van de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap, de inkanteling van de nieuwe bevoegdheden, het nieuwe actieplan inzake de geestelijke gezondheid, en de verbreding van het concept van de zorgstrategische planning (thans beperkt tot ziekenhuizen) en het hervormingstraject rond sociaal werk. Zo ook gesteld in het Regeerakkoord:

We vormen ons gezondheidslandschap om tot een zorgsysteem dat beter aansluit bij de behoeften van de burgers en dat het toelaat om in te spelen op de (wisselende) zorgvraag. Dit doen we door de verbreding van de scope van de zorgstrategische planning van ziekenhuizen als instrument voor bouw (verbouwing). Het verkrijgen van een planningsvergunning of erkenning verschuift zodoende van een individueel afdwingbaar recht van de instelling naar een proces dat onderhavig wordt aan een collectieve verantwoordelijkheid. We stimuleren in dit kader de ontwikkeling van nieuwe/alternatieve zorgvormen (zorghotel, respijthuizen, herstelverblijven, ...).

Door de fusiegolf van de voorbije decennia kende het gemiddelde Vlaamse ziekenhuis een beduidende schaalvergroting. Er dient een kader gecreëerd te worden dat een verdere duplicatie en onnodige diffusie van hoogtechnologisch en hooggespecialiseerd aanbod afremt. De concentratie van complexe pathologie met een duidelijke relatie tussen volume en outcome dient te worden aangemoedigd en opgevolgd te worden via monitoring van

(outcome)indicatoren. We zetten in op netwerken waarbij enerzijds samenwerking tussen ziekenhuizen onderling wordt gestimuleerd en anderzijds ook horizontale netwerken met partners in de regio in zorg en welzijn worden aangemoedigd. Een geïntegreerd zorg zal pas gerealiseerd worden als ziekenhuizen, huisartsen en ook de “woonzorg”partners van de eerste lijn zich samen inschakelen in een horizontaal zorgcontinuüm of “horizontaal” netwerk.

We maken werk van een nieuw organisatie- en financieringsmodel voor de (residentiële) ouderenzorg, en stimuleren daarbij de ontwikkeling van innovatieve modellen. De nieuwe bevoegdheid m.b.t. de prijscontrole zal ook ingebed worden in deze nieuwe aanpak. Vooraleer grondige wijzigingen aan te brengen aan bestaande financieringssystemen, zullen we concepten van persoonsvolgende financiering in de ouderenzorg uittesten. We onderzoeken de mogelijkheden van reconversie van residentiële capaciteit en beschikbare voorafgaande vergunningen naar andere geschikte zorgvormen.”

Ook rond de toekomst van het sociaal werk werd een voorbereidingstraject opgestart einde 2016, dat zal uitmonden in een conferentie in het najaar van 2018. Zeven werkgroepen werden samengesteld. Deze werkgroepen omvatten telkens sociaal werkers tewerkgesteld in verschillende sectoren: eerste lijn, jeugdhulp, sociaal zwakkere personen met een beperking, justitie, arbeid en integratie. Vanuit hun uiteenlopende invalshoeken en deskundigheid formuleren zij samen voorstellen rond vijf thema's: grondrechten, emancipatie versus disciplineren, de finaliteit van sociaal werk in netwerken, individuele hulpverlening versus structureel werken, diversiteit in de samenleving. Gezien de belangrijke taak voor sociaal werk in de eerste lijn volgen we deze hervorming van nabij op.

Geïntegreerde zorg moet over de bevoegdheden heen gerealiseerd worden. Daarom moet ook met de federale initiatieven rond de nieuwe ziekenhuisnetwerken, de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de herziening van het KB 78 aangaande de zorgverstrekkers worden afgestemd.

De federale overheid en de deelstaten werken ook samen de actielijnen uit het gemeenschappelijk plan voor geïntegreerde zorg voor chronische zieken verder uit. In uitvoering van actielijn 1 van dit gemeenschappelijk plan, zullen maximaal 10 pilootprojecten worden gelanceerd in Vlaanderen. Deze projecten zullen de verschillende componenten van geïntegreerde zorg uitwerken. 'Het doel van de pilootprojecten in het Plan 'Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid' is het uittesten en uitwerken van geïntegreerde zorg voor chronische patiënten binnen een geografisch afgelijnde regio met respect voor de Triple Aim gedachte en met aandacht voor het equity-principe en de levenskwaliteit van de gezondheidsprofessionals.'¹⁹

Om de voorgenomen hervorming van de eerste lijn in Vlaanderen gedragen aan te pakken, werden er 6 werkgroepen opgericht ter voorbereiding van deze conferentie. In elke werkgroep was er een evenwichtige vertegenwoordiging van, onder andere, belanghebbende eerstelijnsorganisaties, -voorzieningen, beroepsgroepen, deskundigen uit de sector, gebruikers... Elke werkgroep kreeg een aantal doelstellingen mee die hieronder kort worden toegelicht en formuleerde tijdens verschillende werksessies een antwoord op de geformuleerde vragen:

> **Werkgroep 1 - Taakstelling en structuurintegratie (o.l.v. Roel Van Giel)**

Het toewijzen van duidelijk afgelijnde functies en taken noodzakelijk voor de realisatie van een integrale zorgbenadering aan de niveaus die het praktijkvoerende niveau ondersteunen en het maken van een voorstel van ondersteuningsstructuur (of -structuren), op basis van het voorstel uit de oefening 'taakstelling'.

¹⁹ GIDS Pilootprojecten Geïntegreerde zorg voor chronisch zieken. Via <http://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/gidspp.pdf>

- > **Werkgroep 2 - Geografische afbakening van de zorgregio's (o.l.v. Joris Voets)**
Het opmaken van een voorstel van zorgregio's op basis van de resultaten van werkgroep 1.
- > **Werkgroep 3 - Modellen voor integrale zorg (o.l.v. Ilse Weeghmans)**
Het uitwerken van een Vlaams model van integrale zorg, op basis van bestaande modellen, met oog voor de afstemming met het federale traject geïntegreerde zorg voor chronisch zieken.
- > **Werkgroep 4 - De patiënt/burger centraal (o.l.v. Guy Tegenbos)**
Het uitwerken van een visie en draaiboek om de burger en de persoon met een zorgnood in de integrale zorg, op vlak van alle aspecten van die zorg waarin die persoon betrokken moet worden, een hoofdrol te geven.
- > **Werkgroep 5 – Gegevensdeling en kwaliteit van zorg (o.l.v. Dirk Ramaekers)**
Het uitwerken van een model voor evaluatie van de kwaliteit van de zorg binnen een integrale zorgbenadering.
- > **Werkgroep 6 - Innovatie en ondernemerschap in de zorg (o.l.v. Johan Hellings)**
Het komen tot oplossingen voor de uitrol van de positief beoordeelde innovatie- en vernieuwingsprojecten in de zorg.

Per werkgroep werd een eindrapport opgemaakt. De essentiële ideeën uit deze eindrapporten werden gebundeld in een syntheserapport. Dit syntheserapport vormt mee de basis voor het uitwerken van deze beleidstekst.

Het volledige traject steunt op een stuurgroep. Hierin zetelen de voorzitters van de werkgroepen, verschillende leden van het kabinet en het agentschap Zorg en Gezondheid en de externe procesbegeleiding die gegund werd aan Möbius. Daarnaast werd ook input gevraagd van academici uit diverse disciplines die elkaar vonden en met elkaar en met de minister in dialoog gingen in een 'wetenschappelijke reflectiekamer' (samenstelling als bijlage).

3.1 DE PERSOON MET EEN ZORG- EN ONDERSTEUNINGSNOOD IN HET CENTRUM

3.1.1 Regie in eigen handen

3.1.1.1 **INTEGRALE BENADERING**

Elke persoon heeft recht op zorg en ondersteuning die een zo optimaal mogelijke levenskwaliteit toelaat. Iedere persoon heeft ook een verantwoordelijkheid om gekende risicofactoren op vlak van gezondheid en welzijn zoveel mogelijk te vermijden of terug te dringen. Het helpen realiseren van de persoonlijk gewenste en best mogelijke levenskwaliteit vormt het einddoel van onze zorg en ondersteuning. Om dit doel te bereiken, is een **integrale benadering** nodig. Een zorg en ondersteuning waarin lijnen, niveaus en sectoren ondergeschikt zijn aan dit doel en waarbij de zorg geïntegreerd aangeboden wordt. Een zorg waarin de persoon centraal staat en de zorgaanbieders samen met de persoon de weg naar die optimale en best mogelijke levenskwaliteit uittekenen en helpen realiseren. Het begrip 'helpen realiseren' is hier heel belangrijk. Het geeft aan dat er vertrokken wordt van de autonomie van de persoon en de regierol door de persoon of zijn mantelzorger opgenomen wordt. In eerste instantie wordt ook de zorgcoördinatie door de persoon of zijn mantelzorger opgenomen.

3.1.1.2 **Zelfmanagement**

Het opnemen van de regierol door de persoon zelf noemen we **zelfmanagement**. Het zorgproces dat opgebouwd wordt, staat altijd in het teken van dit zelfmanagement. Als de autonomie en de bereidheid tot autonomie aanwezig is, staat dit zelfmanagement buiten discussie. Is er bij de persoon een verminderde autonomie aanwezig om die rol op te nemen, dan wordt er in het zorgproces prioritair gewerkt aan het opnieuw versterken van die autonomie. De regierol kan dan tijdelijk overgenomen worden door iemand naar keuze van de persoon met een zorgnood, zoals de mantelzorger of indien dat niet mogelijk is een professionele zorgaanbieder. In een vergevorderd stadium van bepaalde aandoeningen of in complexe situaties, kan er naast de regierol nood zijn aan zorgcoördinatie. De zorgcoördinatie wordt dan in eerste instantie opgenomen door de mantelzorger. Indien dat niet mogelijk is kan de zorgcoördinatie ook overgenomen worden door een professionele zorgaanbieder, steeds gekozen door de persoon met een zorgnood.

3.1.1.3 **Gezondheidsvaardigheden en zelfversterking**

Hoe kunnen we garanderen dat elke persoon zijn regierol kan opnemen bij het optreden van een zorgnood? Dat is een proces dat moet starten van jongs af aan. We spreken van een proces van health literacy of gezondheidsvaardigheid. De Europese Commissie definieert health literacy als volgt:

“de mate waarin mensen beschikken over het vermogen om fundamentele diensten en informatie op het gebied van gezondheid te verkrijgen, te verwerken en te begrijpen, zodat ze beslissingen kunnen nemen die hun gezondheid ten goede komen”.

Via health literacy-vorming worden de noodzakelijke kennis, vaardigheden en attitudes aangebracht, om als burger met voldoende zelfvertrouwen en controle de zorg te benaderen. Het aanbrengen van gezondheidsvaardigheden omvat twee grote luiken:

1. Het beschikbaar stellen van betrouwbare en begrijpbare informatie.

Verschillende actoren hebben hierin een rol: de overheid, kennis- en onderwijsinstellingen, zorgaanbieders en -verzekeraars²⁰, patiëntenverenigingen (i.k.v preventie bij ziekte), ... De digitalisering kan hierin een grote rol spelen. Zo kan bijvoorbeeld door het invoeren van betrouwbare gegevens in het elektronisch patiëntendossier, de persoon met een zorgnood beschikken over (wetenschappelijk onderbouwde) informatie. Of kan de persoon met een zorgnood geïnformeerd worden over patiëntenverenigingen, activiteiten, ... in de buurt.

2. Het verwerven van basiskennis en het aanleren van de vaardigheid om een bepaald gedrag te stellen.

Dit is zeer ruim gedefinieerd en omvat bijvoorbeeld: het kunnen lezen van een bijsluiter, weten waar je betrouwbare informatie vindt en hoe je deze controleert, weten bij welke zorgaanbieder je terecht kan voor welke zorgvraag, enz. De wetenschappelijke reflectiekamer haalt in zijn synthesesnota aan dat mensen met een betere health literacy sneller op de juiste plek in de zorg terecht komen wanneer de juiste hulpvraag wordt gesteld. Investeren in gezondheidsvaardigheden is een maatschappelijke opdracht en is een proces dat best zo vroeg mogelijk begint. Dit vormt dus een uiterst belangrijke uitdaging voor alle zorgactoren maar ook voor het onderwijs.

Goede gezondheidsvaardigheden geven de persoon met een zorgnood de mogelijkheid om zelf zijn eigen zorg beter te coördineren en een volwaardige partner in de zorg te worden. Toch is het ook mogelijk dat hij soms nood heeft aan coaching en versterking (empowerment of zelfversterking). Dit is zeker het geval wanneer de persoon met een zorgnood in een situatie van zorgbehoefendheid nog steeds een actieve rol kan opnemen in het eigen zorgproces en leven.

Het proces van zelfversterking bevat de kernelementen autonomie, steun, aanvaarding en verbetering van de leefsituatie²¹ en is vooral gericht op het vergroten van de controle over het eigen leven en het bevorderen van de capaciteiten om zelf actie te ondernemen en zo de levenskwaliteit te verhogen.

Overbrengen van kennis en informatie over de aandoening(en) en het ziekteverloop, inzicht geven in het sociaal en persoonlijk functioneren, inzicht geven in ondersteuningsmogelijkheden, enz., helpt de persoon met een zorgnood om zelf beslissingen te nemen in zijn zorgproces en is dus een taak van elke zorgaanbieder. Maar ook patiëntenverenigingen kunnen hierbij helpen: via informatiesessies, lotgenotencontact, sensibilisatiecampagnes enz.

Inzicht krijgen in het eigen zorg- en ondersteuningsplan en persoonlijke gegevens kunnen registreren en delen zijn belangrijk elementen in het proces van zelfversterking. Zo kan de persoonlijke expertise en het psychisch en sociaal functioneren van de persoon met een zorgnood via deze weg uitgewisseld worden met de zorgverleners. Maar ook de wetenschappelijke evidentie waarover de zorgaanbieders beschikken, kan via het elektronisch dossier beschikbaar gesteld worden aan de persoon met een zorgnood.

Verder is het belangrijk dat de zorgaanbieder de persoon met de zorgnood, als een gelijkwaardige partner in het zorgproces beschouwt. Meer zelfs, de persoon met een zorgnood zit maximaal zelf aan

²⁰ De verzekeringsinstellingen kregen hierin een expliciete opdracht beschreven op pg 10 ev van het federaal pact voor de verzekeringsinstellingen. Er wordt in dit pact ook verwezen naar de verwevenheid van bevoegdheden terzake met de deelstaten. Beleidscel minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken (2016, September). RIZIV: http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/toekomstpact_verzekeringsinstellingen.pdf

²¹ (2012) Vlaams Patiëntenplatform, Denkdag patiënt empowerment. via <http://vlaamspatiëntenplatform.be/nieuwsbrieven/item/denkdaag-patient-empowerment>

het stuur. Op dit moment bestaan er al enkele beslis- en ondersteuningshulpen. Deze kunnen verder uitgewerkt worden.

De zorgaanbieders moeten tot slot vertrouwd zijn met de kernelementen van zelfversterking zodat zij te allen tijde de persoon met een zorgnood kunnen bijstaan in het proces. Het dient dan ook meegenomen te worden in de basisopleiding en permanente vorming van de zorgaanbieders.

3.1.2 Informele zorg

Informele zorg is alle zorg en ondersteuning die door niet-professionelen geboden wordt. Mantelzorg neemt hierbinnen een bijzondere en belangrijke plaats in, naast occasionele zorg en ondersteuning en deze geboden door vrijwilligers. Door de wens van veel personen om thuis te blijven wonen, zelfs met een complexe zorgnood, neemt de zorg verstrekt door familieleden, vrienden, burens en vrijwilligers een steeds belangrijker plaats in. Indien de persoon met de zorgnood de regierol niet kan opnemen, is de informele zorg de eerstvolgende partij om deze rol aan toe te kennen. Deze informele zorgaanbieders nemen niet alleen veel praktische aspecten in het zorgproces en de desgevallend de coördinatie van de zorg voor hun rekening, zij zijn ook op het gezondheidseconomische en psychologische vlak van onschatbare waarde. Zij ondersteunen de persoon met een zorgnood immers ook mentaal en sociaal. Maar zoals elke persoon botsen ook informele zorgaanbieders af en toe op hun grenzen. Om hun dagelijkse zorg draaglijk te houden, werken we verder aan een ondersteuningsbeleid dat hen toelaat deze zorg zo lang mogelijk te kunnen blijven opnemen.

De informele zorg staat in een gelijkwaardige positie in het zorgproces als de professionele zorgaanbieders. De professionele zorgaanbieders dienen de informele zorgaanbieders te erkennen, respecteren en hen actief te betrekken bij elke actie die ondernomen wordt rond de persoon met de zorgnood.

3.1.3 Het formuleren van zorg- en ondersteuningsdoelen

Personen met een complexe en chronische zorgnood formuleren in samenspraak met de zorgcoördinator (zie verder) zorg- en ondersteuningsdoelen²² - verder in de tekst gebruiken we de term “zorgdoelen”. Deze worden geënt op de analyse die reeds gemaakt werd over de levensdoelen en de wensen van de persoon met zorgnoden. De zorgdoelen geven dus aan wat de gewenste levenskwaliteit is voor deze persoon en worden zo veel als mogelijk SMART geformuleerd en vertaald in concrete acties en handelingen die hun plaats hebben in een zorg- en ondersteuningsplan. Bij het realiseren van zorgdoelen kiest de persoon (of diens mantelzorger) zijn formele en informele zorgaanbieders die daarbij betrokken worden.

Actie: het Vlaams Patiëntenplatform ontwikkelt een gebruiksvriendelijk, toegankelijk en onderbouwd instrument om mensen met een chronische aandoening/of complexe zorgnood levensdoelen te helpen formuleren.

²² Het plan “Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid” (IMC 19 oktober 2015) hanteert volgende omschrijving: “Vervolgens heeft een persoon met een chronische aandoening behoeften die niet louter medisch zijn (diagnose, planmatige en evidence-based behandeling, symptoombestrijding, pijnbestrijding, vermijden van complicaties), maar ook psychologisch (nood aan informatie, emotionele steun), sociaal (hulp in het dagelijks leven, integratie in de maatschappij) en spiritueel van aard zijn. (...) Ons gezondheidssysteem moet in deze verschillende noden kunnen voorzien. Dit vraagt om een paradigmashift van een ziekte-georiënteerde zorg, naar een zorg die vertrekt vanuit de capaciteiten en doelstellingen van de patiënt.”

3.1.4 De mantelzorg is een volwaardige partner in de zorg

Het volwaardig betrekken van mantelzorgers als partner bij het zorgaanbod, alsook het ondersteunen van mantelzorgers is een opdracht van alle betrokken zorgaanbieders. De mantelzorg wordt partner in het zorg- en ondersteuningsplan en krijgt inspraak, mits de persoon met een zorgnood hiermee instemt. Daarnaast zullen professionele zorgaanbieders gestimuleerd worden om de mantelzorgers te betrekken en hun regierol in het zorgproces en desgevallend in de zorgcoördinatie te respecteren. Het Mantelzorgplan en “de resolutie van het Vlaams Parlement betreffende de verbetering van de ondersteuning van mantelzorgers”, zoals aangenomen door het Vlaams Parlement op 1 februari 2017 zetten hier dan ook sterk op in. Hierbij dient opgemerkt dat weinig personen voorbereid zijn op hun rol als mantelzorgers. Het bijbrengen van essentiële kennis over het zorgproces en over het beschikbare aanbod van zorgvormen is belangrijk net als het informeren over de aandoeningen (bv. dementie, diabetes, autisme, ...) en het bieden van praktische tips om daarmee om te gaan.

Voor veel mantelzorgers brengt het verlenen van mantelzorg verrijkende ervaringen mee. De overgrote meerderheid van de mantelzorgers ervaart zorg verlenen als zinvol en zou in eenzelfde situatie opnieuw mantelzorg geven. Maar mantelzorg kan ook een belasting betekenen en gevolgen hebben op de kwaliteit van leven. Het is dan ook essentieel de draagkracht en draaglast in balans te kunnen houden.

Hierop inzetten is een maatschappelijke keuze die over de beleidsdomeinen en beleidsniveaus heen gerealiseerd wordt. Het mantelzorgplan geeft hier uitvoering aan. Krachtlijnen van het mantelzorgplan zijn:

- > Maatschappelijk erkenning en waardering van mantelzorgers;
- > Het ondersteunen van mantelzorgers;
- > De samenwerking tussen mantelzorgers en professionele zorg;
- > De specifieke aandacht voor de jonge mantelzorgers.

Het plan vertrekt van een brede definitie van mantelzorg. Dé mantelzorgers bestaat niet. Vele mantelzorgers werken samen in een mantelzorgnetwerk. Ondersteuning is dan ook maatwerk. Bijzondere aandacht hebben we voor kwetsbare groepen zoals de oudere mantelzorgers, mantelzorgers met een migratieachtergrond, zorg voor mensen met psychische problemen en mantelzorgers in kansarmoede.

De betrokkenheid van de mantelzorgers in het zorgproces vereist de betrokkenheid en instemming van de persoon met een zorgnood.

Informatieverstrekking is een essentieel punt bij de ondersteuning van mantelzorgers. We maken samen met de betrokken verenigingen werk van een Vlaams expertisepunt mantelzorg waar alle informatie die mantelzorgers aanbelangen laagdrempelig en voornamelijk digitaal ontsloten wordt. Dit expertisepunt zal opgaan in de werking van het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn, zoals verder in de nota wordt beschreven. Het is tevens belangrijk dat mantelzorgers lokaal met hun vragen en noden terecht kunnen. Zoals verder in de nota beschreven wordt dit lokaal aanspreekpunt ingebed in de opdrachten van een geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal die een bereikbare, lokale onthaalfunctie zal opnemen.

Een diverse groep mantelzorgers vereist een divers pallet van ondersteuningsmogelijkheden. Personen met een zorgnood kunnen met de zorgverzekering ook hun mantelzorgers ondersteunen. Een goed uitgebouwd professioneel zorgaanbod en de aandacht voor buurtgerichte steun moet mantelzorgers de nodige tijd voor zichzelf bieden.

De meerderheid van de mantelzorgers bevindt zich nog in de beroepsactieve leeftijd. De combinatie werk, gezin en mantelzorg is niet altijd evident en vereist de nodige aandacht.

De relatie tussen de mantelzorgers en de professionele zorg kent een dubbele invalshoek. Enerzijds willen we dat de mantelzorgers beschouwd worden als een volwaardige zorgpartner binnen een goed afgestemd zorgplan, anderzijds verwachten we dat de professionele zorg oog heeft voor de mogelijke noden en ondersteuning van de mantelzorgers. We willen dan ook in de eerste lijn mantelzorgers hun volwaardige plaats te geven.

Er wordt specifieke aandacht besteed aan jonge mantelzorgers, met name kinderen en jongeren tot 24 jaar, die opgroeien in een gezinssituatie met bijzondere zorgnoden. We willen de zorgaanbieders oproepen om ook deze groep jongeren te erkennen, te betrekken in de zorgcontext en aandacht te hebben voor hun specifieke noden en vragen.

Acties:

- > Het eerstelijnsdecreet, het decreet geestelijke gezondheidszorg, het decreet lokaal sociaal beleid en het woonzorgdecreet worden aangepast en het principe dat de mantelzorger een volwaardige partner is in de zorg met specifieke noden en behoeften moet hierin worden opgenomen.
- > De uitvoeringsbesluiten van deze decreten worden aangepast en ook de overeenkomsten met organisaties vertrekken vanuit deze basisprincipes en nemen deze expliciet op.
- > Er wordt overleg gepland met de minister bevoegd voor Onderwijs rond opname van gezondheidsvaardigheden in de leerdoelstellingen van het basis- en secundair onderwijs.
- > In samenwerking met de betrokken verenigingen wordt een Vlaams expertisepunt mantelzorg opgericht dat zal opgaan in het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (zie verder). Bedoeling is alleszins om laagdrempelig en voornamelijk digitaal te werk te gaan.
- > Het Vlaams mantelzorgplan, waar de 4 thema's geconcretiseerd worden in acties voor de eerste lijn, wordt uitgevoerd.
- > Er wordt uitvoering gegeven aan 'de resolutie betreffende de verbetering van de ondersteuning van mantelzorgers', zoals aangenomen door het Vlaams Parlement op 1 februari 2017.

3.1.5 OOK DE EERSTELIJNSACTOREN HEBBEN EEN ROL IN PREVENTIE

In het streven naar een optimale levenskwaliteit neemt preventie een onmiskenbaar belangrijke plaats in. Initiatieven van gezondheidsbevordering en ziektepreventie in de gezondheidszorg en daarbuiten, via een facettenbeleid, kunnen hiervoor zorgen. De gezondheidsdoelstellingen dienen als beleidsinstrument.

Op 16 en 17 december 2016 vond een gezondheidsconferentie plaats, die in het teken stond van de formulering van een nieuw ontwerp van gezondheidsdoelstelling rond 'gezond leven'. Zij zal de aflopende gezondheidsdoelstellingen rond voeding en beweging en tabak, alcohol en drugs kunnen vervangen. Eén van de belangrijke beslissingen die werd genomen is het voorstel om te werken via de levensdomeinen waarin de burger actief is. Het levensdomein zorg en welzijn en de buurt zijn in het kader van de hervorming van de eerste lijn, belangrijke levensdomeinen naast gezin, vrije tijd, onderwijs, werk en de burger.

Het mee helpen realiseren van de gezondheidsdoelstellingen van het preventieve gezondheidsbeleid is dus ook een opdracht van de zorgaanbieders in de eerste lijn. Een preventief beleid voeren in zorg en welzijn houdt in dat de zorgaanbieders oog hebben voor preventie en daarbij ondersteund worden om de methodieken uit het preventief gezondheidsbeleid toe te passen binnen hun praktijkvoering.

Het is ook belangrijk dat er een lokale invulling komt van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen door het gebruik van gevalideerde methodieken en van andere objectieven van het preventiebeleid. Zowel de aanpak door lokale besturen (methodiek 'Gezonde Gemeente'), als door de actoren die een rol vervullen in de eerstelijnszone (zie verder), is van belang.

Er zijn ook beleidsobjectieven op preventievlak die niet altijd expliciet zijn opgenomen in gezondheidsdoelstellingen.

De Vlaamse overheid wil de tandartsen ondersteunen inzake preventieve mondzorg, zeker bij die doelgroepen met ondermaatse zelfzorg of zorggebruik. Verpleegkundigen, verzorgenden en zorgkundigen, apothekers, kinesitherapeuten en ergotherapeuten hebben een belangrijke rol inzake valpreventie. Artsen en psychologen kunnen bijdragen tot geestelijke gezondheidsbevordering. Apothekers hebben een belangrijke adviestaak inzake adequaat medicatiegebruik en het voorkomen van verslaving aan psychotrope medicatie. Artsen, vroedkundigen en Kind en Gezin-verpleegkundigen sensibiliseren jonge ouders voor preventie (wiegedood, vaccinatie, borstvoeding...). De Huizen van het Kind zijn een belangrijk instrument om preventief te werken voor de doelgroep van jonge of aanstaande ouders en gezinnen. Ze verbinden en ontsluiten het aanbod en zorgen ervoor dat op alle levensdomeinen de ondersteuning van de gezinnen verzekerd is, in het bijzonder kansarme gezinnen. Ze hebben hierbij specifieke aandacht voor sociale steun, groepswerkingen, geestelijke gezondheid, relatieondersteuning, praktische hulp, ...

Tijdens de conferentie 'de toekomst is jong' van 6 oktober 2016 werd voorgesteld om het traject dat ouders en kinderen uit kwetsbare groepen doorlopen te structureren in een begeleidend 'zorgtraject' dat kadert binnen de preventieve gezinsondersteuning. Dat beschrijft de te verwachten acties ook op een digitale manier, zodat voor iedereen duidelijk is, wat door wie en wanneer uitgevoerd wordt. De basis van dit zorgtraject wordt gelegd door wat we nu kennen als de pre- en perinatale richtlijnen van het KCE en de consultschema's zoals ze gebruikt worden door Kind en Gezin en de CLB's. De scope van het zorgtraject wordt echter breder getrokken: niet alleen de medische opvolging, ook de volgende aspecten komen aan bod: geestelijk welbevinden, (voorbereiding op) ouderschap, ontwikkeling, gezonde voeding en beweging, roken en middelengebruik, mondgezondheid, sociale steun, praktische hulp, determinanten van gezondheid, verzekeren van rechten en ondersteuningsmogelijkheden, vrijetijdsbesteding en gezondheidsvaardigheden.

Iedere zorgaanbieder zou voldoende alert moeten zijn voor gezondheids-, welzijns- en/of sociale problemen waar de burger zelf niet of onvoldoende bij stilstaat. Op die manier kan elke zorgaanbieder zijn steentje bijdragen aan vroegdetectie en –interventie door deze te bespreken en mogelijke oplossingen voor te stellen.

Het forum waarop vertegenwoordigers van de eerste lijn zich op lokaal vlak vinden is de Zorgraad (zie verder). Deze Zorgraad moet ondersteund worden door de beschikbare expertise en het netwerk van het betrokken LOGO. Het LOGO zal opgaan in de ondersteuningsstructuur van de regionale zorgzone met als doel o.a. de band met de eerstelijns werkers te versterken en hen te ondersteunen met aanbevelingen en informatie.

Acties:

- > Een nieuw regelgevend kader wordt geschreven om de LOGO's te laten opgaan in de ondersteuningsstructuur van de regionale zorgzone
- > De Zorgraad wordt in staat gesteld door het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn en de partnerorganisaties rond preventie (VIGeZ, VAD,...) en de regionale zorgzone (zie verder) om de locoregionale voortgang naar de gezondheidsdoelstellingen op te volgen en de passende conclusies te trekken.

- > Er wordt samen met alle relevante actoren een begeleidend zorgtraject voor ouders en hun kinderen uit kwetsbare groepen uitgetekend dat in grote mate steunt op digitale gegevensdeling.

3.1.6 WEGWIJZERS IN DE ZORG

Personen met een zorgnood of zorgvraag of hun mantelzorgers zoeken vaak naar informatie en een gepast antwoord. Er is dan ook nood aan bereikbare, laagdrempelige, lokale onthaalfuncties, zowel fysiek als digitaal, waar zorgvragers en hun mantelzorgers in hun buurt terecht kunnen voor alle nuttige, objectieve informatie over hun ondersteuningsvragen: informatie over en beschikbaarheid van het aanbod, hun rechten en mogelijkheden op dienstverlening en tegemoetkomingen en eventueel inhoudelijke informatie gerelateerd aan hun zorgvraag of zorgnood.

In Vlaanderen hebben de Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW), de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) en de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen een onthaalopdracht die decretaal vastligt. Elk van deze organisaties heeft specifieke expertise opgebouwd. We bundelen deze expertise in een samenwerkingsverband '*geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal*'. De universele dienst- en hulpverlening aan zorgvragers en hun mantelzorgers wordt ingebed in de opdrachten van dit *geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal*, waardoor zowel welzijns- als gezondheidsaspecten geïntegreerd worden benaderd vanuit een generalistisch perspectief, gericht op een maximale toegang tot zorg en toekenning van rechten. Het *geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal heeft specifieke aandacht voor kwetsbare groepen (waaronder mensen in armoede) en kan ook verder uitgebouwd worden binnen het brede concept van het Sociaal Huis. Alleszins maakt het Sociaal Huis deel uit van het geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal. Dit is ook één van de acties opgenomen in het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding.*

Het lokaal bestuur (of samenwerkende besturen) neemt in deze zijn regierol op en maakt werk van het samenwerkingsverband tussen de betrokken actoren.

Dit onthaal mag niet in de passieve zin van het woord geïnterpreteerd worden, namelijk enkel als een loketfunctie. Het geïntegreerd breed onthaal organiseert de laagdrempelige toegang tot het zorgaanbod en treedt op vanuit een outreachende en een proactieve benadering met focus op kwetsbare doelgroepen. Het draagt bij aan de autonomie van de persoon om zijn zelfmanagement op te nemen. Vaak kan het geven van informatie en richting in het zorgaanbod met een goede vraagverheldering de persoon al ondersteunen om de zorgregie op te nemen en meer ingrijpende zorgsituaties te voorkomen. De ervaring leert echter dat de manier waarop het onthaal gebeurt en de aandacht voor mogelijke drempels bij het vervolgtraject in de zorg ook de nodige aandacht moeten krijgen.. Dit maakt meteen ook duidelijk hoe belangrijk de band is tussen dit breed onthaal en de zorgaanbieders. Momenteel lopen elf pilootprojecten geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal.

Acties:

- > De 11 pilootprojecten geïntegreerd breed onthaal die lopen tot 2018, worden aangemoedigd om maximaal in te zetten op het maken van de verbinding tussen zorg en welzijn.
- > Bij de verdere implementatie van het geïntegreerd breed onthaal wordt maximaal ingezet op de verbinding tussen zorg en welzijn.
- > Op basis van de evaluatie van deze pilootprojecten gaan we na hoe de verdere implementatie in Vlaanderen vorm kan krijgen.

3.1.7 MEER ZORG IN DE BUURT

Personen met een chronische zorgnood of verminderd zelfzorgvermogen wensen meestal zo lang mogelijk thuis te blijven. De realisatie van deze wens wordt vaak mogelijk gemaakt door een waaier

van vormen van ondersteuning van professionele maar ook van informele zorgverleners. Burens die zich inzetten en vrijwilligers vormen een kostbare schakel tussen de persoon met een chronische zorg- en ondersteuningsnood en de samenleving waaraan hij zolang mogelijk volwaardig moet kunnen participeren. Vereenzaming en sociaal isolement moeten tegengegaan worden.

Vrijwilligers en mantelzorgers moeten kunnen steunen op zorg en ondersteuning in hun nabijheid die hun inzet draaglijker maken. Lokale dienstencentra, minder mobiel centrales voor vervoer, centra voor dagopvang en dagverzorging, diensten voor gezinszorg maar ook vrijwilligers in de oppashulp en gastopvang kunnen de mantelzorger wat respijt en tijd gunnen voor zichzelf.

Buddysystemen met gemotiveerde vrijwilligers voor mensen met problemen op vlak van geestelijke gezondheid kunnen hun re-integratie in de samenleving vergemakkelijken. Aangepaste woonvormen (zoals sociale assistentiewoningen) kunnen in de buurt sociale effecten sorteren omdat ze huisvesting betaalbaar maken. Initiatieven op vlak van arbeidszorg kunnen een zinvolle invulling bieden voor personen met beperkingen die zich niet meer op de reguliere arbeidsmarkt kunnen begeven. Maar ook andere zorgactoren worden aangemoedigd om zich buurtgericht te organiseren. Binnen de Huizen van het Kind wordt ingezet op een sterke samenwerking tussen lokale actoren en de lokale gemeenschap om interventies op te zetten die gezondheidsongelijkheid verminderen en het aanbod toegankelijk maken.

Acties:

- > Het op te richten Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn krijgt de opdracht om o.a. samen met de VVSG op basis van goede praktijken methodieken uit te werken en te verspreiden voor de lokale besturen om initiatieven rond buurtgerichte zorg te faciliteren.

3.1.8 LOKAAL SOCIAAL BELEID

De organisatie van de eerstelijnszorg kan niet los gezien worden van het lokaal sociale beleid. Eerstelijnszorg en inzetten op informele zorg speelt zich per definitie af op het lokale en/of wijkniveau. De regierol van de lokale besturen is daarin onmiskenbaar. Dit zal zijn weerklank vinden in een nieuw decreet lokaal sociaal beleid. Zo zullen de lokale besturen de opdracht krijgen om inclusieve en integrale lokale sociale beleidsdoelstellingen op te nemen in hun meerjarenplan. Hiervoor worden de bestaande instrumenten gebruikt, zodat dat dit geen extra planlast betekent voor de lokale besturen. Daarnaast zien we ook een belangrijke regierol die zich onder andere vertaalt naar een maximale afstemming van het aanbod op de lokale noden.

Meer concreet op het operationele niveau realiseert het lokaal bestuur, eventueel in samenwerking met andere besturen, het geïntegreerd breed herkenbaar onthaal. De lokale besturen zijn ook partners bij uitstek om een regierol op te nemen in het kader van de vermaatschappelijking van zorg. We verwijzen hier onder meer naar de ontwikkeling van initiatieven op vlak van buurtgerichte zorg. Vrijwilligers, burens, familie en mantelzorgers van personen met een zorgnood, actoren in de sociale, welzijns- en gezondheidssector werken in zo'n omgeving samen om hulp en zorg voor iedereen bereikbaar, betaalbaar en beschikbaar te houden en de sociale cohesie te bevorderen.

3.1.9 DE ZORGAANBIEDERS IN DE EERSTE LIJN

Huisartsen, tandartsen, verpleegkundigen, vroedkundigen, apothekers, kinesitherapeuten, sociaal werkers, ergotherapeuten, eerstelijnspsychologen, diëtisten, logopedisten, podologen, verzorgenden, zorgkundigen, vormen de basis van de eerstelijnszorg in Vlaanderen. Allemaal spelen ze een essentiële rol in de zorg voor de persoon met een zorgnood. Elk vanuit hun eigen expertise, competenties en capaciteiten. Ze zorgen voor begeleiding en advies vanaf de geboorte tot aan de laatste levensdagen.

- > De **huisarts** verzorgt de medische begeleiding en advies van zowel acute als chronische zorgnoden. Vanuit zijn vertrouwensrelatie, soms levenslang, met de persoon met een zorgnood is hij bij uitstek geplaatst om de zorgnoden van de persoon te beluisteren en adviezen uit te brengen die kunnen bijdragen aan het voorkomen van aandoeningen, aan vroegdetectie en – interventie, aan de genezing en het aanpassen van de leefstijl van de persoon. Vanuit zijn positie is hij uitstekend geplaatst om zowel de fysieke, psychische en sociale problematieken te detecteren, te behandelen en desgevallend door te verwijzen. De medische verantwoordelijkheid rust bij de huisarts. Hierover kan geen discussie bestaan.
- > Het werkkterrein van **verpleegkundigen** wordt gevormd door de thuis- of thuisvervangende omgeving van de persoon met een zorgnood. De belasting door manipulatie van weinig mobiele personen en de tijdsdruk voor thuisverpleegkundigen door de veelvuldige verplaatsingen in een dichtslibbend verkeer vormen risicofactoren. Meer nog dan bij de huisarts komt de verpleegkundige in de vertrouwde omgeving van de persoon verpleegkundige handelingen stellen, die er op gericht zijn problemen op te lossen of minstens bespreekbaar te maken en zo het dagelijks handelen te ondersteunen of te reactiveren. Hun signaalfunctie is essentieel.
- > De **vroedkundigen** richten zich op de ondersteuning van de zwangere vrouw en moeder en kind na de geboorte. Hun rol wordt gaandeweg belangrijker aangezien perinatale zorgen steeds minder een intramuraal gebeuren worden.
- > **Apothekers** leveren een onmiskenbare bijdrage aan de zorg door hun begeleiding en advies rond een correct medicatiegebruik. De polymedicatie bij oudere en chronische personen met een zorgnood stelt hen voor bijzondere uitdagingen inzake therapietrouw, het inzicht hebben in het eigen medicatieschema door zorggebruiker en mantelzorger, en de correcte inname van de voorgeschreven medicatie. Ook hun takenpakket kent een belangrijke sociale component, aangezien zij een laagdrempelige schakel in de eerstelijnsketen vormen. Personen met een acute of chronische zorg willen soms hun verhaal kwijt. De apotheker is vaak één van de eerste contacten bij ziekte of een veelvuldig contact bij een chronische ziekte. Op deze wijze bouwen zij ook met de persoon met een langdurige zorgnood of hun mantelzorger een vertrouwensrelatie op.
- > **Tandartsen** vormen het eerste aanspreekpunt rond mondzorg. Steeds meer ouderen hebben door de goede tandheelkundige zorgen in het verleden hun gebit behouden tot op hogere leeftijd. Dit vergt een specifieke aandacht en aanpak, gelet op de geringere mobiliteit en de brozere weefsels en gebitselementen van oudere patiënten. Een goede mondzorg draagt bij tot de algemene gezondheidstoestand.
- > De **kinesitherapeuten** leveren eveneens een belangrijke bijdrage aan de persoon met een zorgnood. Zowel binnen de eigen praktijk, als bij de mensen thuis, verhogen zij de kwaliteit van leven van personen met lichamelijke noden. De kinesitherapeut richt zich dan ook vooral op het menselijk bewegen in een context van een gezond functioneren. Samen met de persoon probeert hij de lichamelijke mogelijkheden en activiteiten van de persoon te bevorderen. De kinesitherapeut draagt ook bij aan de preventieve gezondheidsdoelstellingen (bv. valpreventie, strijd tegen sedentarisme). Een rol die steeds belangrijker wordt in een verouderende maatschappij, waarin men in afnemende mate beweegt.
- > Een andere beroepsgroep, die zich richt op het handhaven of herstel van het lichamenlijk functioneren, is de **ergotherapeut**. Zijn begeleiding richt zich op het terugwinnen, verbeteren of in stand houden van het functioneren in de leer-, leef-, werk- en ontspanningssituaties van

mensen van uiteenlopende leeftijden. Samen met de persoon met zorgnood zoekt hij naar een manier tot deelname aan het dagelijks leven.

- > De **sociaal werker** richt zijn activiteiten op het herstellen, verruimen en bevorderen van handelingsmogelijkheden van de persoon met een zorgnood in relatie tot de omgeving. Ook het verkennen en realiseren van rechten met als doel het vergroten van de toegang tot voorzieningen op alle levensdomeinen behoort tot de kerntaak van sociaal werkers. Terecht wordt vandaag de nadruk gelegd op het feit dat de persoon met een zorgnood de regie over zijn zorg zelf moet voeren. Maar er zijn omstandigheden waarbij dit niet (alleen) om veranderingen van de persoon zelf vraagt, maar ook van de omgeving en de samenleving. Sociaal werkers geven hier vorm aan vanuit een maatschappelijke signaalfunctie binnen een voorziening of dienst, maar ook via opbouwwerk en specifieke participatietrajecten. Dit met als doel ook in te zetten op structurele veranderingen.
- > De **eerstelijnspsycholoog**²³ behandelt lichte en milde psychische klachten, geeft kortdurende zorg (maximum 5 sessies) en werkt samen met de huisarts. In een gesprek met de persoon met een zorgnood worden de problemen helder in kaart gebracht en nagegaan hoe de problemen kunnen aangepakt worden. Bij detectie van meer ernstige psychische problematieken wordt er doorverwezen naar de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. De eerstelijnspsycholoog is vooral gericht op het verhogen van de zelfredzaamheid en veerkracht van de persoon met een zorgnood binnen zijn of haar context en dichtbij huis. Hij zorgt voor (vroegtijdige) klinisch psychologische, generalistische én kortdurende begeleiding. De eerstelijnspsycholoog is er voor alle leeftijden en moet ook toegankelijk zijn voor kwetsbare groepen.
- > De **verzorgende** is onontbeerlijk geworden als de zorgverlener die instaat voor persoonsverzorging en voor het goed functioneren van de persoon met een zorgnood in zijn thuis- of thuisvervangend milieu. De verzorgende draagt ook zorg voor de woonomgeving van deze persoon met wie gaandeweg een vertrouwensrelatie kan worden opgebouwd. Hij voert autonoom de handelingen uit overeenkomstig het woonzorgdecreet.
- > Een **zorgkundige** is specifiek opgeleid om 18 verpleegkundig ondersteunende taken uit te voeren. Die handelingen worden gedelegeerd door een verpleegkundige. De zorgkundige werkt voor deze handelingen onder toezicht van een verpleegkundige en maakt deel uit van een gestructureerde equipe. Naast die 18 handelingen voert een zorgkundige ook de taken uit van een verzorgende. Op korte tijd is deze discipline uitgegroeid tot een onmisbare schakel in de eerstelijnszorg.
- > De **podologen** onderzoeken personen met klachten ter hoogte van de voeten en dit in relatie tot de hoger gelegen lichaamsdelen zoals knieën, heupen en rug. De podoloog vervult ook een belangrijke sleutelrol bij de behandeling van personen met aandoeningen zoals diabetes en reuma. Deze beroepsgroep is dus onontbeerlijk in de realisatie van de zorgtrajectcontracten van personen met diabetes type 2.
- > De samenhang tussen beweging en voeding wordt al lang gemaakt, onder meer in het preventieve gezondheidsbeleid. Een belangrijke beroepsgroep in deze materie is de **diëtist**. Deze zorgaanbieder begeleidt en ondersteunt personen bij het aanpassen van de voedings- en leefgewoonten. Zij vervullen dus zowel een rol in de gezondheidsbevordering als in de begeleiding van personen met een ziekte.

²³ In Vlaanderen lopen momenteel 7 door de Vlaamse overheid gefinancierde pilootprojecten eerstelijnspsychologische functie.

Het belangrijkste kenmerk van de zorgaanbieders in de eerste lijn is hun toegankelijkheid voor de persoon met een zorgnood. Vanuit een generalistische kijk op de zorgnoden leveren zij de best passende zorg zelf of zorgen zij voor een gerichte doorverwijzing binnen de eerste lijn of naar meer gespecialiseerde zorg.

Digitale gegevensdeling gaat hoe langer hoe meer een voorwaarde worden tot een kwaliteitsvolle zorg en de evolutie gaat op dit vlak zo snel dat de zorgaanbieders hierin moeten ondersteund worden. Het project éénlijn.be tracht de digitale kloof die zich onmiskenbaar tussen de jonge en de oudere generaties, maar ook tussen disciplines uitstrekt, te dichten door aangepaste opleidingen. De Vlaamse overheid wil éénlijn.be verduurzamen en de huidige, projectmatige werking laten opgaan in het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn.

Zorgverstrekkers in de eerste lijn moeten ondersteund worden door alle niveaus die op dit vlak een verantwoordelijkheid dragen of zullen opnemen (eerstelijnszone, regionale zorgzone en Vlaams niveau), waarbij een goede taakafbakening voor elk niveau van ondersteuning en complementariteit in de ondersteuningsvorm essentieel zijn. Overlap in structuren en taken moet absoluut vermeden worden. De ondersteuning moet goed kunnen inspelen op de vraagzijde en voor het expliciteren naar de vragen inzake ondersteuning van de eerste lijn is een goede werking van een Zorgraad van de eerstelijnszone van groot belang.

3.1.10 DE WOONZORGFACTOREN MAKEN STRUCTUREEL DEEL UIT VAN DE EERSTE LIJN

Vanuit een visie van vermaatschappelijking wordt zorg, zoveel als mogelijk, in de eigen woonomgeving geboden. Mantelzorg én buurt zijn hierbij van essentieel belang. Dit kunnen we slechts realiseren indien er ook een voldoende en toegankelijk professioneel zorgaanbod aanwezig is. Van zodra nodig kan een brede waaier van professionele zorg en ondersteuning op maat worden aangeboden, dit uiteraard met een focus op de persoon met zijn zorgvraag maar evenzeer ter ondersteuning van de informele zorg.

Onder woonzorgactoren worden de thuiszorgvoorzieningen en residentiële woonzorgvormen verstaan die door Vlaanderen erkend via het Woonzorgdecreet²⁴:

- > Gezinszorg en aanvullende thuiszorg
- > Diensten voor logistieke hulp
- > Diensten voor oppashulp
- > Diensten voor thuisverpleging
- > Diensten voor gastopvang
- > Diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds
- > Lokale dienstencentra
- > Regionale dienstencentra
- > Verenigingen van gebruikers en mantelzorgers
- > Woonzorgcentra
- > Centra voor kortverblijf
- > Centra voor dagverzorging
- > Groepen van assistentiewoningen
- > Centra voor herstelverblijf

> ²⁴ Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, beschikbaar via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/woonzorgdecreet-van-13-maart-2009>

De woonzorgactoren zijn een structurele partner van de eerste lijn en maken bijgevolg expliciet deel uit van de eerstelijnszone (zie verder).

Zowel de residentiële ouderenzorg als de thuiszorg zijn momenteel volop in beweging. In de conceptnota "Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda." wordt het toekomstige zorg- en ondersteuningsbeleid voor de ouder wordende Vlaming geschetst. De nota focust de aandacht op onder andere de afstemming en integratie van opdrachten en taakstellingen en het vermijden van overlap tussen de diverse voorzieningen. Tegelijkertijd worden de vragen, noden, autonomie, keuzevrijheid en de kwaliteit van leven van de oudere persoon centraal gesteld. De inhoud van deze nota is complementair aan de beleidsvisie op een toekomstig geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn en de uitwerking van het toekomstig werkingskader voor de diensten voor gezinszorg en de woonzorgcentra.

In uitvoering van deze conceptnota wordt, met betrokkenheid van de sectoren, een geactualiseerd werkingskader uitgewerkt.

3.1.11 Gezinszorg

De diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg bieden zorg en ondersteuning op maat van alle gezinnen. Doorheen alle levensfasen, gaande van kraamzorg tot de ondersteuning in de laatste levensfase kan beroep gedaan worden op de diensten voor gezinszorg. Gezinszorg kan maar effectief zijn indien het ingepast is binnen een integraal zorg- en ondersteuningsaanbod rondom de persoon met een zorgvraag, waarbij deze de regie van zijn zorg in eigen handen heeft. De diensten voor gezinszorg werken in die zin nauw samen met alle andere professionele en informele zorgactoren in het zorgteam dat werd samengesteld door de persoon met een zorgnood.

Dit zorgteam kan ruimer zijn dan het reguliere eerstelijnsaanbod. Gezinszorg bieden in een context van bijvoorbeeld personen met psychische problemen, personen met een handicap, problematische opvoedingssituaties of kansarmoede vereist ook een nauwe samenwerking met het specialistisch zorg- en welzijnsaanbod.

Gezinszorg heeft als doelstelling dat de zorgbehoevende zo lang als mogelijk in zijn gekozen thuismilieu kan blijven wonen dankzij de afgestemde zorg en ondersteuning. De thuisomgeving biedt geborgenheid, draagt veel herinneringen in zich, zorgt voor rust en stabiliteit. Grenzen aan de thuiszorg worden hierbij evenwel bespreekbaar gesteld. Het vertrekpunt van het zorg- en ondersteuningsaanbod is het zorgvuldig bepalen van de zorg-, ondersteuning- en ontwikkelingsdoelstellingen. Deze doelstellingen volgen uit een indicatiestelling en worden bepaald op aangeven van de persoon met een zorgnood. De doelstellingen die de gezinszorg wenst te realiseren zijn met andere woorden doelstellingen die de persoon met een zorgvraag beoogt binnen een integraal afgestemd zorg en ondersteuningsplan.

In uitwerking van de toekomstvisie willen we aandacht geven aan een meer buurtgerichte werking van de gezinszorg. De flexibilisering van de gezinszorg maakt hier deel van uit. Naast de individuele ondersteuning in de eigen woning, willen we initiatieven stimuleren om in samenspraak met de persoon met een zorgvraag, zijn mantelzorg en omgeving, kleinschalig en lokaal personen gezamenlijk te ondersteunen. Dit zou mogelijk kunnen zijn in een brede waaier van woonvormen tot een centrum voor collectieve dagopvang. Hierbij moeten we rekening houden met de mobiliteit van de persoon met een zorgnood.

3.1.12 Woonzorgcentrum

Het woonzorgcentrum heeft de afgelopen decennia al heel wat transformaties doorgemaakt: het evolueerde van bejaardentehuis en rusthuis naar woonzorgcentrum. Het begrip woonzorg'centrum' verwijst naar het gegeven dat naast 24/7 huisvesting, ondersteuning en zorg in het centrum, ook een diversiteit aan woonzorgvormen kan worden aangereikt met als doel de zorg en ondersteuning op maat te realiseren: groepen van assistentiewoningen, centra voor kortverblijf en dagverzorging, lokaal dienstencentrum, nachtzorg voor de buurt.....

Het woonzorgcentrum is letterlijk een fysiek kruispunt geworden binnen de eerste lijn van waaruit ondersteuning en zorg in de buurt kan worden aangereikt. Vanuit die context wint het woonzorgcentrum in een toenemende mate aan belang, als men het heeft over ondersteuning en zorg in de buurt, de wijk of het dorp die in samenspraak en ter versterking van de thuiszorg wordt geboden. Het woonzorgcentrum maakt onderdeel uit van een snel evoluerende eerstelijnszorg.

Onder invloed van het grote maatschappelijke draagvlak voor de thuiszorg, de uitbreiding van de mogelijkheden ter ondersteuning van de mantelzorg en de toenemende intensiteit en complexiteit van de zorg- en ondersteuningsvragen, wordt een verschuiving vastgesteld in de doelgroep van het woonzorgcentrum. Daar waar vroeger ook relatief zelfredzame oudere personen gedurende meerdere jaren woonden in een woonzorgcentrum, wordt vastgesteld dat de zorgprofielen van de huidige bewoners van woonzorgcentra in zorgzwaarte toenemen, en dat de verblijfsduur inkort. De zorg en ondersteuning wordt zichtbaar meerlagig en intensiever. Daarnaast worden de woonzorgcentra aangesproken om voor niet-ouderen met een langdurige en intensieve zorgvraag (jonge personen met dementie, personen met een fysieke of psychische beperking, personen met een gestabiliseerde chronische aandoening, personen met een niet-aangeboren hersenletsel) de zorg en ondersteuning op te nemen, al dan niet in samenwerking met gespecialiseerde voorzieningen (ontschotting).

Het woonzorgcentrum bewerkstelligt, samen met de personen met een zorgnood en hun familie, de buurtbewoners en alle andere welzijns- en zorgpartners, een samenhangende en buurtgerichte aanpak van wonen, zorg en welzijn.

Het woonzorgcentrum staat niet op zich. Als een volwaardige partner neemt het deel aan een breed netwerk van zorg- en ondersteuningsvormen binnen de eerstelijnszorg in de regio waarbinnen het werkzaam is. De coördinerend, raadgevende arts (CRA) en de in het woonzorgcentrum actieve huisartsen geven in samenspraak met de directie en het zorgpersoneel vorm aan een passend kwaliteitsvol medisch beleid. Aan het woonzorgcentrum kunnen allerhande niet uitsluitend zorggerelateerde activiteiten, initiatieven of organisaties worden verbonden (al dan niet in eigen beheer), zoals bijvoorbeeld kinderopvang, activiteiten van scholen, lokale middenstand, lokalen voor het verenigingsleven, bedrijven, bibliotheek, tentoonstellingsruimte, Het maakt integraal deel uit van een leeftijdsvriendelijke buurt, wijk of dorp. Dit dient mogelijk gemaakt te worden via een gepast kader voor infrastructuurnormen en via de ruimtelijke ordening.

3.1.13 Diensten maatschappelijk werk

De diensten maatschappelijk werk doen aan vraagverheldering, bieden zorg- en trajectbegeleiding in complexe thuiszorgsituaties en bouwen ook expertise op in het kader van een proactieve benadering van verschillende doelgroepen. De diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen vervullen daarbij voor de burger een belangrijke brug tussen Vlaamse en federale bevoegdheden.²⁵

²⁵ *Het federale pact met de verzekeringsinstellingen 'de ziekenfondsen zullen versneld evolueren van een administratieve en uitbetalingsinstelling naar een model waarin de leden geïnformeerd, begeleid en gecoacht worden om wegwijs te geraken in –het speelveld van de gezondheidszorg, zijn actoren, de rechten en verplichtingen van de patiënt, de financiële modaliteiten, enz. Beleidscel minister van*

Vanuit hun unieke positie hebben zij een goed zicht op de verwevenheid tussen (gezondheids-)zorg, welzijn en de sociaal-administratieve aspecten. Daarom zijn zij ook een aanspreekpunt voor gezondheidszorgactoren zoals huisartsen, ziekenhuizen, paramedici

Om tegemoet te komen aan de toenemende vragen voor begeleiding door sociaal werkers, bekijken we de mogelijkheid tot versterking.

We stellen ook vast dat er veel synergie mogelijk is tussen de opdrachten van de regionale dienstencentra en de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen. We onderzoeken de mogelijkheid om de opdrachten en middelen van Regionale Dienstencentra op te laten gaan in andere voorzieningen die opgenomen zijn in het woonzorgdecreet.

Acties:

- > Het woonzorgcentrum werkt samen met de personen met een zorgnood en hun familie, de buurtbewoners, alle andere relevante welzijns- en zorgpartners en het lokaal bestuur, aan een samenhangende en buurtgerichte aanpak van wonen, zorg en welzijn.
- > De opgestarte werkgroepen²⁶ werken verder aan een actualisatie van de visie en maken een inventaris op van door het werkveld ervaren en vastgestelde knelpunten op juridisch, financieel en organisatorisch vlak.
- > In de eerstelijnszone hebben de woonzorgactoren een vertegenwoordiging in de Zorgraad van de eerstelijnszone. Het eerstelijnsdecreet wordt grondig herschreven.
- > Samen met de koepels worden reconversiemogelijkheden uitgewerkt om voorafgaande vergunningen of erkenningen van woongelegenheden in woonzorgcentra of centra voor kortverblijf te reconverteren in functie van het nodige en gewenste zorgaanbod in de eerstelijnszone of regionale zorgzone.
- > Ondersteuning op maat van alle gezinnen door de diensten voor gezinszorg wordt als kader concreet uitgewerkt. In de uitwerking van de toekomstvisie geven we aandacht aan een meer buurtgerichte werking en er is specifieke aandacht voor flexibilisering.
- > Om tegemoet te komen aan de toenemende vragen voor begeleiding door sociaal werkers, bekijken we de mogelijkheid tot versterking.
- > Vanuit efficiëntieoverwegingen gaan we de mogelijkheid na om de opdrachten en middelen van Regionale Dienstencentra op te laten gaan in andere voorzieningen die opgenomen zijn in het woonzorgdecreet.
- ⇒ Er wordt geïnvesteerd in de verdere uitbouw van het aanbod van de woonzorg-actoren. Dit zal in de toekomst tevens onderbouwd worden door de studie van het Steunpunt WVG 'Prognoses zorgnood en model van budgetbewaking' :
- ⇒ Deze regeerperiode investeren we, binnen het budget van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin o.a. reeds in
 - een uitbreiding van de gezins- en aanvullende thuiszorg waarvoor een groeipad is voorzien;
 - de stijgende zorgzwaarte in de woonzorgcentra;
 - bijkomende capaciteit voor woonzorgcentra en centra voor kortverblijf via de erkenningskalender;
 - de groei van dagverzorgingscentra en lokale dienstencentra;
 - maatschappelijk werk.

Volksgesondheid en Sociale Zaken (2016, September). RIZIV:

http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/toekomstpact_verzekeringsinstellingen.pdf

²⁶ Volgende groepen werden of worden opgestart: groepen van assistentiewoningen, centra voor herstelverblijf, dagverzorgingscentra en de collectieve dagopvang voor ouderen, diensten voor logistieke hulp, lokale dienstencentra / buurtzorg, mobiele lokale dienstencentra en buurtgerichte werking, de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, regionale dienstencentra, Onder 1 dak, mantelzorg, rechtspositie cliënt WZC, toekomstprofiel WZC

3.1.14 MEER GEESTELIJKE GEZONDHEID IN DE EERSTE LIJN

We willen het denken in sectoren en voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), ombuigen naar een denken in zorgcircuits en netwerken door de realisatie van (zorg-)functies en (zorg-)programma's gekoppeld aan leeftijdsgroepen en specifieke doelgroepen. Binnen dit denken is een regionale inbedding van de geestelijke gezondheidszorg noodzakelijk. Intersectoraliteit binnen de GGZ-netwerken is essentieel. We bekrachtigen hierbinnen de rol die de eerstelijnszorg zoals Centra Algemeen Welzijnswerk, jeugdhulp,... dient op te nemen. In deze netwerken zitten ook tweede en derde lijnpartners zoals de centra geestelijke gezondheidszorg, de psychiatrische ziekenhuizen en de centra ambulante revalidatie.

Evaluatie van het project 'Eerstelijnspsychologische functie voor volwassenen' en ervaringen uit gelijkaardige, niet door de Vlaamse Overheid gefinancierde, innoverende praktijken bekrachtigen de vraag naar een bereikbare, snel aanspreekbare generalistische basiszorg m.b.t. geestelijke gezondheid in de eerste lijn. De eerstelijnspsychologische functie voor personen met een psychosociale zorgnood die kortdurend behandelt gedurende één tot vijf sessies, positioneren we binnen deze basiszorg. De evaluatie van het project leert ook dat een doorverwijzing naar de gespecialiseerde zorg vaak alsnog nodig is (tot 60%) omwille van de ernst van de problematiek.

De eerstelijnspsychologische functie wordt ingeschakeld na doorverwijzing van bv. de huisartsen, de OCMW's, Centra Algemeen Welzijnswerk en diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen met respect voor de vrije keuze van de persoon met een zorgnood. Samenwerking vanuit de geestelijke gezondheidszorg met andere eerstelijns hulpverleners is cruciaal.

Door de coachende en informerende rol van de eerstelijnspsychologische functie worden deze partners versterkt in de herkenning van psychische problemen en gestimuleerd om zelf aan de slag te gaan of sneller en gericht door te verwijzen. De eerstelijnspsychologische functie beschikt over het gewenste competentieprofiel en de nodige expertise. De link met de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg is een noodzaak, zowel voor de kwaliteit van de aangeboden zorg als de kennisopbouw en -spreiding. De inzet van de eerstelijnspsychologische functie dient bijgevolg ook afgestemd te worden in en met de netwerken geestelijke gezondheid (waaronder de netwerken volwassenen 'artikel 107'). Ook de spreiding en uitbouw van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg dient binnen de netwerken geestelijke gezondheidszorg opgenomen te worden. Hiervoor is overleg met de federale overheid noodzakelijk. De huidige grenzen van de netwerken geestelijke gezondheid, evenals de werkingsgebieden van de voorzieningen geestelijke gezondheidszorg, zullen gehomogeniseerd worden op basis van de afbakening van de eerstelijnszones en regionale zorgzone (cf verder).

De samenwerking met en participatie van context en mantelzorgers is een uitdaging, evenals de inzet van nieuwe methodieken, zoals de organisatie van een groepsaanbod, combinatie met online therapie.

De huidige pilootprojecten eerstelijnspsychologische functie zijn verlengd tot eind februari 2019. We zullen ook van start gaan met projecten eerstelijnspsychologische functie voor kinderen en jongeren. De conclusies van de KCE-studie over de organisatie en financiering van de psychologische zorg (2016) worden hierbij meegenomen. Deze eerstelijnspsychologische functie kinderen en jongeren zal nauw aansluiten bij het programma 'vroegdetectie en -interventie' ter uitvoering van het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid kinderen en jongeren²⁷. Dit programma zal zich richten naar kinderen, jongeren en jongvolwassenen (0 tot 23 jaar) met de eerste voorboden van een mogelijke psychische of psychiatrische problematiek. Binnen dit programma gaat bijzondere aandacht naar

²⁷ www.psy0-18.be

psychose, suïcide, eetstoornissen en verslaving. Vanzelfsprekend zullen er ook vanuit dit programma sterke linken naar de eerste lijn en organisaties actief in de eerste lijn, zoals TEJO²⁸, gelegd worden.

Een brede uitrol over Vlaanderen van deze eerstelijnspsychologische functie maakt ook dat overleg met de federale overheid nodig zal zijn met betrekking tot een mogelijke erkenning en terugbetaling van klinisch psychologen en orthopedagogen voor prestaties die verricht worden in het kader van een eerstelijnspsychologische functie

De kernopdrachten van de overlegplatforms geestelijke gezondheid zullen opgaan in de ondersteuningsstructuur van de regionale zorgzone (zie verder) en de eerstelijnszones mee ondersteunen in de aanpak van geestelijke gezondheidsproblemen. Zij zullen een brugfunctie vervullen tussen eerste lijn en de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en bijdragen tot een zorgstrategische planning.

Acties:

- > We zoeken naar hefboomen om de betrokkenheid van eerstelijnspartners in de GGZ-netwerken te vergroten.
- > In het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid, dat op 16 december 2016 is voorgelegd aan de Vlaamse Regering, worden de pilootprojecten eerstelijnspsychologische functie voor volwassenen verlengd tot eind februari 2019 en wordt een versterking voorzien om te experimenteren met een eerstelijnspsychologische functie voor kinderen en jongeren. Deze laatste functie dient nauw aan te sluiten bij het programma 'vroegdetectie en –interventie' ter uitvoering van het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid kinderen en jongeren. Verankering met de eerste lijn is hierbij steeds noodzakelijk.
- > We treden in overleg met de federale overheid over de mogelijke erkenning en terugbetaling van klinisch psychologen en orthopedagogen in de context van eerstelijnspsychologische functies.
- > De structuur en de kernopdrachten van de overlegplatforms geestelijke gezondheid gaan op in de ondersteuningsstructuur van de regionale zorgzone.
- > De zelfstandig gevestigde psychologen worden uitgenodigd een kringwerking uit te bouwen die overeenkomt met een eerstelijnszone (cf. infra 'De eerstelijnszone').

3.1.15 COMPLEXE ZORG

Er is geen éénduidige definitie van complexe zorg. Vaak wordt de link gelegd met een langdurige- of blijvende nood aan zorg die kan evolueren in de tijd. Algemeen kunnen we stellen dat de complexiteit van zorg wordt bepaald door:

- > **De persoon met een zorgnood zelf:** hij heeft (een combinatie van) verschillend noden op somatisch, psychisch en sociaal vlak. Het bepalen van de zorgdoelen wordt hierdoor bemoeilijkt.
- > **De omgeving van de persoon met een zorgnood:** sociaal-economische problematiek, meerdere zorgaanbieders, geen mantelzorg, zorgaanbod is niet afgestemd op de zorgdoelen van de persoon met een zorgnood,...
- > **De aard van de aandoening(en):** multimorbiditeit, fragiele ouderen, frequente (re-) hospitalisatie, polyfarmacie,...

3.1.15.1 COMPLEXE ZORG: GOEDE DIGITALE REGISTRATIE EN SAMENWERKING

²⁸ TEJO biedt laagdrempelige, therapeutische ondersteuning aan jongeren tussen 10 en 20 jaar, kortdurend, onmiddellijk, anoniem, en gratis. De dienstverlening gebeurt door professionele therapeuten op vrijwillige basis. www.tejo.be.

Op dit moment heeft 70,1% van de Vlaamse bevolking een Globaal Medisch Dossier in een huisartspraktijk²⁹. Een behoorlijk aandeel, maar met een volledige digitale samenwerking en gegevensdeling tussen alle relevante zorgaanbieders als finale doelstelling, betekent dit ook dat we nog een flinke weg af te leggen hebben. Niettegenstaande alle inspanningen die de zorgaanbieders én de overheden in dit land samen leveren, stellen we vast dat we er nog niet zijn. De ambities reiken dan ook hoog. Daarom is een verstandige, behoedzame aanpak noodzakelijk. We moeten durven leren uit onze ervaringen, benoemen wat blokkerende en vertragende elementen zijn.

Een en ander dient wel te gebeuren met een duidelijke doelstelling voor ogen. Een radicaal digitale samenwerking en gegevensdeling tussen zorgaanbieders vraagt dus een duidelijk perspectief en concrete ambities die aangeven welke de meerwaarde is voor de zorgaanbieders én de en de persoon met een zorgnood. Maar evenzeer is er nood aan een onderbouwde realistische aanpak die maximaal rekening houdt met de mogelijke afhankelijkheden voor de belanghebbenden, de hefboomen die voorhanden zijn, eventuele technologische barrières, financiële drempels etc. De allerbelangrijkste voorwaarde waaraan alleszins zal moeten worden voldaan is de noodzaak aan een ondubbelzinnig engagement van alle betrokken zorgaanbieders en belanghebbenden. M.a.w. iedereen móet meedoen. Dat is ons aller opdracht.

De Vlaamse overheid deelt wat de ambities betreft de doelstelling van de federale overheid om tegen 2020 de volledige digitalisering van de medische dossiers van de huisarts te realiseren. Vlaanderen wil ook dat tegen 2020 het multidisciplinair delen van een zorg- en ondersteuningsplan een feit is. Dit sluit aan bij de filosofie van het actieplan eGezondheid om te evolueren naar een “multidisciplinair patiënten dossier” waarbij relevante gegevens ontsloten worden. De Vlaamse Overheid investeert in Vitalink opdat de toegankelijkheid van de gegevens en het gebruiksgemak voor de zorgaanbieders en burger door mobiele toepassingen kan verhogen (M-health).

Ook Vlaanderen wil dat tegen 2020 het multidisciplinair delen van gegevens via digitale weg een feit is en dat via het opstellen van de vereisten waaraan de elektronische patiëntendossiers van elke beroepsgroep moeten voldoen en het virtueel koppelen van de elektronische patiënten dossiers van de verschillende beroepsgroepen in één gedeeld dossier. Een eerste stap hierin is het medicatieschema, een volgende is de journaal- en agendafunctie.

Deze ambities houden wat de aanpak betreft rekening met het uitgezette traject in het kader van het plan e-gezondheid. We stemmen onze ambities inzake het digitale journaal, de agenda en zorgdoelen hierop af in overleg met de federale overheid en de belanghebbenden uit de sector.

In het traject dat Vlaanderen loopt i.k.v. het plan e-gezondheid kiezen we ook voor BelRAI (screener) als uniform inschalingsinstrument in het kader van de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB). Op die manier kan de zorgbehoefte op eenzelfde manier worden gemeten. De BELRAI zal geleidelijk worden ingevoerd in de verschillende sectoren van de VSB. De indicatiestellingen zijn niet losgekoppeld van het zorgproces. Dit moet ook leiden tot minder belasting van de persoon met een zorgnood en tot minder lasten voor de zorgaanbieders in de eerste lijn (woonzorgactoren, huisartsen, verpleegkundigen, ergotherapeuten,..). Administratieve lastenverlaging en vereenvoudiging geldt trouwens als algemeen streefdoel van digitalisering in de zorg.

De professionele zorgaanbieders zullen BelRAI dus kunnen gebruiken voor de ondersteuning van de vraagverheldering en het inschatten van de zorgnood met het oog op het opmaken van een zorg- en ondersteuningsplan. Het gebruik van BelRAI biedt ook andere voordelen zoals een optimalisatie van

²⁹ IMA-Atlas: <http://atlas.ima-aim.be>. Het Intermutualistisch Agentschap (IMA) brengt sinds 2002 de gegevens van de zeven ziekenfondsen samen en verwerkt, analyseert en interpreteert deze in het kader van beleidsrelevante onderzoeksprojecten. De IMA-Atlas, een initiatief van het IMA, is toegankelijk voor het grote publiek. Met een e-mailadres kan u online een gebruikersprofiel aanmaken. Zo krijgt u toegang tot statistieken en indicatoren — afgeleid uit IMA databanken — voor België, gewesten, provincies, arrondissementen en gemeenten.

de continuïteit en kwaliteit van de zorg, een gemeenschappelijke taal voor de zorgaanbieders, optimalisering van interdisciplinaire en intersectorale samenwerking en een systematische opvolging van de zorgnood op een gestandaardiseerde manier.

Acties:

- > Tegen 2020 realiseert Vlaanderen een digitaal zorg- en ondersteuningsplan voor de zorgaanbieders. Er wordt een initiatief gestart om een gestandaardiseerd zorg- en ondersteuningsplan uit te denken en uit te testen.
- > Vitalink is hierbij het platform voor digitale gegevensdeling in de eerste lijn in Vlaanderen. We zorgen voor een gebruiksvriendelijke ontsluiting naar zorgaanbieders en burgers.
- > Vlaanderen zet samen met de federale overheid in op een verdere digitale gegevensdeling tussen zorgverstrekkers zoals geformuleerd in het plan e-gezondheid.
- > BelRAI wordt als uniform inschalingsinstrument in de zorg geleidelijk aan uitgerold in de verschillende zorgsectoren in het kader van de Vlaamse Sociale Bescherming.
- > Initiatieven worden ondernomen om transparantie te geven rond online- en m-health-toepassingen die op een gevalideerde manier ondersteuning kunnen geven via nieuwe technologie in zorg en welzijn.
- > Verderzetting van het actieplan eWZC.

3.1.15.2 COMPLEXE ZORG: HET MULTIDISCIPLINAIR ZORGTEAM EN DE ZORGCOÖRDINATIE

Bij een complexe zorgproblematiek waarbij meerdere zorgaanbieders van verschillende disciplines betrokken zijn, komt een **zorgteam** tot stand. De persoon met een zorgnood en zijn mantelzorger maken hier integraal deel van uit. De samenstelling van het zorgteam gebeurt in eerste instantie door de persoon met een zorgnood en indien dit niet mogelijk is door zijn mantelzorger vanuit een volledige keuzevrijheid. Dit zorgteam is dus een team dat door de persoon met een zorgnood op maat wordt samengesteld en over voldoende capaciteit, deskundigheid en onderlinge communicatiemogelijkheden beschikt om adequate zorg- en hulpverlening mogelijk te maken.

Op basis van de analyse van de zorgnoden en de gewenste levenskwaliteit worden zorgdoelen bepaald op aangeven van en samen met de persoon met een zorgnood. Bij het realiseren van elk zorgdoel kunnen zorgaanbieders van verschillende disciplines betrokken zijn. Als er informele zorg aanwezig is, wordt ook van deze personen (mantelzorger) de ondersteuningsnood duidelijk geformuleerd en vertaald in zorgdoelen en bijhorende handelingen of acties.

Binnen het zorgteam zullen volgende taken (niet exhaustief) zeker moeten opgenomen en toegewezen worden:

- > samen met de persoon met een zorgnood exploreren en evalueren wat zijn noden en zorgdoelen zijn;
- > de persoon met een zorgnood indien nodig en gewenst in contact brengen met bijkomende diensten, of deze zelf inschakelen, rekening houdende met de keuzevrijheid van de persoon met een zorgnood;
- > samen met de persoon met een zorgnood een zorg- en ondersteuningsplan uitwerken en nagaan welke componenten van geïntegreerde zorg van toepassing zijn (vb. preventie, aanwezigheid en ondersteuning van mantelzorger,...);
- > toewijzing van de zorgdoelen met acties aan leden van het zorgteam en het maken van onderlinge afspraken over de realisatie ervan;
- > evalueren of de zorg en ondersteuning overeenstemt met de noden en zorgdoelen en analyseren waar de hiaten en problemen zitten;
- > de zorgdoelen en/of het zorg- en ondersteuningsplan bijsturen op basis van de evaluatie;

> ...

Binnen zorgteams is vertrouwdsheid met elkaars werking via heldere samenwerkingsafspraken en digitale gegevensdeling van belang voor de continuïteit, efficiëntie en kwaliteit van zorg en dit met een minimum aan administratieve last.

Uitgaande van de keuzevrijheid om een zorgteam samen te stellen volgens eigen voorkeur van de persoon met een zorgnood wordt van de individuele leden van een zorgteam dus verwacht dat zij alles in het werk stellen om een kwaliteitsvolle zorg, toegankelijkheid en efficiëntie van samenwerking te kunnen garanderen.

De complexiteit van het zorgproces en het aantal zorgaanbieders dat in het zorgteam aanwezig is, vragen soms om een coördinerende functie.

Het coördineren van de zorg is een *rol* die – in volgorde van voorkeur - door de persoon met een zorgnood of zijn mantelzorger of een professionele zorgaanbieder van het zorgteam opgenomen wordt en houdt in dat iemand van het zorgteam het mandaat krijgt van de andere leden van het zorgteam om:

- > op te volgen of de gemaakte afspraken uitgevoerd worden en indien nodig actie te nemen.
- > het overleg tussen de zorgaanbieders te stimuleren en bij eventuele knelpunten een multidisciplinaire communicatie te initiëren (virtueel of fysiek overleg organiseren);
- > samen met de persoon met een zorgnood te evalueren of bepaalde noden opgelost zijn of zorgdoelen bereikt zijn;
- > nauw samen te werken met de mantelzorger en ondersteuning te bieden aan de mantelzorger;
- > de persoon met een zorgnood zoveel als mogelijk bij de zorg te betrekken en te proberen zijn regie bij elke stap zo maximaal mogelijk te erkennen.
- > de zorgcontinuïteit te bevorderen door de vlotte overgang tussen de verschillende zorgsituaties te bewaken. De zorgcoördinator is de schakel tussen de zorg thuis en het ziekenhuis, de geestelijke gezondheidszorg, het woonzorgcentrum (incl. dagverzorging en kortverblijf). Bij een opname is de zorgcoördinator het aanspreekpunt voor de intramurale zorg en de thuiszorg. Dit alles gebeurt met inachtneming van de keuzevrijheid van de persoon met een zorgnood.

De verantwoordelijkheid over het medische luik van het zorgproces ligt steeds bij de huisarts. De zorgaanbieder die de rol van de zorgcoördinatie opneemt, treedt nooit in de plaats van een andere zorgaanbieder uit het multidisciplinair zorgteam.

Afhankelijk van de ligging van het zwaartepunt in de zorgdoelen kan de persoon met een zorgnood, zijn mantelzorger of een bepaalde discipline meer aangewezen zijn om deze rol op te nemen: de huisarts (bij voornamelijk medische problemen), de sociaal werker (bij voornamelijk sociale of welzijnsproblemen), De zorgcoördinator wordt aangeduid door de persoon met een zorgnood of zijn mantelzorger.

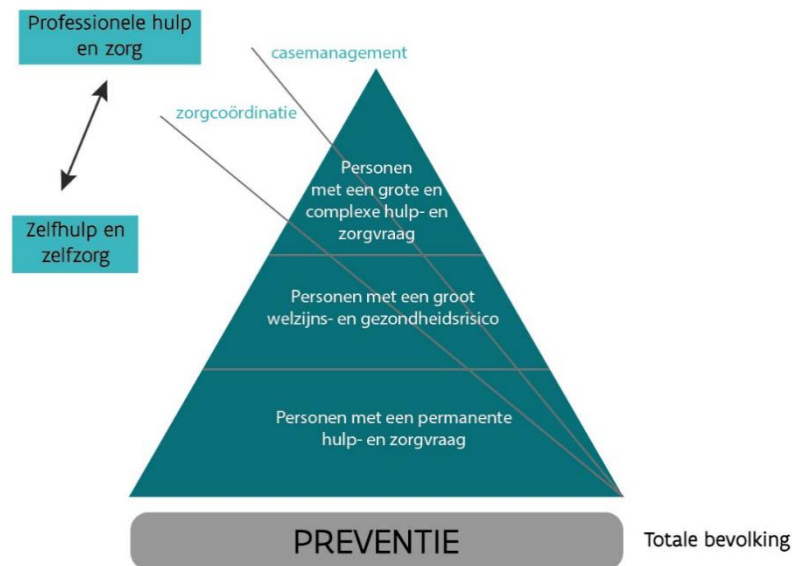
Acties:

- > Aan de federale overheid wordt gevraagd of de hervorming van KB nr. 78 de rol van zorgcoördinatie mee opneemt in de omschrijving van de beroepsprofielen.
- > Gepaste navorming dient voorzien te worden voor de zorgaanbieders om deze rol steeds op een kwaliteitsvolle wijze te kunnen waarmaken.

3.1.15.3 COMPLEXE ZORG: CASE MANAGEMENT IN ACTIE

Voor het inzetten van een case management functie moeten we uitgaan van een **uitzonderlijke situatie**. Het realiseren van het zorgproces en de zorgcoördinatie binnen het zorgteam vormen de norm.

Onderstaande figuur is een bewerking van de Kaiser Permanente piramide. Naast de verschillende categorieën van personen met een zorgnood toont ze ook het onderscheid tussen zorgcoördinatie en casemanagement:



Deze figuur toont dat de case management functie voorbehouden is voor personen met een grote en bijzonder complexe hulp- en zorgvraag

Het aantal situaties dat zich bijgevolg aandient voor case management moet beperkt zijn. De vraag naar de ondersteuning door een case management functie kan enkel gesteld worden door de zorgcoördinator van het zorgteam na voorafgaand overleg met de andere leden van het zorgteam. Na dit overleg kan dan gezamenlijk beslist worden tot het inroepen van ondersteuning door deze case management functie. De constante is dat de inzet van een case management functie enkel kan bij personen met een bijzonder complexe zorgsituatie, waarbij het zorgteam bestaat uit een veelheid aan zorgaanbieders uit verschillende disciplines die het case management aanvragen en initiëren.

Welke uitzonderlijke situaties kunnen de inzet van een case management functie rechtvaardigen?

- > Zeer complexe zorgsituaties of personen met meerdere chronische aandoeningen, waarvan één of meer van deze aandoeningen leiden tot een sterk autonomieverlies.
- > Het zorgteam in crisis: het zorgteam loopt tegen de grenzen van hun mogelijkheden en capaciteiten op door een toenemende mate van complexiteit van de zorgsituatie. Er kan ook een conflict optreden tussen de persoon met een zorgnood en de zorgaanbieders.
- > Het weigeren van zorg door een persoon met een zorgnood. De omgeving (familiaal of professioneel) stelt vast dat de zorg en ondersteuning niet goed verloopt en de zorgnoden onvoldoende beantwoord kunnen worden. Bijvoorbeeld wanneer de mantelzorger zijn grenzen bereikt heeft ten aanzien van het opnemen van de zorg, maar de persoon met een zorgnood toch alle professionele zorg- en ondersteuning weigert.

De case management functie vormt een tijdelijke *ondersteuning* voor het zorgteam. Het zorgteam blijft volledig verantwoordelijk voor het zorgproces.

Om tot een degelijke en permanente oplossing te komen met het zorgteam, analyseert de case management functie de volgende ondernomen stappen:

1. Heeft er een analyse van de situatie plaatsgevonden?
2. Is er een globale multidisciplinaire evaluatie aanwezig (BeIRAI indien oudere persoon)?
3. Is er een zorg- en ondersteuningsplan opgesteld op basis van interdisciplinair overleg?
4. Hoe verloopt de implementatie en coördinatie van dit zorg- en ondersteuningsplan? Wordt het plan actueel gehouden?
5. Hoe verloopt de opvolging van de zorg- en ondersteuning van de persoon met een zorgnood?

Uit deze analyse moet blijken welke stappen de case management functie moet nemen om de problemen aan te pakken. Dit kan resulteren in het:

1. opnemen van stappen die niet of onvoldoende hebben plaatsgevonden;
2. het bijsturen van het zorg- en ondersteuningsplan;
3. het ondersteunen van de zorgcoördinatie.

De case management functie zal een evaluatie uitvoeren om na te gaan of de interventie geleid heeft tot een optimalisatie van de zorgverlening.

De case management functie wordt opgenomen door een deskundige, die *geen* deel uitmaakt van het zorgteam rond de persoon met een zorgnood. De deskundigheid van de casemanager dient afgestemd te zijn op de hoofdproblematiek van de persoon met een zorgnood. Voor het uitwerken van het profiel en de functiebeschrijving van de case manager zal rekening gehouden worden met de ervaringen uit de zorgproeftuinen, de zorgvernieuwingsprojecten, de proefprojecten chronische zorg en de proefprojecten uit de komende oproep (zie acties).

Wie een case management functie wil uitoefenen, beschikt hiervoor over de nodige competenties of krijgt hiervoor een opleiding. De persoon die de functie uitoefent, beschikt over competenties op verschillende vlakken:

- > Kennis van de sociale kaart;
- > Kennis van de gezondheids- en welzijnszorg;
- > Kennis van de doelgroepen;
- > Communicatieve vaardigheden;
- > Gesprekstechnische vaardigheden;
- > Administratieve, technische en redactionele vaardigheden;
- > Organisatorische vaardigheden.
- > Probleemanalyse en probleemoplossend handelen.

De voorwaarden waaronder deze functie kan opgenomen worden moeten verder bepaald worden.

Acties:

- > De regelgeving aangaande het multidisciplinair overleg wordt grondig herzien in nauw overleg met de experts ter zake. Het inzetten van moderne communicatietechnologie (in de plaats van fysieke overlegmomenten) voor overleg wordt mogelijk gemaakt.
- > Om werkbare contouren van een case management functie te bepalen zal een oproep gelanceerd worden voor proefprojecten die het pad naar een Vlaamse uitrol voorbereiden.

- > Criteria en voorwaarden voor de invoering van een case management functie worden nadien in regelgeving opgenomen.
- > Bestaande vormen van zorgcoördinatie en casemanagement worden beter op elkaar afgestemd, zodat de mogelijkheden hiertoe transparanter worden.
- > Het zorgteam wordt ondersteund door de eerstelijnszone (zie verder) bij het implementeren van de methodiek van geïntegreerde zorgplanning (zie verder).

3.1.15.4 DE EERSTE LIJN GAAT VOOR DIGITALE ZORGCOÖRDINATIE

In de voorgaande onderdelen werd voor wat complexe zorgsituaties betreft de behoefte aan en opdrachten van een multidisciplinair zorgteam, zorgcoördinatie en desgevallend case management toegelicht. Essentieel voor het welslagen van de zorgcoördinatie en de werking van het zorgteam is een vlotte communicatie, duidelijke afspraken omtrent de zorgdoelen, opvolging van de opgenomen en uitgevoerde zorgtaken enz.

De digitale revolutie in de zorg biedt de mogelijkheid om het overleg over de persoon met een zorgnood en de samenwerking tussen de zorgaanbieders te faciliteren. Daartoe is een goed concept met duidelijke verdeling van de verantwoordelijkheden nodig vooraleer er kan geïnvesteerd worden in applicaties die het overleg via digitale weg vlot laten verlopen. Hieronder formuleren we een conceptuele aanzet voor een digitaal zorg- en ondersteuningsplan dat het overleg rond de persoon met een complexe zorgnood, i.k.v. de hoger geformuleerde functie van zorgcoördinatie en de opdrachten van het zorgteam.

Samen met het medicatieschema zijn de journaalfunctie (snelle en beknopte communicatie tussen de leden van het zorgteam over de verleende zorg) en de agendafunctie (wie doet wat wanneer bij deze persoon met een zorgnood?) twee belangrijke extra bouwstenen in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan.

Bedoeling is dat de zorgaanbieder vanuit het eigen pakket alle relevante en gedeelde data via het Vitalinkplatform rond de persoon met een zorgnood kan raadplegen, ook bij de patiënt thuis. Mobiele toepassingen (M-health) dragen bij tot het gebruiksgemak. Gebruiksvriendelijkheid voor de zorgaanbieder en de burger is daarbij een prioritair aandachtspunt en de verantwoordelijkheid van alle belanghebbenden.

Geïntegreerde zorgverlening vraagt dus heel duidelijk een geïntegreerd digitaal systeem. De zorgaanbieders delen relevante informatie vanuit hun elektronisch (patiënten)dossier (EPD) via Vitalink met als doel een geïntegreerd Personal Health Record (PHR). Iedere persoon met een zorgnood, en zijn mantelzorger onder bepaalde voorwaarden (o.a. toestemming van de persoon), krijgt toegang tot zijn gedeelde informatie via een gebruiksvriendelijke toepassing (viewer, webportaal, app, ...) en kan op termijn eigen gegevens beheren en delen vanuit zijn persoonlijk elektronisch dossier (PHR), communiceren met zijn zorgaanbieders, afspraken maken, data aanvullen, virtuele consultaties, ...

Verder is er nood aan beslissingsondersteuning en integratie van CEBAM-modules om het evidence-based beslissen en adviseren te bevorderen op een wijze die haalbaar is voor de zorgverstrekkers, in het bijzonder de huisarts.

Met het oog op het realiseren van een digitaal en geïntegreerd zorg- en ondersteuningsplan zal de Vlaamse overheid in overleg met de zorgactoren en afgestemd met het plan e-gezondheid, nog intensiever inzetten op IT-ondersteuning van de zorgaanbieders. Echter, een loutere inzet op ondersteuning door de ontwikkeling van ondersteunende applicaties en het aanbieden van

doorgedreven vorming van de zorgaanbieders, zal niet langer volstaan. Vlaanderen zal onder meer ook de bestaande financieringsmechanismen voor multidisciplinair overleg en mogelijk ook andere subsidiestromen herbekijken en aanwenden om de digitale samenwerking te stimuleren.

Acties:

- > Binnen het nog op te richten overlegcomité gegevensdeling van het Vlaams Agentschap voor de Samenwerking rond Gegevensdeling tussen de Actoren in de Zorg³⁰ starten we in 2017 met de ontwikkeling van een concept over een digitaal en gestandaardiseerd zorg- en ondersteuningsplan. Dit concept bestaat uit drie grote delen: beheren/coördineren van zorg in teamverband, afhandelen van administratieve taken en rapporteren van informatie. We beogen hiermee volgende functionaliteiten:
 - Luik zorg
 - beeld van informatie over zorggebruiker uit verschillende bronnen (o.a. Vitalink, BelRAI);
 - communicatie, mogelijkheid tot het verlenen van opmerkingen of commentaar bij verleende zorg, registreren van bepaalde belangrijke vaststellingen m.b.t. de zorggebruiker (=journaal);
 - wie verleent zorg rond de zorggebruiker, het zorgteam;
 - welke zorg is nodig, zorgdoelen;
 - planning, wie zal welke zorg verlenen en wanneer (= agenda).
 - Luik administratie
 - Facturatie
 - Administratie
 - Luik rapportering
 - Beleidsrapportering (big data).
- > Een eerste aandachtspunt in het blok zorg is een luik voor journaal en agenda om de communicatie tussen zorgaanbieders te ondersteunen. Het digitaal en gestandaardiseerd zorg- en ondersteuningsplan zal de bestaande e-zorgplannen gaandeweg vervangen.
- > We nemen zo snel als mogelijk regelgevende initiatieven om de bestaande financieringsmechanismen en subsidiestromen te gebruiken om de digitale samenwerking te stimuleren. In eerste instantie wordt de regelgeving die hiervoor in aanmerking komt door het agentschap Zorg en Gezondheid geïnventariseerd.
- > In het kader van het Actieplan Flanders'Care 2.0³¹ zetten we in op digitalisering. We voeren deze acties onverkort uit.

3.1.15.5 DE EERSTE LIJN IS VRAGENDE PARTIJ VOOR EEN GOEDE AFSTEMMING MET DE ZIEKENHUIZEN

Persoonsgerichte zorg gaat door muren, kokers en lijnen heen. Transmurale zorg wordt steeds meer de regel bij personen met een chronische zorgnood (oncologie, COPD, dialyse, ...). Specialist en huisarts, maatschappelijk werk in en buiten het ziekenhuis, de ziekenhuis- en de thuisverpleegkundige hebben elkaar nodig om een goede continuïteit en andere aspecten van kwaliteit van zorg te kunnen verzekeren. Kortere verblijfsduren in het ziekenhuis betekent ook korter op de bal spelen inzake onderlinge communicatie en gegevensdeling.

De wisselwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn wordt intenser en verloopt aan een hoger tempo. De scharniermomenten tussen verschillende zorgvormen vormen vaak de zwakke schakels in ons zorgsysteem. Er werden reeds verschillende initiatieven ondernomen om de transmurale zorg te

³⁰ Opdracht en samenstelling van het Vlaams Agentschap voor de Samenwerking rond Gegevensdeling tussen de Actoren in de Zorg of kortweg VASGAZ: zie bijlage

³¹ https://www.flanderscare.be/sites/default/files/media/VR%202016%200502%20MED%20%200056-%202BIS%20Actieplan%20Flanders%20Care%20-%20Actieplan_def.pdf

verbeteren: afspraken tussen huisartsenkringen en/of samenwerkingsinitiatieven eerste lijn en ziekenhuizen, ontslagmanagers in ziekenhuizen, de kluizen en het hub- en metahubstelsel voor transmurale gegevensdeling, de zorgtrajecten nierinsufficiëntie en diabetes en de lokale multidisciplinaire netwerken,...

Vertrekkende vanuit de noden van de lokale bevolking kunnen we stellen dat er een voldoende regionale spreiding dient te zijn van het basisspecialistisch aanbod. De opdracht van een basisziekenhuis bestaat er in om specialistische zorg aan te bieden die op een veilige en kwalitatief hoogstaande manier kan verleend worden in de nabijheid van de woonplaats van de persoon met een zorgnood. Dit aanbod moet uitgaan van de noden van de lokale bevolking.

Omwille van de steeds ouder wordende populatie met multimorbiditeit en vaak verminderde mobiliteit is het immers belangrijk dat courante zorg zo dicht mogelijk bij de thuisomgeving aangeboden wordt.

Het basisziekenhuis dient tevens de eerstelijnsactoren te ondersteunen in hun rol om de patiënt zo lang en comfortabel mogelijk in zijn vertrouwde omgeving te verzorgen en onnodige ziekenhuis(weder)opnames te vermijden.

De activiteiten van een basisziekenhuis zullen we, in overleg met de federale overheid, nader definiëren.

Acties:

- > Afspraken tussen de eerste lijn en de ziekenhuizen in de regio dienen op het regionaalstedelijk niveau (d.i. het niveau van de regionale zorgzone, zie verder) te gebeuren op basis van een Vlaams kader (cf. Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn). We gaan hierover in overleg met de federale overheid.
- > Binnen het instrument van zorgstrategische planning wordt gewaakt over een voldoende beschikbaarheid en bereikbaarheid van een kwalitatief aanbod aan basisspecialistische zorg in elke regionale zorgzone. Volgende zaken worden daarbij in kaart gebracht: de nodige instrumenten op vlak van infrastructuur, apparatuur, logistiek, medische competenties, actuele belemmeringen op vlak van financiering, normering en andere randvoorwaarden (zoals niet dringend liggend ziekenvervoer, de gevolgen voor het bestuur van de toekomstige ziekenhuisnetwerken,...).
- > De regionale zorgzone krijgt de opdracht om duidelijke afspraken te maken met zowel de eerstelijnszorg als de ziekenhuiszorg uit de regio op basis van het Vlaams kader inzake de zorgstrategische planning...
- > De regionale zorgzone wordt betrokken bij de zorgstrategische planning van de ziekenhuizen.

3.2 ONDERSTEUNING VAN DE ZORGAANBIEDERS

Een toegankelijke zorgverlening veronderstelt duidelijkheid en herkenbaarheid, voor de burger maar ook voor de zorgaanbieders. Daarom herstructureren, vereenvoudigen en integreren we verschillende netwerk- en overlegstructuren in de eerste lijn. Hierdoor kan meer tijd naar zorg en ondersteuning van de actoren in de zorg en minder naar overleg gaan.

Er wordt bij de reorganisatie van het eerstelijnslandschap uitgegaan van het principe dat de ondersteuning van de zorgactoren best zo decentraal mogelijk en dus zo dicht mogelijk bij de persoon met een zorgnood en zijn zorgteam wordt gepositioneerd.

De herstructurering wordt in dit onderdeel van de tekst duidelijk gemaakt. Voor de continuïteit van de ondersteuning zal geen bruske overgang ingevoerd worden en voorzien we een transitieperiode, zodat een zorgvuldig gekozen hertekening van de taken en een geleidelijke herpositionering van het personeel mogelijk is. Daarbij bewaken we de naadloze overgang van de huidige situatie met haar overlegstructuren naar het nieuw landschap met een vereenvoudiging en vermindering van het aantal overlegstructuren.

3.2.1 De eerstelijnszone

In de eerstelijnszone komt het zwaartepunt te liggen van de ondersteuning van de praktijk of de dienstverlening en van de intersectorale samenwerking lokale besturen-welzijn-gezondheid. De eerstelijnszone is de geografische omschrijving van het gebied waarin de lokale besturen en de zorgaanbieders die er hun zorg- en dienstverlening ontwikkelen (inclusief de partners van het geïntegreerd breed onthaal), hun samenwerking proberen vorm te geven en hun verantwoordelijkheid op te nemen voor de populatie van die eerstelijnszone. De huidige SEL's, GDT's en LMN's zullen opgaan in de eerstelijnszones.

Dit hypothekeert uiteraard geenszins de keuzevrijheid van de persoon met een zorgnood om eerstelijnszorgactoren uit een andere zone dan de eerstelijnszone waarin hij woont te consulteren en hun zorgaanbod te benutten. Het kiezen van een vaste huisarts en het openen en bijwerken van een Globaal Medisch Dossier bij deze huisarts verdienen uiteraard sterke aanbeveling omdat dit de beste garantie biedt op continuïteit van zorg en de totstandkoming van een vertrouwensrelatie. De eerstelijnszone moet in eerste instantie gezien worden als een niveau waarop ondersteuning van de zorgaanbieders wordt georganiseerd en waar de noden van de populatie uit dat gebied worden gedetecteerd.

De wetenschappelijke reflectiekamer beveelt eerstelijnszones aan ter grootte van een populatie van 75.000 à 125.000 inwoners, wat ongeveer overeenkomt met het aantal kleinstedelijke zorgregio's uit het huidige Zorgregiodecreet.

Het huidige Zorgregiodecreet werd opgebouwd op basis van een sociaalgeografische studie van Prof. em. Van Hecke uit 2001. Om het draagvlak voor de eerstelijnszones te vergroten, is het aangewezen dat er niet alleen rekening wordt gehouden met het gedrag van de populatie, maar ook met de bestaande lokale werking van de zorg- en welzijnsorganisaties en de kringwerkingen van zelfstandige zorgaanbieders in de eerste lijn.

Er zal gewerkt worden met een **oproep naar de eerstelijnsactoren en lokale besturen** om in consensus een voorstel van eerstelijnszone in te dienen dat beantwoordt aan een aantal criteria. Bij de afbakening van de eerstelijnszones zullen de eerstelijnsactoren en lokale besturen moeten rekening houden met een aantal **ontvankelijkheidscriteria**:

- > Een eerstelijnszone omvat een (deel van een grote) stad of twee of meer gemeenten met een totaal aantal inwoners tussen 75.000 en 125.000. Hiervan kan uitzonderlijk afgeweken worden op basis van historische (reeds bestaande samenwerkingsverbanden) of sociaal-geografische argumenten. Een te grote eerstelijnszone vermindert de kans op effectieve samenwerking tussen de eerstelijnsactoren. Een te kleine eerstelijnszone beperkt de mogelijkheden tot ondersteuning.
- > De eerstelijnszone past binnen de grenzen van één regionaalstedelijke zorgregio of regionale zorgzone. Verschillende eerstelijnszones vormen samen één regionale zorgzone.
- > Om in aanmerking te komen als eerstelijnszone moet de afbakening voldoende draagvlak hebben bij de belangrijke stakeholders zoals huisartsenkringen, kringen of vertegenwoordigers van zorgberoepen, lokale besturen, woonzorgactoren, enz...
- > De eerstelijnszone maakt de coherente inpassing van de hele regio in eerstelijnszones niet onmogelijk of zeer incoherent.

Momenteel vindt in enkele regio's ook een fusiebeweging plaats op gemeentelijk niveau. Aangezien een opdeling van een gemeente in twee verschillende eerstelijnszones niet aangewezen is (voor lokale besturen is dit anders niet haalbaar), zal een fusie van gemeenten ook impact hebben op de uiteindelijke regio-afbakening. In grote steden is de opdeling van de stad in verschillende eerstelijnszones soms noodzakelijk. Daarbij is het aangewezen om districts- of wijkgrenzen te volgen. De Vlaamse overheid is bevoegd voor de erkenning van de huisartsenkringen. Zij zijn een belangrijke partner in een eerstelijnszone. In een eerstelijnszone worden ook initiatieven ontwikkeld om kringwerkingen van andere eerstelijnsdisciplines te ondersteunen, met o.a. het oog op een goede vertegenwoordiging in de Zorgraad (zie verder). De huisartsenkringen zullen gestimuleerd worden hun werkingsgebieden te laten samenvallen met de eerstelijnszones, zodat de geïntegreerde zorgverlening kan bevorderd worden. Dit kan op zijn beurt een positieve invloed hebben op de inplanting door de huisartsenkringen van de (federale) huisartsenwachtposten (de locaties waar de huisartsen hun wachtdienst organiseren).

De volgende **taken** worden op het niveau van de eerstelijnszones uitgevoerd onder aansturing van de Zorgraad, wanneer een kwaliteitsvolle geïntegreerde zorgverlening zijn maximale ontwikkeling heeft bereikt:

1. Het ondersteunen van een kringwerking van de verschillende beroepsgroepen en interdisciplinaire samenwerking tussen de zorgaanbieders in zorgteams en op het niveau van de eerstelijnszones stimuleren.
2. Inhoudelijke afstemming bevorderen tussen preventie, curatie, rehabilitatie, begeleiding, ondersteuning,... in welzijn en gezondheid, inclusief de afstemming met Kind en Gezin (via de "Huizen van het Kind") en met de Centra voor Leerlingen Begeleiding, bedrijfsgezondheidszorg, milieugezondheidszorg,...
3. Het signaleren aan de regionale zorgzone of Vlaams niveau van problemen, knelpunten of drempels die binnen het werkgebied geen of onvoldoende oplossing kunnen vinden.
4. Het voorbereiden van overleg (aan de hand van door de Vlaamse overheid of het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn ter beschikking gestelde gegevens) over het nodige en gewenste zorgaanbod in de eerstelijnszone. De uitkomst van dit overleg in de Zorgraad wordt meegenomen naar de regionale zorgzone voor verdere uitwerking. Voor het in kaart brengen van de noden en behoeften van de populatie en het bepalen van de doelstellingen voor de zorgverlening en een optimale ontwikkeling van het zorgaanbod in de eerstelijnszone wordt een methodiek ontwikkeld (door KU Leuven en Deloitte). Bij het lokaal toepassen en analyseren van de resultaten zal de eerstelijnszone begeleid worden vanuit het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn.

5. Het operationaliseren van multidisciplinaire aanbevelingen door lokale afspraken te maken over de toepassing van de aanbevelingen (bv. via zorgtrajecten). Ook het ondersteunen van de zorgtrajectbegeleiding voor diabetes type 2 - en chronische nierinsufficiëntiepatiënten.
6. Vormingen helpen organiseren, afgestemd op de vormingsnoden in de eerstelijnszone en vooral gericht op deskundigheidsbevordering rond alle aspecten van een geïntegreerde zorgverlening (interdisciplinaire samenwerking, doelgroepen (bv.. mantelzorger, kansarmen, kwetsbare ouderen, personen met dementie, ...), gebruik van ICT-applicaties ter ondersteuning van de praktijkvoering.
7. Initiatieven en praktijken van zorgaanbieders ondersteunen zodat zorgaanbieders mantelzorgers als volwaardige zorgpartner betrekken.
8. Ondersteuning bieden bij de toepassing van de (nog te ontwikkelen) methodiek rond geïntegreerde zorgplanning voor de persoon met een zorgnood. De methodiek rond zorgplanning omvat het formuleren van zorgdoelen, het opmaken van een zorg- en ondersteuningsplan, zorgcoördinatie, desgevallend inschakelen van case management en ondersteuning bieden aan het sluiten en doorlopen van de zorg(traject)contracten.
9. De zorgaanbieders helpen met het oplossen van problemen, knelpunten of drempels op vlak van de praktijkvoering.
10. Ondersteuning bij het mee ontwikkelen van het geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal, onder de regie van de lokale besturen.
11. Stimuleren van de lokale partners om initiatieven te nemen rond buurtgerichte zorg en ondersteuning bieden bij de uitvoering van deze initiatieven (zonder in de plaats te treden van deze lokale partners). Specifieke aandacht wordt hierbij gegeven aan de toegankelijkheid van de zorg voor kwetsbare groepen.
12. Meewerken aan de invulling en uitvoering van een Vlaams kwaliteitsbeleid voor de eerste lijn, in functie van de richtlijnen en methodieken die hiervoor door het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg worden ontwikkeld. Hierbij worden zowel proces- als outcome-indicatoren geformuleerd.
13. Mee operationaliseren van Vlaamse- en lokale doelstellingen voor de eerste lijn i.s.m. de lokale partners en zorgverleners.
14. Het opnemen van de klachtenbehandeling bij klachten waarvoor tussen de persoon met een zorgnood en de betreffende zorgaanbieder geen oplossing kan gevonden worden. (zie verder 'Kwaliteitsbeleid')
15. Het ondersteunen van de lokale en bovenlokale zorgstrategische planning passend binnen het Vlaams kader. Binnen het nieuwe decreet lokaal sociaal beleid kunnen lokale besturen een gezamenlijk initiatief nemen om een bovenlokaal sociaal beleid te ontwikkelen.
16. Stimuleren van digitale multidisciplinaire gegevensdeling tussen de zorgaanbieders op het niveau van de eerstelijnszones en ondersteunen om dit in de praktijk te realiseren .

Het is duidelijk dat er nog een belangrijk traject is af te leggen om tot de uitrol van dergelijke zones, voorzien van de nodige ondersteuning te komen. In sommige regio's is er (nog) onvoldoende draagvlak om de zone op een consistente manier af te bakenen. De invulling van alle functies veronderstelt ook een stevige zonale governance en uiteraard de nodige middelen. Hierbij kijken we in eerste instantie naar efficiëntiewinst door integratie van bestaande structuren zoals de SEL's, GDT's en LMN. Daarom is een duidelijk transitietraject noodzakelijk.

Immers, in de eerste fase na de hervorming van de eerstelijnszorg zullen nog niet alle hierboven vermelde taken opgenomen kunnen worden. Niet enkel omdat het leggen van de autonomie bij de zorgaanbieders en stakeholders vergaande gevolgen heeft en een mentaliteitswijziging en een leerproces zal inhouden. We gaan uit van een groeiscenario waarbij de ontwikkeling van de werking van de eerstelijnszones gefaseerd zal verlopen. De taken die prioritair zullen moeten opgenomen worden zijn:

1. Stimuleren van de interdisciplinaire samenwerking tussen de zorgaanbieders in zorgteams en op het niveau van de eerstelijnszones en ondersteunen van de (ontwikkeling van een) kringwerking van de verschillende beroepsgroepen.
2. Inhoudelijke afstemming bevorderen tussen preventie, curatie, rehabilitatie, begeleiding, ondersteuning,... in welzijn en gezondheid, inclusief de afstemming met Kind en Gezin (via de "Huizen van het Kind") en met de Centra voor Leerlingen Begeleiding, bedrijfsgezondheidszorg, milieugezondheidszorg,...
3. Ondersteuning bieden bij de toepassing van de (nog te ontwikkelen) methodiek rond geïntegreerde zorgplanning voor de persoon met een zorgnood. De methodiek rond zorgplanning omvat het formuleren van zorgdoelen, het opmaken van een zorg- en ondersteuningsplan, zorgcoördinatie, desgevallend inschakelen van case management en ondersteuning bieden aan het sluiten en doorlopen van de zorg(traject)contracten.

De eerstelijnszone wordt aangestuurd door een **Zorgraad**. Deze raad is pluralistisch en divers samengesteld en bestaat uit zorgaanbieders van verschillende disciplines en uit vertegenwoordigers van de woonzorgcentra, gezinszorg, diensten maatschappelijk werk, CAW, en lokale besturen, aangevuld door een vertegenwoordiging van de zorggebruikers en mantelzorgers en met bij voorkeur een lokale huisarts als voorzitter. Vanuit de regionale zorgzone worden experts inzake preventie, palliatie, dementie en geestelijke gezondheidszorg ter beschikking gehouden van de Zorgraad.

Er wordt gekozen voor een bottom-up benadering. Als er in de zone voldoende draagvlak is en een Zorgraad kan worden geïnstalleerd en erkend, dan komt die in aanmerking voor ondersteuning. Dit impliceert dat de Vlaamse Overheid de afbakening van de eerstelijnszone kan goedkeuren indien er kan aangetoond worden dat de zone voldoet aan volgende **criteria betreffende de opstart en werking**:

- > De Zorgraad omvat zowel vertegenwoordigers van zorggebruikers, mantelzorgers en welzijns- en gezondheidsactoren als vertegenwoordigers van lokale besturen. De Zorgraad hanteert participatiemethoden gericht op de maximale betrokkenheid van de zorggebruikers.
- > De Zorgraad is de enige door de Vlaamse overheid erkende en gesubsidieerde rechtspersoon waarin de vertegenwoordigers participeren. Tijdens de transitiefase - waarvan een evaluatie zal gebeuren in 2021 – kan gewerkt worden met een feitelijk samenwerkingsverband.
- > De bestaande en nieuwe kringwerkingen aligneren zich op de eerstelijnszone.

Het is de bedoeling om in eerste instantie op een zorgvuldige manier en met respect voor het sociaal overleg, de medewerkers tewerkgesteld in de SEL's, GDT en LMN (lokaal multidisciplinaire netwerken) geleidelijk in te zetten in de ondersteuning en uitbouw van erkende zones en raden. In de loop van de transitiefase worden deze medewerkers en werkingsmiddelen overgedragen naar de rechtspersoon op het niveau van de eerstelijnszone. Het is de bedoeling één enkele rechtspersoon te erkennen en te financieren per eerstelijnszone. Het is dus niet de bedoeling om binnen een bepaalde regio nieuwe structuren op te richten naast de bestaande structuren. In 2021 zal een grondige evaluatie van het transitieproces plaatsvinden. Hierna kan de Vlaamse overheid ervoor kiezen om op meer imperatieve wijze het ontwikkelen van eerstelijnszones op te leggen.

De realisatie van die taken zal een groeiproces zijn. In eerste instantie zal de nadruk vooral liggen op de afstemming, groei naar spontane samenwerking en afsprakenkaders, cultuurverandering, detecteren van de noden aan zorg. De partners van de Zorgraad worden gestimuleerd om zelf na te denken over een uitbreiding van het aantal ondersteunende medewerkers. Naast de heroriëntering van middelen vanuit het Vlaams beleidsniveau, kan nagedacht worden over cofinanciering vanuit de organisaties in de Zorgraad, zodat de ondersteuning op termijn kan versterkt worden.

De uitbouw van een eerstelijnszone doet geen afbreuk aan de regierol die de lokale besturen hebben op het vlak van:

- > Maximale afstemming van het aanbod op de lokale noden;
- > De regie over de uitbouw van het geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal;
- > Initiatieven van informele zorg en buurtzorg.

Integendeel, de eerstelijnszones zijn ondersteunend aan de lokale besturen om deze regierol maximaal op te nemen en bieden tegelijkertijd de mogelijkheid om noden en problemen die het lokale niveau overschrijden aan te pakken.

In regio's waar geen eerstelijnszone aan deze criteria voldoet, wordt een minimale ondersteuning voorzien vanuit de regionale zorgzone (zie verder).

In dialoog met de lokale besturen wordt voor wat de huisvesting betreft, maximaal gestreefd naar het benutten van reeds bestaande infrastructuur, evenwel met de garantie dat de medewerkers er onafhankelijk van die structuur en zijn werking hun taken kunnen uitvoeren.

Actie: oproep voor het indienen van een aanvraag voor erkenning als eerstelijnszone in 2017.

3.2.2 De regionale zorgzone (op regionaalstedelijk zorgregioniveau)

In de regionale zorgzone moet een gebiedsdekkend aanbod verzekerd worden van expertise dat zich op een hoger niveau dan de eerstelijnszone bevindt: omdat de kritische massa voor interventie voldoende groot moet zijn (bv. palliatie) of omdat zorg en welzijn en lokale besturen slechts twee van meerdere actieterreinen zijn (bv. preventie en 'health in all policies'). Ook hier is vereenvoudiging en integratie van de structuren en het verhogen van de efficiëntie noodzakelijk. Naarmate er op Vlaams niveau functies en competenties kunnen ontwikkeld worden door het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn, eerstelijnszones en raden erkend kunnen worden en hun ondersteuning effectief wordt, zullen de functies die op het regionale stedelijke niveau moeten opgenomen worden verder afgelijnd kunnen worden.

We starten in eerste instantie met het samenbrengen van de huidige opdrachten rond preventie, palliatie, dementie en overleg rond geestelijke gezondheidszorg telkens binnen eenzelfde geografisch afgebakende regionale zone. Daartoe zullen de bestaande LOGO's (preventienetwerken), palliatieve netwerken en samenwerkingsverbanden, multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, regionale expertisecentra dementie en de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg samenwerkingsafspraken maken zodat er in elke zorgregio een afgestemd aanbod beschikbaar is. Een aantal van hun huidige opdrachten (zoals de opmaak van vormingspakketten en bepaalde taken inzake sensibilisatie van de bevolking en zorgverleners) zullen verschuiven naar het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn.

De multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging zijn geen ondersteuningsstructuur zoals de andere vernoemde structuren omdat ze ook zorg verlenen. Deze moeten ook geografisch overeenstemmen met het werkgebied van de regionale zorgzone omwille van de duidelijkheid en de transparantie.

De samenwerkingsvorm die gestalte moet geven aan de regionale zorgzone zal in de transitiefase geleidelijk aan vorm krijgen en dat in samenspraak met de bestaande betrokken organisaties. Doelstelling is dat er één ondersteuningsstructuur per regionale zorgzone wordt erkend en gefinancierd en dat de huidige overlegstructuren bijgevolg niet langer erkend en gefinancierd zullen worden door de Vlaamse overheid. De Vlaamse overheid zal waken over de continuïteit van tewerkstelling van de personeelsleden die in de transitie betrokken zijn.

De shared savings door samenwerking worden, naargelang de noden, ingezet op dit niveau of op het niveau van de eerstelijnszones.

De financiering gebeurt in functie van de kenmerken van het werkingsgebied (grootte, inwonersaantal, sociaal-demografische kenmerken, ...) en een deel van de middelen wordt per opdracht en deelwerking (preventie, palliatie, dementie..) toegekend en verantwoord. Regionale zorgzones kunnen in alle openheid en transparantie en op basis van consensus de financiering van bepaalde opdrachten voor specifieke doelgroepen (cf. coördinatie samenwerking gespecialiseerde GGZ) en thema's samen poolen. Ook het verwerven van financiering via alternatieve bronnen wordt toegestaan.

Meerdere eerstelijnszones vormen samen een regionale zorgzone. Met het oog op een goede samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn vallen deze regionale zorgzones idealiter samen met de toekomstige 14 (federale) ziekenhuisnetwerken in Vlaanderen die zich op hetzelfde niveau van grootte situeren als de regionaalstedelijke zorgregio's van het zorgregiodecreet. Afstemming en samenwerking met coördinatiefuncties binnen domeinen welzijn en gezondheid vanuit andere overheden (cf. federale overheid – netwerkcoördinatie geestelijke gezondheidszorg) is noodzakelijk. Afstemming met de federale overheid is dus noodzakelijk.

Deze regionale zorgzones hebben volgende kenmerken:

- > Afstemming met gebieden van de klinische ziekenhuisnetwerken, een populatie in de grootteorde 400.000 inwoners;
- > de regionale zorgzones dekken het volledige Vlaamse grondgebied;
- > de regionale zorgzones bestaan uit meerdere eerstelijnszones;
- > elke eerstelijnszone is onderdeel van slechts één regionale zorgzone.

Aan dit niveau worden de volgende **taken** toebedeeld:

1. De opdrachten overnemen die tot nog toe werden uitgevoerd door de LOGO's, palliatieve netwerken en samenwerkingsverbanden, multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, regionale expertisecentra dementie en overlegplatforms geestelijke gezondheid Expertise rond preventie, palliatie, dementie en geestelijke gezondheid ter beschikking stellen van de eerstelijnszones (vorming, ondersteuning van zorgcoördinatoren en case managers, goede praktijkvoorbeelden..) op basis van richtlijnen en vormingspakketten die ontwikkeld zijn door het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn. Om de afspraken inzake ondersteuning scherp te stellen, wordt een overeenkomst afgesloten met de eerstelijnszones die tot de regionale zorgzone behoren. Voor een beschrijving van de huidige opdrachten wordt verwezen naar de bijlage.
2. Afstemming van het eerstelijnszorgaanbod met het aanbod van gespecialiseerde basisziekenhuiszorg door de ontwikkeling van een regionaal zorgstrategisch plan waarin de noden aan basiszorg op de eerste en tweede lijn (eerstelijnszorg en woonzorg, sociale dienstverlening en ondersteuning, geestelijke gezondheidszorg op de eerste en de tweede lijn, algemene basisziekenhuiszorg, preventie en palliatie) worden gedocumenteerd en neergelegd. Bij de opmaak van dit zorgstrategisch plan is de inbreng en deelname van zowel de ziekenhuizen uit de regionale zorgzone of van het klinisch netwerk als de eerstelijnsactoren onontbeerlijk. De regionale zorgzone zal als articulatie niveau tussen de eerste lijn en het gespecialiseerde zorgaanbod fungeren.
Het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn zal hiervoor de nodige ondersteuning bieden. Dit gezamenlijk nadenken over de aanbodontwikkeling ten behoeve van een populatie door zowel de actoren van de eerste lijn als de gespecialiseerde zorg is meer dan ooit aangewezen, gelet op de steeds belangrijker wordende transmurale interacties, bijvoorbeeld de toename aan

ambulante gespecialiseerde zorg en daghospitalisatie, het voorbereiden in het ziekenhuis op een terugkeer in de vertrouwde thuissituatie, vormen van verlengde revalidatie, respijtzorg voor de mantelzorger...

Aangezien het zorgstrategisch plan noden op verschillende niveaus aangeeft, zullen er zowel acties op lokaal, Vlaams als federaal vlak nodig zijn. Eerder al werd aangegeven dat dialoog en afstemming tussen de overheden noodzakelijk is. Een zorgstrategisch plan dat voldoet aan vooraf gestelde kwaliteitscriteria zal voor de Vlaamse Overheid het kader vormen waaraan individuele aanvragen van zorgaanbieders (voorzieningen) voor vergunning, erkenning of infrastructuurforfaits worden afgetoetst en is in die zin een belangrijk beleidsinstrument.

3. Ondersteunen van organisaties die proefprojecten of onderzoek met betrekking tot een betere organisatie van de zorg in de regionale zorgzone opzetten.
4. Behandelen van problemen, knelpunten of drempels die door de eerstelijnszone worden gesignaleerd en waarvoor geen oplossing op dat niveau kan gevonden worden.

In het tweetalig gebied Brussel Hoofdstad wordt de regionale zorgzone ondersteund door het Huis voor Gezondheid in samenspraak met de Vlaamse Gemeenschapscommissie en de administratie coördinatie Brussel. Met deze partners dient onderzocht of nieuwe regelgeving aparte Brusselparagrafen moeten bevatten om rekening te kunnen houden met de specifieke situatie van de zorgactoren in het tweetalige gebied Brussel Hoofdstad.

3.2.3 Het Vlaams niveau: van Samenwerkingsplatform tot een Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn

Na de vorige eerstelijnsconferentie van 2010 werd bij Vlaams Regeringsbesluit een Samenwerkingsplatform voor de Eerste Lijn opgericht waar een veertigtal vertegenwoordigers van zowat alle belanghebbenden uit de eerste lijn elkaar hebben leren kennen en elkaar driemaal per jaar ontmoeten om onderwerpen van collectief belang te bespreken. Er werden werkgroepen opgericht (o.a. de werkgroep ICT die o.m. advies geeft i.v.m. de te ontwikkelen projecten i.k.v. Vitalink).

Ook de voorbereiding van de eerstelijnsconferentie van 16 februari 2017 startte in dit Samenwerkingsplatform.

Uit de werkgroepen die deze conferentie mee hebben voorbereid en uit de wetenschappelijke reflectiekamer werd het voorstel aangebracht om een Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn op te richten.

In zo'n instituut kan de nodige kennis en expertise worden samengebracht die de brede eerste lijn kan ondersteunen. Om haar rol goed te vervullen zal het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn een sterke band hebben met de Vlaamse en de federale overheid, onderzoeks- en kenniscentra en universiteiten. De werking van dergelijk Instituut zal afhankelijk zijn van overheidsfinanciering en mee aangestuurd worden door het beleid.

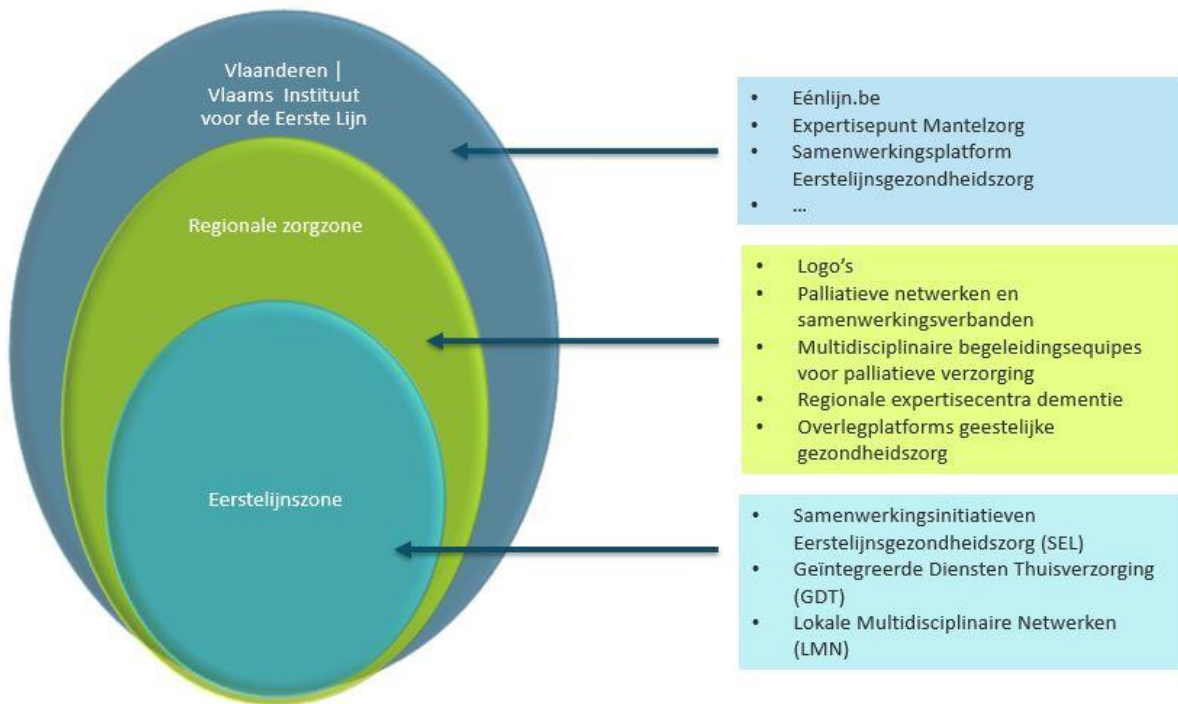
We gaan na hoe we bestaande expertise kunnen bundelen en hoe bestaande Vlaamse initiatieven en structuren, kunnen opgaan in het instituut. De projectmatige financiering van éénlijn.be en het op te richten Expertisepunt mantelzorg (i.s.m. de verenigingen van gebruikers en mantelzorgers) worden hierin opgenomen. Ook het samenwerkingsplatform voor de eerste lijn zal opgaan in de werking van het Vlaams instituut.

Er zal ook afstemming gezocht worden met het recent eengemaakt welzijnssteunpunt en de toekomstige steunpuntfunctie geestelijke gezondheidszorg

Regelgeving voorbereiden en herzien is onmiskenbaar een overheidstaak, evenals de verantwoording nagaan van de publieke middelen die ter beschikking worden gesteld vanuit de Vlaamse begroting.

We kennen aan het Vlaams instituut de volgende taken toe:

1. Bundeling van expertise, evidence, ervaringsdeskundigheid noodzakelijk voor de onderbouwing van geïntegreerde zorgmodellen. Bijvoorbeeld:
 - het uitwerken van een kader voor de bepaling van de zorgdoelen van de persoon met een zorgnood (methodiek, digitale ondersteuning);
 - het uitwerken van een leidraad voor lokale besturen en zorgactoren in de eerste lijn voor de organisatie van buurtgerichte zorg.
2. Het publiek ter beschikking stellen van een volledig, actueel en klantgericht overzicht van het zorgaanbod in Vlaanderen, gebaseerd op gevalideerde gegevensbanken.
3. Digitaal en laagdrempelig welzijns- en zorginformatie ontsluiten zowel voor de mantelzorger, de zorgbehoevende, professionele zorgactoren als andere geïnteresseerden. Een website ter beschikking stellen waar kennis, methodieken en informatie over mantelzorg gecentraliseerd en ontsloten worden, informatie over lokale ondersteuningsinitiatieven voor mantelzorgers ontsluiten, know-how bundelen, kennisopbouw stimuleren,...
4. Het informeren en betrekken van de burger bij de integrale zorgbenadering (sensibilisatie, positieversterking, algemene informatie).
5. Ondersteunen van een vormingsbeleid en uitwerking van vormingspakketten. In dit kader past de opdracht tot het implementeren van ICT-deskundigheid en –begeleiding. De huidige projectmatig gefinancierde opdracht van éénlijn.be wordt structureel verankerd in het Instituut.
6. Ondersteuning verlenen aan de eerstelijnszones op vlak van de organisatie, financiering, planning, zorgstrategische planning, bestuur,...
7. Het opzetten van innovatieve projecten, innovatie stimuleren en ondersteuning bieden bij de uitvoering ervan.
8. Het meehelpen formuleren van voorstellen van een onderzoeksagenda , bv. voor KCE, steunpunt, Instituut voor de Toekomst, Flanders' Synergy, universiteiten rond financieringsmechanismen (bv. in kader van impulsfonds, casemanagement of zorgcoördinatie en –overleg), instroom en doorstroom in de zorg, werkmodellen ...
9. Ondersteuning bieden bij het formuleren van gezondheids- en welzijnsdoelstellingen en indicatoren voor de eerste lijn die bruikbaar zijn en opgevolgd kunnen worden op het niveau van de eerstelijnszone en regionale zorgzone.
10. Het uitwerken van een transparant en uniform klachtenbeleid in samenwerking met de eerstelijnszones. Klachten maken een belangrijk onderdeel uit van de meting van kwaliteit. Het betreft de subjectieve tevredenheid van de personen met een zorgnood.
11. Het faciliteren en begeleiden van de zorgstrategische planning op het niveau van de eerstelijnszones en van de regionale zorgzones.
12. Samenwerking met het Vlaams Instituut van de Kwaliteit van Zorg in het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren die toepasbaar zijn in de eerste lijn.



3.3 RANDVOORWAARDEN

Het is duidelijk dat de overheid (overheden) ook de nodige inspanningen zal moeten doen om ervoor te zorgen dat de zorg- en hulpverlening zich in de juiste richting verder ontwikkelt.

We gaan er van uit dat de zorg en ondersteuning efficiënt en performant zal zijn indien:

- > Er een grondige kennis is bij elke zorgaanbieder van het zorgaanbod, zodat een gerichte doorverwijzing en het samenstellen van een zorgteam evident wordt;
- > Er interdisciplinair wordt samengewerkt en informatie digitaal gedeeld, vanuit de zorgdoelen van de persoon met een zorgnood;
- > Er duidelijke taakafspraken en een duidelijke taakverdeling bestaan;
- > Er voldoende digitale ondersteuning bestaat, om het zorgproces zo vlot mogelijk te laten verlopen;
- > Er een professionele werking bestaat van de beroepsgroep (kringwerking);
- > Er een aangepaste financiering voorzien wordt, die het geïntegreerde en digitale werken bevordert en ondersteunt. Heroriëntering van bestaande financieringsstromen worden hiervoor herbekeken.
- > Er voldoende participatie is van de gebruikers.

De zorg en ondersteuning zal kwaliteitsvol zijn indien:

- > Er een basisopleiding en permanente vorming bestaat die de zorgaanbieders de nodige competenties en vaardigheden aanleert inzake geïntegreerde zorg en ondersteuning, en gebruik van e-gezondheidsdiensten;
- > Er voldoende zorgcapaciteit aanwezig is;
- > Er een kwaliteitsbeleid bestaat, met doelstellingen voor de eerste lijn en een klachtenbeleid;
- > Er inhoudelijke expertise kan aangeleverd worden, voorzien van de nodige methodieken om de praktijkvoering te ondersteunen;
- > De afstemming tussen de generalistische en specialistische zorg goed verloopt;
- > De zorg en ondersteuning afgestemd is op de behoeften en noden van de populatie in het werkgebied van de zorgaanbieders;
- > Er een goede ondersteuning van de zorgaanbieders aanwezig is.
- > Er ruimte is voor innovatie en ondernemerschap.

Hierna wordt ingegaan op enkele van deze elementen en wordt aangegeven welke beleidsacties moeten genomen worden om dit waar te kunnen maken.

3.3.1 Basisopleiding en permanente vorming

De juiste basishouding en –competenties worden op de meest efficiënte manier meegegeven in de basisopleiding van de zorgactoren. Dit betekent dat de basisopleiding uitgaat van een geïntegreerde zorgbenadering, waarin de persoon met zijn zorgnood centraal staat. Tijdens deze opleiding is er aandacht nodig voor de gespreksvoering met de persoon zelf, het proces van zelfversterking, het formuleren van zorgdoelen en het verbinden van de gepaste handelingen aan deze doelstellingen. De opleiding dient de multidisciplinaire aanpak van complexe zorgnoden als een evidentie te beschouwen. Stages en vormingen over interdisciplinaire samenwerking zijn nodig. Zorgaanbieders dienen de vaardigheden te leren om de zorgcoördinatie op te nemen als een wezenlijk onderdeel van de zorg. Rond de toegankelijkheid van de zorg is aandacht nodig voor de fysieke, psychosociale, culturele en financiële drempels die personen met een zorgnood kunnen ervaren. Ook dienen zorgactoren probleemloos hun weg te vinden naar actuele gegevens over het zorg- en welzijnsaanbod en de beschikbaarheid van dit aanbod.

Ze worden opgeleid vanuit een brede invulling van de zorg, gaande van gezondheidsbevordering, ziektepreventie (onder meer bevolkingsonderzoeken), behandeling van ziekte, opvolging na behandeling tot palliatie en het levenseinde. Er wordt voldoende onderwezen over zorg en welzijn bij uiteenlopende leeftijds- en doelgroepen, zodat de zorgaanbieder de persoon met een zorgnood kan benaderen als een geheel. Het is van uiterst groot belang dat de opleiding een brede kijk geeft in de profielen en deskundigheden van andere zorgaanbieders. Zo leren de zorgaanbieders elkaars taken en competenties kennen en de meerwaarde van elke zorgaanbieder correct inschatten. Voor de zorgaanbieders van vandaag, die nog niet de hierboven beschreven basisopleiding hebben doorlopen, is een aanbod van permanente vorming nodig in afstemming met de federale initiatieven.

Actie:

- > Overleg met de minister bevoegd voor Onderwijs omtrent:
 - de basisopleiding (en permanente vorming) van zorgaanbieders;
 - health literacy als leerdoel in het onderwijsbeleid in te schrijven;
- > De succesvol opgebouwde knowhow inzake de ondersteuning van de zorgaanbieders, het ontwikkelen van een vormingsbeleid en uitwerking van vormingspakketten met het oog op het implementeren van ICT-deskundigheid en –begeleiding van die zorgaanbieders wordt duurzaam verankerd. De huidige projectmatig gefinancierde opdracht van éénlijn.be wordt een structurele opdracht voor het Vlaams Instituut voor de Eerste lijn.
- > Nagaan wat éénlijn.be kan betekenen in de permanente vorming.
- > Zoals overeengekomen in het actieplan eGezondheid³² tussen de federale overheid en de deelstaten, zullen alvast volgende acties ondernomen worden:
 - Een vak ‘e-gezondheid’ in elke opleiding in de gezondheidszorg (artsen, apothekers, kinesisten, verpleegkundigen, enz.) met een nader te bepalen aantal uren of studiepunten.
 - Opnemen van e-gezondheid in de competentieprofielen van de diverse zorgberoepen.
 - In alle accrediterings- en navormingssystemen van zorgverstrekkers is specifieke opleiding over het concrete gebruik van e-gezondheidsdiensten (EMD, enz.) een verplicht onderdeel.

3.3.2 Zorgcapaciteit in de eerste lijn

Naast de ondersteuning van de zorgactoren binnen de eerstelijnszorg, en verder bouwend op het ‘Actieplan 3.0 - Werk maken van werk in de zorg- en welzijnssector’, is het beleid omtrent zorgberoepen en het voorzien in de nodige instroom aan menskracht essentieel. Om kwaliteit van zorg in de eerste lijn te kunnen blijven garanderen is het noodzakelijk om over voldoende kwalitatief opgeleide zorgverleners te beschikken.

Uit analyses van het beschikbaar cijfermateriaal kunnen we vaststellen dat belangrijke beroepsgroepen, actief in de eerste lijn, weliswaar qua aantal in stijgende lijn zitten, maar dat de behoefte aan nieuwe zorgverleners nog steeds groot is, gelet op het toenemend aantal zorgverleners die in de eerstkomende jaren op pensioen zullen gaan. De nodige aandacht naar blijvende promotie en aandacht voor de verschillende beroepsgroepen mag dus zeker niet verslappen.

De Zesde Staatshervorming heeft hieromtrent belangrijke bevoegdheden overgeheveld naar het gemeenschapsniveau: de erkenning van de gezondheidszorgberoepen en het bepalen van subquota. Voor wat huisartsen betreft, wil de Vlaamse overheid in samenspraak met de decanen van de faculteiten geneeskunde, de federale overheid en de vertegenwoordigers van de artsen het aandeel

³² Ehealth in de opleidingen via <http://www.plan-egezondheid.be/actiepunten/12-opleiding-en-ict-ondersteuning-van-zorgverstrekkers/>

van de huisartsen in spe ten opzichte van het totale Vlaamse contingent van artsen verder doen toenemen.

Actie: overleg met zowel de decanen van de Vlaamse universiteiten, de vertegenwoordigers van de artsen als met de federale overheid.

Er wordt eveneens gepleit voor een goed doordacht organiseren van opleiding van nieuwe gezondheidszorgberoepen, die het mogelijk maken om een taakherschikking, via het principe van de subsidiariteit, te realiseren. Dit is ook een belangrijk gegeven om de zorg kostenefficiënt en betaalbaar te houden, maar ook om tekorten op te vangen. Zo kunnen bv. 'praktijkassistenten' bij tandartsen en huisartsen ingezet worden of zorgkundigen om verpleegkundigen te ontlasten.

Om het tekort aan tandartsen op te vangen kan ook overwogen worden of de toelatingsproef voor tandartsen kan afgesplitst worden van die van artsen (zonder op die manier een omzeiling van de toelatingsproef voor artsen in de hand te werken).

Actie: de Koninklijke Academie Geneeskunde en de Tandartsverenigingen worden om advies gevraagd over deze materie. Afstemming met de federale overheid is ook hier essentieel.

Qua reglementering van de gezondheidszorgberoepen is de federale overheid bevoegd. De federale overheid heeft daaromtrent een grondige hervorming aangekondigd via de hervorming van het KB78.

De Vlaamse Gemeenschap formuleerde hieromtrent o.a. volgende standpunten:

- > Een betere, duidelijke en concrete differentiatie uitwerken tussen de HBO5- en Bachelor opgeleide verpleegkundigen.
- > Het beroep van zorgkundige behouden.
- > Verzorgenden opschalen tot zorgkundigen.

Actie:

- > Een pleidooi evenals meer duidelijkheid voor differentiatie in de zorgberoepen wordt uitgewerkt.
- > We geven verder uitvoering aan het plan 'Werk maken van werk in de zorg- en welzijnssector 3.0'

3.3.3 Ondersteuning van eerstelijnspraktijkvormen

Het is noodzakelijk om organisatiecondities te creëren zodat zorg- en welzijnsverleners –binnen de professionele deskundigheid die hen eigen is – kunnen samenwerken aan een doelgerichte zorg, over de grenzen van organisaties heen. Hoe kan men teams faciliteren die een zo groot mogelijke verantwoordelijkheid hebben om die doelgerichte zorg te realiseren? Welk leiderschap veronderstelt dit? Wie neemt welke rol op binnen de groep? Dit zijn open, lerende netwerken die al naar gelang de missie en noden, bijvoorbeeld inzake innovatie, een wisselende en open samenstelling kennen. Multidisciplinaire samenwerking wordt daarom als uitgangspunt meegenomen in alle toekomstige ontwikkelingen van vormen, financieringsmodellen, digitale communicatie, ...De administratieve lasten waarmee zorgaanbieders worden geconfronteerd moeten een bijzonder aandachtspunt vormen voor de overheden die open moeten staan voor suggesties vanuit de zorgaanbieders om deze lasten te verminderen.

Steeds minder jongeren zien een solopraktijk zitten en verkiezen zich in een groepspraktijk te verenigen (al of niet in vennootschapsvorm). Het beroep van zelfstandige zorgverlener gaat gepaard

met een grotere complexiteit op het vlak van fiscaliteit, sociaal statuut, personeelsbeleid,... De opstart en organisatie van een groepspraktijk verhoogt deze complexiteit nog. Hierdoor hebben de zelfstandige zorgverleners nood aan ondersteuning op het vlak van de praktijkvoering en dit vooral bij de opstart van een praktijk. Een betere juridische en fiscale omkadering bevordert immers het sociaal ondernemerschap van zelfstandige zorgverstrekkers. De Federatie van Vrije Beroepen en de beroepsverenigingen spelen hierin een cruciale rol.

De Federatie Vrije Beroepen kreeg de opdracht om modellen voor geïntegreerde praktijkvoering bij zelfstandig zorgverstrekkers uit te werken. In een eerste fase werd een inventaris van bestaande initiatieven (met speciale aandacht voor vormen waarbij een integratie bestaat tussen gezondheid en welzijn) opgemaakt. De 'best-practices' van geïntegreerde eerstelijnszorg door zelfstandige zorgaanbieders werden geanalyseerd. Wettelijke en deontologische hinderpalen (ook inzake nomenclatuur) werden in kaart gebracht alsook de noden en behoeften van de zorgaanbieders ter zake.

In een volgende fase zullen zij modellen voor geïntegreerde eerstelijnszorg ontwikkelen waarin volgende aspecten rond de samenwerking in een geïntegreerde zorgorganisatie aan bod komen: de juridische vertaling, deontologische, pluralistische, financiële, organisatorische en persoonlijke aspecten, kwaliteit en deelname en keuzevrijheid van de persoon met een zorgnood.

Meerdere modellen van samenwerking zijn mogelijk. We kiezen vanuit de Vlaamse overheid niet voor één benadering waarin alle praktijkvoeringen in de eerste lijn moeten gevat worden in strakke erkenningscriteria. De principes die we beleidsmatig vooropstellen zijn interdisciplinair werken en geïntegreerde zorg en ondersteuning, waarbij de persoon met een zorgnood steeds centraal staat en over een volledige keuzevrijheid beschikt. Belangrijke aspecten die de overheid daarvoor onder meer moet bevorderen zijn: het gebruik van een uniform indicatie-instrument, gegevensdeling via gebruik van elektronische patiëntendossier, faciliteren van overleg, duidelijkheid over de invulling van functie van casemanagement en zorgcoördinatie, gebruik van kwaliteitsindicatoren, administratieve eenvoud,...³³ We rekenen hiervoor ook op de dynamiek van de zorgteams en zorgraden.

De basisvoorwaarden voor maatschappelijk verantwoorde zorg³⁴ moeten worden gegarandeerd: kwaliteit, performantie, rechtvaardigheid en toegankelijkheid. Het aspect 'toegankelijkheid' vormt ook een belangrijke basisvoorwaarde voor kwetsbare groepen zoals mensen in armoede. Alle zorgaanbieders moeten oog hebben voor deze groep van mensen, die vaak zorg uitstellen omwille van andere problemen (arbeid, huisvesting, financiële problemen, vereenzaming).

Om voor de persoon met een zorgnood duidelijkheid te geven over de zorgaanbieders in zijn regio, zal de sociale kaart worden aangepast en aangevuld zodat hij zicht krijgt op de zorgaanbieders waarop hij kan beroep doen.

Wat de huisartsgeneeskunde betreft, zorgt het Impulsfonds voor een vestigingspremie, een lening of een (tele)secretariaatsondersteuning. Het onderzoek naar de werking van het Impulsfonds³⁵ toonde aan dat:

- > het Impulsfonds ruim gebruikt werd door de huisartsen: meer dan de helft van de Vlaamse huisartsen maakt gebruik van de secretariaatsondersteuning.

³³ Conceptnota veranderingsagenda voor de ouderenzorg via:

http://www.jovandeurzen.be/sites/jvandeurzen/files/160205_Conceptnota_Vlaams%20welzijns-%20en%20zorgbeleid%20voor%20ouderen_0.pdf

³⁴ Visienota : Maatschappelijk verantwoorde zorg. Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid en Gezin. Beschikbaar via:

<http://www.sarwag.be/sarwag/document/visienota-maatschappelijk-verantwoorde-zorg>

³⁵ Van Roy, K., Peersman, W., De Lepeleire, J., Mamouris, P., De Sutter, A., De Maeseneer, J. & Goderis, G. (2017). Evaluatie Impulsfonds – rapport. UGent en KULeuven.

- > elke huisarts is zeer positief over de ondersteuning die hij ontvangt (of dit nu een premie, een lening of een secretariaatsondersteuning is).
- > het Impulsfonds een wezenlijke bijdrage geleverd heeft aan de professionalisering van de werking van de huisartsen ongeacht de praktijkvorm.
- > het Impulsfonds een aanzet geweest is om anders te gaan denken over manieren van praktijkvoering.
- > de vestigingspremie is geen doorslaggevend argument om zich op een bepaalde plaats te vestigen. Impulseo heeft geen effect op de huisartsendichtheid.
- > De steunpunten werden als een belangrijke meerwaarde ervaren.

Volgende aanbevelingen werden gemaakt:

1. Blijvend inzetten op de waardering van huisartsen en de erkenning van hun noden.
2. De hoofddoelstelling van de ondersteuning moet gericht blijven op het garanderen van toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg door een goede spreiding van het aanbod en aandacht voor sociaal kwetsbare groepen.
3. De criteria voor het bepalen van huisartsenarme of prioritaire zones dienen meer verfijnd en gedifferentieerd te worden.
4. Ondersteuning van praktijkvoering op de eerste lijn wordt best uitgebreid van (tele)secretariaatsondersteuning naar andere disciplines binnen de praktijk (praktijkassistentie, maatschappelijk werk, verpleegkunde, etc.).
5. Meer inzetten op stimulering en ondersteuning van samenwerking (multidisciplinair werken).
6. De mogelijkheid tot evaluatie moet van bij de opzet meegenomen worden.

Deze aanbevelingen kunnen worden omgezet door (een beperkt deel van de middelen van) het Impulsfonds differentieel aan te wenden. Dit bedraagt in 2017 in totaal 14.786.000 euro. In afwachting van de uitwerking van onderstaande acties in samenspraak met de huisartsen, zal de huidige werking van het Impulsfonds worden voortgezet.

Acties:

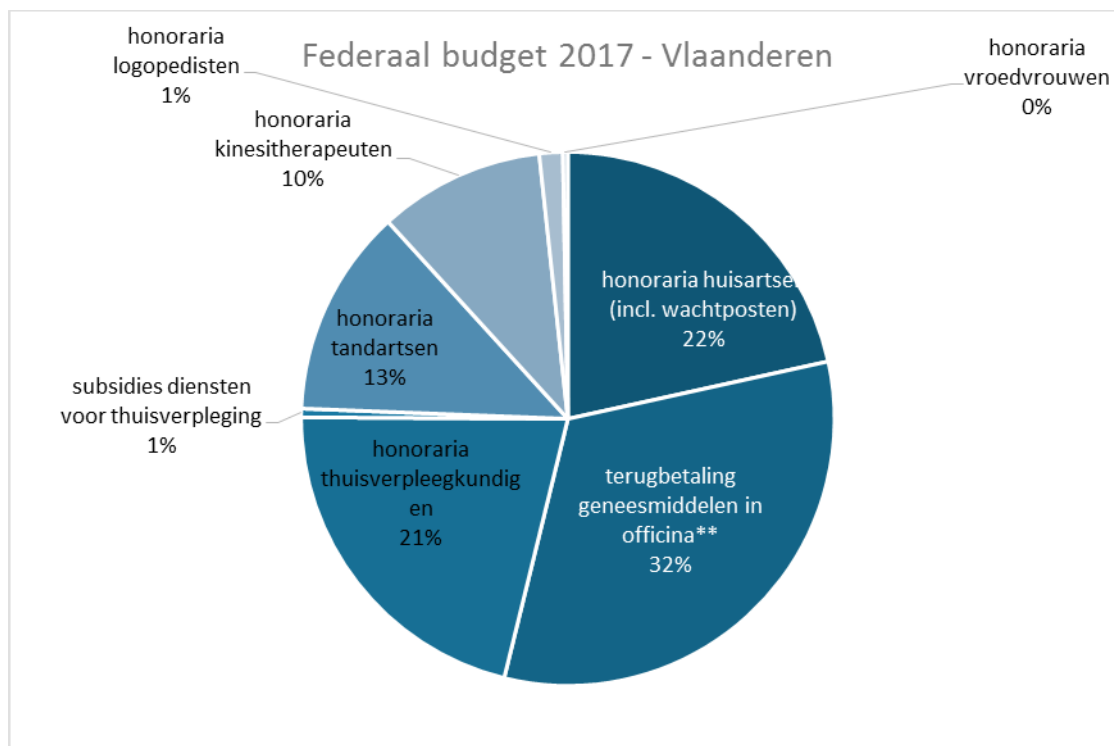
- > In samenwerking met de koepelorganisaties van de (huis)artsen en het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn:
 - worden de voorwaarden voor het bepalen van de prioritaire zones i.k.v. het Impulsfonds herbekeken o.b.v. sociaal-demografische en sociaal-economische factoren;
 - onderzoeken we voor de vestiging in prioritaire zones of en hoe de bestaande instrumenten en incentives (VIPA-ondersteuning en impulspremie) kunnen worden geharmoniseerd, geoptimaliseerd en verder aangewend binnen de eerste lijn
 - worden de mogelijkheden en voorwaarden nagegaan om de huidige tegemoetkoming voor administratieve ondersteuning uit te breiden naar andere disciplines in de praktijk en dit met het oog op het mogelijk maken van meer geïntegreerde zorg en interdisciplinaire samenwerking. Dit zal gebeuren binnen de budgettaire mogelijkheden.
 - wordt nagegaan hoe elektronische gegevensdeling en stagebegeleiding kan gestimuleerd worden via criteria voor de toekenning van bovenstaande tegemoetkomingen.
- > De sociale kaart wordt aangepast zodat de nodige transparantie bestaat over het aanbod aan zorgaanbieders en organisaties.
- > We zetten ook in op ICT-ontwikkeling en ondersteuning in het kader van Vitalink.
- > Via de dienstverleners van de KMO-portefeuille
 - Kan het begeleiden van startende zorgverleners bij het uitbouwen van een eigen zaak worden ondersteund

- worden vormingen aangeboden in functie van de behoeften van de doelgroep zoals bv. zorgmanagement en zou op termijn indien wenselijk ook vormingen over multidisciplinaire samenwerking kunnen tot stand komen.

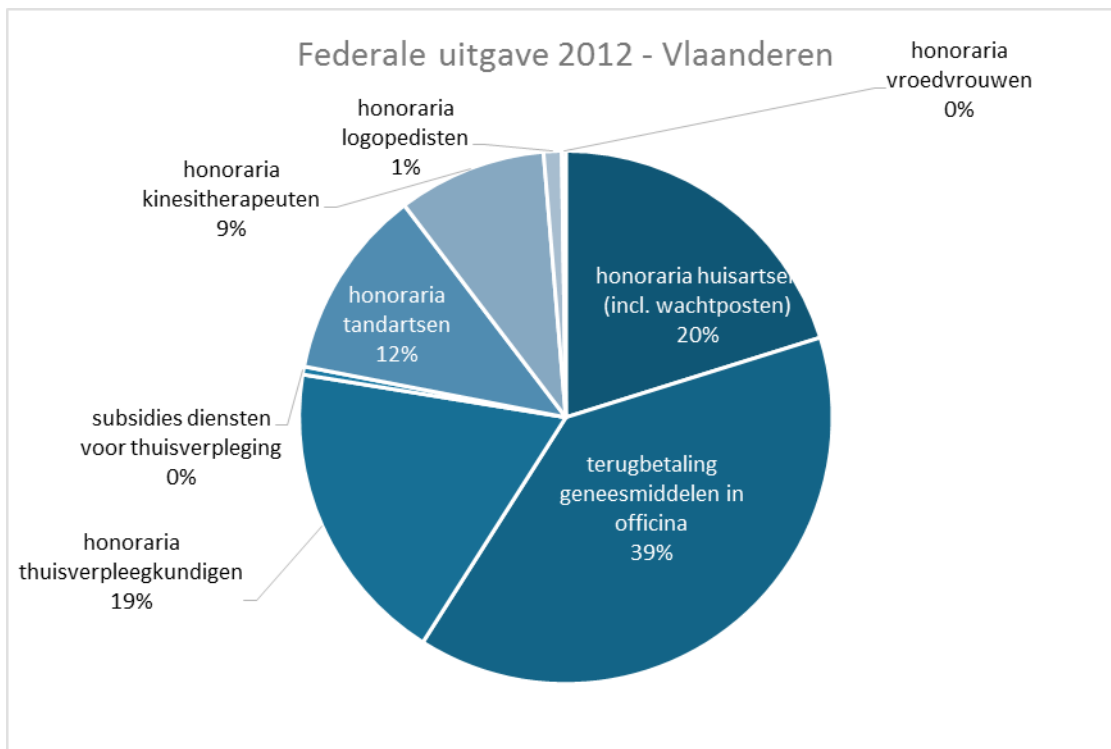
3.3.4 Financiering van de eerste lijn

3.3.4.1 Financiering vanuit de federale overheid

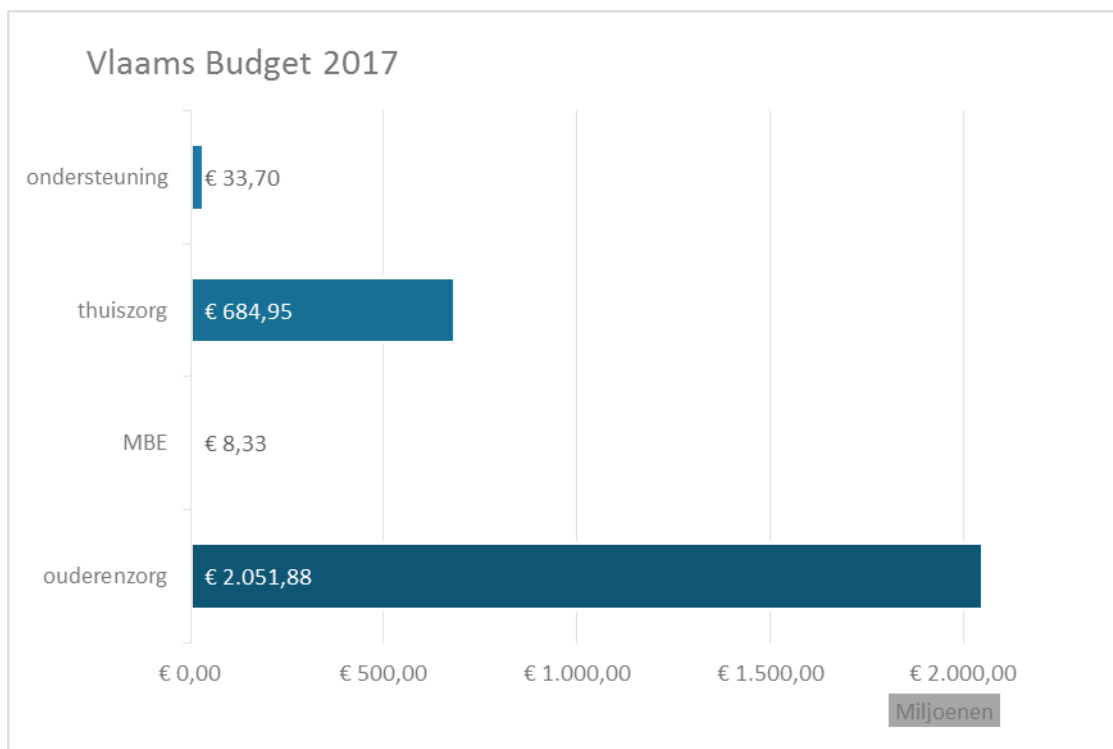
Een blik op de federale uitgaven voor de eerstelijnsgezondheidszorg toont ons een globaal budget van 4,3 miljard euro voor Vlaanderen in 2017. Dit budget is als volgt verdeeld over de verschillende uitgavenposten:



Over een periode van vijf kalenderjaren steeg dit budget in zijn globaliteit van 3,9 miljard euro naar 4,3 miljard euro.



De Vlaamse overheid zet hier een budget van 2,77 miljard euro tegenover voor diezelfde eerstelijnsgezondheidszorg.



zorg	Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging	€ 8.328.659,00
ondersteuningssector	Palliatieve Netwerken	€ 960.697,00
ondersteuningssector	Samenwerkingsverbanden inzake palliatieve verzorging tussen verzorgingsinstellingen en –diensten	€ 1.516.341,00
ondersteuningssector	Samenwerkingsinitiatieven Eerste Lijnsgezondheidszorg	€ 2.512.704,00
ondersteuningssector	Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging	€ 1.399.617,00
ondersteuningssector	Lokale Multidisciplinaire Netwerken	€ 4.950.000,00
ondersteuningssector	Impulseo vestigingspremies, telesecretariaat en praktijkondersteuning	€ 14.786.000,00
	Impulseo leningen	€ 3.565.000,00
ondersteuningssector	Vlaams expertisecentrum en regionale expertisecentra dementie	€ 1.656.000,00
ondersteuningssector	Huisartsenkringen	€ 2.351.000,00
thuiszorgsector	Diensten voor gezinszorg, aanvullende thuiszorg, oppashulp en gastopvang	€ 657.174.729,33
thuiszorgsector	Diensten maatschappelijk werk	€ 17.186.743,92
thuiszorgsector	Lokale dienstencentra	€ 7.755.719,59
thuiszorgsector	Regionale dienstencentra	€ 1.587.273,00
thuiszorgsector	Verenigingen van gebruikers en mantelzorgers	€ 620.306,34
thuiszorgsector	Personenalarmtoestellen, Projecten	€ 625.000,00
zorg	Woonzorgcentra	€ 1.953.000.000,00
zorg/welzijn	alternatieve tewerkstellingsmaatregelen WZC ex-DAC en GESCO's	€ 44.846.000,00
zorg	Dagverzorgingscentra, Centra voor Kortverblijf	€ 45.709.000,00
preventie	Lokaal Gezondheidsoverleg	€ 6.819.000,00

De financiering vanuit het RIZIV omhelst de honoraria voor de uiteenlopende beroepsgroepen van KB nr. 78. Een groot deel van het budget omvat de terugbetaling van de geneesmiddelen. In dit laatste zitten ook de honoraria van de apothekers.

Het feit dat de federale overheid bevoegd is voor de vergoeding van de prestaties van de gezondheidszorgberoepen beïnvloedt in grote mate de wijze waarop de hervorming van de eerstelijnszorg tot stand kan komen.

Een geïntegreerde zorgorganisatie vraagt een geïntegreerde financiering van die zorg. Een dergelijke financiering zet in op de toegankelijkheid van de zorg, kwaliteit van zorg, interdisciplinaire samenwerking, het afstemmen van de zorg op het bevorderen of behouden van de autonomie en regierol van de persoon met een zorgnood. Persoonsvolgende financiering is hierin volgens de Vlaamse overheid een belangrijke hefboom.

De bevoegdheden op vlak van de eerste lijn blijven, ondanks de Zesde Staatshervorming, nog verdeeld over de gemeenschappen en de federale overheid. Samenwerking en afstemming is aangewezen om tot een afgestemd beleid te kunnen komen.

Een eerste stap vormt het gemeenschappelijk actieplan voor een geïntegreerde zorg voor de persoon met een langdurige en complexe zorgnood. Dit plan heeft als doel om een meer integraal beleid op vlak van eerstelijnszorg te bevorderen. De belangrijkste actielijn is de uitvoering van pilootprojecten.

In heel België zullen in juni 2017 maximaal twintig pilootprojecten van start gaan, waarvan 10 in Vlaanderen.

De pilootprojecten geïntegreerde zorg werken momenteel bottom-up voorstellen uit ten aanzien van een aangepast financieringssysteem. Vlaanderen vraagt hen ook te experimenteren met persoonsvolgende financiering. Uit hun ervaringen zijn lessen te trekken over de haalbaarheid en wenselijkheid van bepaalde financieringsmechanismen.

Hoe de zorgaanbieders, voornamelijk deze die opgenomen zijn in KB nr. 78, gefinancierd worden en hoe hun taakomschrijving er uitziet, is van grote invloed op de wijze waarop deze zorgaanbieders de zorg organiseren en verlenen. Het KB nr. 78 wordt momenteel hervormd door de federale overheid. Het KB krijgt twee luiken, een luik met de profielen van de zorgaanbieders en een kwaliteitsluik. De invulling van beide luiken zal de Vlaamse hervorming van de eerste lijn beïnvloeden. Ook hier is afstemming nodig. De Vlaamse Gemeenschap diende een advies in bij de federale overheid rond de hervorming, waarin duidelijk tot uiting komt dat een eenzijdige hervorming negatieve effecten zal hebben op de uitoefening van de bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap.

Voor de hervorming van het KB nr. 78 zal ook afstemming nodig zijn rond de, door de Vlaamse Overheid, erkende zorg- en hulpverleners in het zorg- en bijstandsdecreet. Afstemming is onontbeerlijk om tot een integraal zorgmodel te komen. Bij de hervorming houdt de federale overheid idealiter ook rekening met de ontwikkelingen binnen de pilootprojecten geïntegreerde zorg. Binnen deze projecten wordt binnen een regelluw kader nagedacht over een goede invulling van de taakverdeling, om de zorg zo efficiënt mogelijk te kunnen verlenen.

3.3.4.2 Financiering vanuit de Vlaamse overheid

De Vlaamse Overheid besteedt een jaarlijks budget van 2,77 miljard euro aan de eerstelijnsgezondheidszorg (zie eerder). Het is duidelijk dat, onder meer via de ontwikkeling van de Vlaamse Sociale Bescherming en de daaraan verbonden uitkeringen en persoonsvolgende financiering van hulp en dienstverlening, een globaal kader voor de volgende jaren moet ontwikkeld worden. Dit zal wetenschappelijk onderbouwd moeten worden (steunpunt WVG werkt hier momenteel intensief aan). Omdat dit fundamentele budgettaire keuzes inhoudt, moet alles in het werk gesteld opdat bij de afsluiting van een volgend regeerakkoord hieromtrent meerjarenafspraken kunnen gemaakt worden. Ondertussen wordt verder gebouwd op de vastgelegde groeipaden (bv. gezinszorg, residentiele ouderenzorg.....) en mogelijkheden binnen de beschikbare budgettaire ruimte van het beleidsdomein welzijn, volksgezondheid en gezin.

De financiële middelen die aan de huidige ondersteuningsstructuren toegekend worden vanuit de Vlaamse overheid, zullen geheroriënteerd worden naar de nieuwe structuren.

Globaal betreft het een bedrag van 11.598.704 euro in 2017 (SEL/GDT, LMN, middelen van GDT voor multidisciplinair overleg: fysiek, coma en psychisch en éénlijn.be).

Momenteel zijn er minimaal 90,20 VTE tewerkgesteld in de SEL/GDT en LMN's. In de transitiefase zal deze financiering geleidelijk geheroriënteerd worden naar de 'autonome' eerstelijnszones, waarbij er dan proportioneel minder middelen toegekend worden aan de huidige structuren, die dan op termijn uitdoven.

Als bijlage vindt u een overzicht van aantal VTE (2015), evenals de beschikbare financiële middelen (2017).

3.3.4.3 *Communicerende budgetten in afgesloten vaten*

De zesde staatshervorming geeft de Vlaamse Gemeenschap ongetwijfeld de kans om een eigen dynamiek te brengen in de ontwikkeling van de zorg zoals verleend in de eerste lijn. Maar – en dat was eigenlijk vóór de laatste staatshervorming niet anders - intens overleg en samenwerking zijn absoluut noodzakelijk.

De bijzondere wetgever stelt duidelijk dat prestaties die verricht worden door zorgvertrekkers (honoraria en de nomenclatuur (de lijst van verstrekkingen die de geheel of gedeeltelijk worden vergoed door de ziekteverzekering)) een federale aangelegenheid zijn.

Zo behoren de toelating van, bijvoorbeeld, de eerstelijnspsychologen tot de zorgberoepen van wie de prestaties in aanmerking komen voor terugbetaling tot de federale bevoegdheid. Ook de subsidiëring van de werkingskosten van ziekenhuizen is een federale bevoegdheid. Subsidiëring van infrastructuurkosten van ziekenhuizen in Vlaanderen en van uni-communautaire, Vlaamse ziekenhuizen in Brussel is dan weer een bevoegdheid van de Vlaamse overheid.

Wanneer de Vlaamse overheid budget vrijmaakt om een klassiek rusthuisbed (ROB) op te waarderen tot een rust- en verzorgingsbed (RVT-bed) voor zwaar zorgbehoevende residenten (een verhoging van de subsidie per woongelegenheden die bezet is), dan betekent dit in de huidige situatie dat de kosten van de prestaties door kinesitherapeuten ten laste vallen van de Vlaamse overheid en niet langer van de federale ziekteverzekering.

Wanneer de federale minister de verblijfsduur inkort voor jonge moeders en hun pasgeborenen in het ziekenhuis, dan vergroot de vraag naar kraamzorg aan huis die geleverd wordt door de diensten gezinszorg die gefinancierd worden door de Vlaamse overheid.

Een beleidsmaatregel met budgettaire impact die door de federale overheid wordt genomen heeft dus vaak een impact op de uitgaven van een Gemeenschap (Vlaamse overheid). En omgekeerd. Maar de begrotingen en de budgetten vloeien niet in elkaar over. De zesde staatshervorming voorzagt wel in bindende juridische afspraken (in de bijzondere financieringswet) waarbij een vastgeklit bedrag voor de bevoegdheden die werden overgedragen gevolgd is uit de federale naar de Vlaamse begroting. Maar reorganisaties die plaatsvinden na de overdracht van de bevoegdheden in het kader van de zesde staatshervorming moeten worden gefinancierd (of leiden tot besparing) binnen de eigen federale of Vlaamse begroting.

Actie: Een heldere, transparante, proactieve afstemming tussen de federale overheid en de deelstaten in de interministeriële conferentie en in het nog op te richten Instituut voor de Toekomst is dus, in het belang van de personen met een zorgnood en zorgaanbieders, noodzakelijk.

3.3.5 *Een digitale eerste lijn*

De Vlaamse overheid deelt de ambitie met de federale overheid en de andere regio's om een volledige digitalisering van de medische dossiers van de huisarts tegen 2020 te realiseren zoals geformuleerd in het **actieplan e-Gezondheid**³⁶. Voor Vlaanderen betekent dit dat tegen 2020 **het multidisciplinair delen van een zorg- en ondersteuningsplan** een feit is.

De Vlaamse overheid zet daarom verder en versterkt in op de uitbouw van **Vitalink**, als essentieel en cruciaal netwerk voor gegevensdeling in zorg, dat belangrijk is voor een geïntegreerde zorgverlening, zoals het journaal en de agenda, zodra het concept en de context van het gebruik voldoende scherp

³⁶Actieplan eGezondheid 2015-2019 via <http://www.plan-egezondheid.be/>

zijn gesteld en een aantal randvoorwaarden zijn vervuld. Belangrijk is ook om blijvend af te stemmen met de andere overheden, zoals we dat vandaag doen in het kader van het plan e-gezondheid. Het agentschap gegevensdeling wordt het forum waar de belanghebbenden van de Vlaamse welzijns- en gezondheidssector elkaar vinden en waar nieuwe concepten inzake gegevensdeling kunnen worden ontwikkeld. Binnen dit agentschap zal ook de opvolging kunnen gebeuren van bestaande projecten en acties, zoals deze binnen het plan eGezondheid zijn opgenomen, en zullen gezamenlijke standpunten worden ingenomen en afspraken worden gemaakt.

Vitalink wordt, samen met de bijbehorende toepassingen het forum, waarin de zorgaanbieders interdisciplinair kunnen werken aan de realisatie van de zorg samen met de persoon met een zorgnood. De cruciale voorwaarde waaraan moet worden voldaan om onze ambities voor een digitale en geïntegreerde eerste lijn te realiseren is het ondubbelzinnige engagement van alle betrokken zorgaanbieders en belanghebbenden. Zoals reeds gesteld, iedereen moet mee doen.

Bovendien reikt de ambitie nog verder, niet enkel de zorgaanbieders in de gezondheidszorg, maar ook de zorgaanbieders uit de welzijnssector dienen het pad in te slaan naar een digitale werkomgeving. We evolueren met andere woorden niet alleen naar een e-gezondheid maar ook naar een **e-zorg**-verhaal, pas dan zal er echt sprake kunnen zijn van integrale zorg.

Tijdens verschillende informatiseringsprojecten die Zorg en Gezondheid initieerde in de afgelopen periode (2013-2016), werd reeds heel wat praktijkervaring opgebouwd omtrent gegevensdeling in de eerste lijn en bijvoorbeeld ook de ouderenzorg. Door een geïntegreerde zorgverlening, komt een persoon met een zorgnood immers in contact met meerdere zorgverleners binnen de eerste lijn, ouderenzorg en de gespecialiseerde zorg.

Een optimale uitwisseling van de relevante zorg- en medische gegevens tussen verschillende zorgactoren is daarom elementair voor de zorgcontinuïteit.

Er wordt verder gebouwd aan verschillende projecten die de **transmurale communicatie** tussen de verschillende zorgactoren in de dagdagelijkse zorgpraktijk faciliteren. Binnen het eWZC-project (digitalisering van dossiers in woonzorgcentra) werden bijvoorbeeld verschillende technische functionaliteiten ontwikkeld die gegevensuitwisseling mogelijk maken tussen ziekenhuizen, huisartsen, apotheken en woonzorgcentra, en met het BelRAI-platform.

Dit beantwoordt aan één van de doelstellingen uit het actieplan eGezondheid om gegevensuitwisseling met alle zorginstellingen en -actoren uit de eerste lijn en de gespecialiseerde zorg te bevorderen.

Eénlijn.be is een breed veranderingsproject om het gebruik van ICT-toepassingen in de eerste lijn te bevorderen via opleidingen, e-learning en een helpdesk en om de samenwerking tussen de eerstelijnsactoren te bevorderen. Het heeft als doel om, door middel van ICT, de multidisciplinaire gegevensdeling tussen eerstelijnsactoren te bevorderen door het gebruik van de e-Gezondheidsdiensten zoals Vitalink medicatieschema, Vitalink SUMEHR (samenvatting van essentiële medische gegevens), Recip-e (elektronisch voorschrift) en de e-HealthBox (beveiligde communicatie van persoonsgegevens tussen zorgverstrekkers).

Tussen 2013 en 2016 werden er in totaal 1.509 sessies gegeven en dit aan 17.250 zorgverleners. Het overgrote deel van deze opleidingen waren voor huisartsen (rond de 90%). Er waren 6.251 bezoekers voor de éénlijn.be website.

Een tweede projectperiode is gestart eind 2016 en loopt tot eind 2019 waarbij het opleidingsaanbod uitgebreid wordt en evolueert van aanbod- naar vraaggestuurde vormen.

3.3.6 Innovatie en ondernemerschap

In het kader van het aanbieden en organiseren van zorg, ook eerstelijns zorg, wordt vaak verwezen naar het begrip 'sociaal ondernemerschap of maatschappelijk verantwoord ondernemerschap'. Sociale ondernemers beogen bij middel van hun activiteiten een maatschappelijke toegevoegde waarde te creëren. Met andere woorden, los van het juridische statuut van de zorgorganisatie, streven zij niet enkel en alleen winst na. Dit ondernemerschap kan zich ontwikkelen zowel binnen profit als non-profit organisaties en hecht zowel belang aan de maatschappelijke, als aan de economische waardecreatie met het oog op de financiële duurzaamheid en de economische leefbaarheid van de initiatieven.

Sociaal ondernemerschap betekent vooral gericht zoeken naar innovatieve, creatieve en flexibele manieren om vraaggestuurde zorg en ondersteuning aan te reiken. Binnen een regelluw kader, met voldoende managementruimte, kunnen sociale ondernemers een antwoord bieden aan veranderende zorg- en ondersteuningsnoden. Het spreekt voor zich dat daarbij ook afspraken horen met betrekking tot informatie en transparantie over de kwaliteit, de prestaties en de prijs en goed personeelsbeleid.

We stellen vast dat in de eerstelijnszorg ook zorgaanbieders actief zijn als ondernemers op zelfstandige basis of via vennootschapsvorm. In die zin is er ook een element van marktwerking aanwezig, waarbij het mechanisme van vraag en aanbod speelt. Een gezonde marktwerking met versterkte objectiviteit en transparantie biedt in combinatie met sociaal ondernemerschap ook in de eerstelijnszorg een meerwaarde op vlak van kwaliteitsconcurrentie, kostenefficiëntie, vraagsturing, keuzevrijheid en innovatie.

De belangrijkste innovatie voor de toekomst van de eerste lijn, ligt in de hervorming van de zorg naar een meer geïntegreerd zorgsysteem. Het gaat om een verandering in het denken en attitude en een verandering in de zorgprocessen.

Innovatieprojecten die hierrond de afgelopen jaren werden opgezet zijn de Zorgproeftuinen, projecten van de Vlaamse Bouwmeester (zie bijlage), de zorgvernieuwingsprojecten en de op te starten pilootprojecten geïntegreerde zorg. De pilootprojecten geïntegreerde zorg worden in samenwerking met de Federale Overheid en de deelstaten uitgevoerd en werden opgezet in uitvoering van het gemeenschappelijk plan voor geïntegreerde zorg voor personen met een langdurige zorgnood³⁷. In deze projecten zitten alle elementen die tot een meer geïntegreerde zorg moeten leiden: empowerment van een persoon met een zorgnood, interdisciplinaire samenwerking, kwaliteitsbeleid, aangepaste financiering, zorgcoördinatie en case management, opleiding, Het doel van de projecten is de zorgaanbieders zelf de verantwoordelijkheid te geven tot het anders organiseren van de zorg.

Het succes van Vitalink, als netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg, hangt in grote mate af van het effectief gebruik door de actoren in de zorg. Belangrijk is evenwel dat deze actoren in de zorg kunnen beschikken over de nodige aangepaste (gebruiksvriendelijke) software. Actueel bestaat er geen formeel overleg met producenten van software voor actoren in de zorg. Aan het nieuwe Agentschap voor Gegevensdeling wordt gevraagd op welke wijze een overleg en samenwerking met een vertegenwoordiging van softwareproducenten kan georganiseerd worden. Dit zou een sterk signaal zijn richting de waardering van hun expertise bij de verdere evolutie van onder andere Vitalink. Dit moet de dialoog verbeteren tussen enerzijds actoren in de zorg over hun

³⁷ Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken. Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid. Beschikbaar via: http://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/plan_nl.pdf

verwachtingen en prioriteiten omtrent software/ict-oplossingen, en anderzijds softwareproducenten over hun technologische mogelijkheden en prioriteiten. Beide doelgroepen hebben elkaar nodig, zijn afhankelijk van elkaar en daarom is een dialoog en samenwerking noodzakelijk.

De Vlaamse Overheid zal innoverende initiatieven blijven stimuleren en ondersteunen. Vanuit Flanders' Care 2.0, waar we op 'aantoonbare wijze en door innovatie het aanbod van kwaliteitsvolle zorg willen verbeteren en verantwoord ondernemerschap in de zorg economie stimuleren', willen we de resultaten van de proeftuinen en andere initiatieven benutten. Deze kunnen een belangrijke bijdrage leveren bij het tot stand komen en realiseren van innovatie en ondernemerschap binnen het ecosysteem van het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn en bij uitbreiding de ganse eerstelijnszorg.

Acties:

- > We bewaken bij al onze acties dat dit gepaard gaat met minimale administratieve lasten, waar mogelijk een lastenvermindering en maximale regelluwte.
- > Het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn en Flanders' care stemmen af hoe in synergie volgende acties kunnen opgenomen worden tav de eerste lijn:
 - Via het participatieforum Flanders' Care maken we bestaande – zorg- en welzijnsinitiatieven bekend in zorg en welzijn in het algemeen en de eerste lijn in het bijzonder.
 - Het bewaken, kenbaar maken en verder aanvullen van het bestaande innovatie-instrumentarium en de mogelijke ondersteuning die kan aangeboden worden.
 - Het identificeren en verspreiden van "best practices" omtrent innovatie en ondernemerschap in zorg en welzijn in het algemeen en de eerste lijn in het bijzonder.
 - Het oplijsten van de succesfactoren, inzichten en ervaringen inzake zorginnovaties in binnen- en buitenland.
 - Zorgen voor interactie met zorgaanbieders en welzijnswerkers van bij het begin (reeds in conceptie fase) en in alle andere fases van het innovatietraject.
 - Voorkeur en focus geven aan vraag gestuurde innovaties vanuit de persoon met een zorgbehoefte/burger, de zorgverstrekkers en de welzijnswerkers.

3.3.7 Kwaliteitsbeleid

Het voeren van een kwaliteitsbeleid vormt een onmisbaar element van een integrale zorg. Om dit concreet aan te pakken maken we werk van het bepalen van doelstellingen voor de eerste lijn. Hiervoor kunnen we ons laten inspireren door de gezondheidsdoelstellingen die in het preventieve gezondheidsbeleid geformuleerd en gerealiseerd worden.

Hiervoor zal er op Vlaams niveau en op het ondersteunende niveau nood zijn aan een analyse van het beschikbare aanbod aan zorgaanbieders en middelen en tevens van de noden en risico's van de populatie: aantal ouderen, personen met een chronische ziekte, functionele toestand, verslaving... De eerstelijnszones dragen bij aan het uitvoeren van deze analyse. Daarnaast worden ook gegevens uit onderzoek, klachten, kwaliteitsmetingen, BelRAI, informatie van patiënten- en gebruikersverenigingen,... meegenomen. Op basis daarvan en in overleg met een breed platform van wetenschappers, betrokken actoren op de verschillende ondersteuningsniveaus en de bevolking komen de doelstellingen tot stand. Aan deze doelstellingen worden indicatoren verbonden. Deze indicatoren vormen de basis voor de uitbouw van een kwaliteitsbeleid dat wordt opgebouwd met deelname van de betrokken stakeholders.

Indicatoren voor de meting van de kwaliteit worden bij voorkeur eerst per discipline uitgewerkt. Het meten van kwaliteit vergt nog een grote cultuuromslag bij uiteenlopende disciplines. Pas wanneer de indicatorensets stabiel genoeg zijn en voldoende worden gedragen door het terrein, kan nagedacht

worden over het meten van interdisciplinaire samenwerking. In de hervorming van het KB nr. 78 staat de uitbouw van een kwaliteitsluik op de agenda. De Vlaamse overheid treedt hierover in overleg met de federale overheid.

Het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg zal het kwaliteitsbeleid uitwerken, samen met het Vlaams Instituut Eerste Lijn.

Beide instituten onderzoeken ook samen hoe een transparant en onafhankelijk **klachtenbeleid** vorm kan krijgen.

Klachtenbeleid is immers een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid. De klachtenbehandeling wordt bij voorkeur laagdrempelig en eenvoudig georganiseerd, bijvoorbeeld op het niveau van de regionale zorgzone. Aangezien de overheid in een complex land als België niet kan verwachten dat de burger het onderscheid maakt tussen Vlaamse en federale bevoegdheden op vlak van gezondheidszorg, en dus ook niet tot welke overheid hij zich dient te wenden met een bepaalde klacht (zie bijlage), is afstemming met de federale overheid aangewezen, met het oog op de realisatie van één aanspreekpunt of loket. Dit ganse proces moet goed voorbereid en doorgepraat worden met alle belanghebbenden vooraleer er aan een nieuw regelgevend kader kan begonnen worden.

Wat betreft de uitvoering kan de regelgeving op de Overlegplatforms Geestelijke Gezondheid inspirerend werken. De Overlegplatforms beschikken over een ombudsfunctie, zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt. De externe ombudspersonen van de Overlegplatforms zijn autonoom en onafhankelijk en richten zich naar alle patiënten met klachten rond hun behandeling of begeleiding, cf. de wet op de patiëntenrechten, binnen de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, gaande van Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) tot Psychiatrische Ziekenhuizen (PZ). De Overlegplatforms worden gefinancierd door de Vlaamse overheid. Voor wat betreft de ombudsfunctie, kunnen psychiatrische ziekenhuizen ervoor kiezen om het overlegplatform in te schakelen als externe ombudsfunctie. Deze functie wordt dan gedeeltelijk ook gefinancierd door de psychiatrische ziekenhuizen.

4 HOOFDSTUK 3. Transitie

De realisatie van de ambities uit dit plan zal meerdere jaren vergen. Er is ook heel wat overleg nodig met al de betrokken partijen. Het regelgevend traject om deze ambities waar te maken starten we eerstdaags na de eerstelijnsconferentie op.

Periodieke monitoring, evaluatie en zo nodig bijsturing wordt voorzien. Tijdens deze transitieperiode worden de volgende activiteiten van belang:

4.1 VOORBEREIDING REGELGEVING

Volgende regelgeving, met specifieke relevantie in de eerste lijn, komt in aanmerking voor wijziging:

- > Decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders
- > Zorgregiodecreet van 23 mei 2003 betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking en programmatie van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen
- > Decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg
- > Woonzorgdecreet van 13 maart 2009
- > Besluit van de Vlaamse Regering van 19 december 2008 betreffende de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg
- > Besluit van de Vlaamse Regering van 26 juni 2015 betreffende de huisartsenkringen
- > Besluit van de Vlaamse Regering van 9 september 2011 tot oprichting van het Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg
- > Besluit van de Vlaamse Regering van 7 oktober 2011 houdende de aanwijzing van de leden van het Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg
- > KB van 23 maart 2012 tot de oprichting van een Impulsfonds voor huisartsgeneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan
- > Koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging
- > Koninklijk besluit van 14 mei 2003 tot vaststelling van de verstrekkingen omschreven in artikel 34, eerste lid, 13°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
- > Koninklijk besluit van 15 december 2009 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiering toekent aan de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging
- > Ministerieel besluit van 18 november 2005 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden waarin een tegemoetkoming kan worden toegekend voor de verstrekkingen omschreven in artikel 34, eerste lid, 13°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
- > Koninklijk besluit van 22 oktober 2006 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van de therapeutische projecten inzake geestelijke gezondheidszorg
- > KB van 27 maart 2012 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van de deelname aan overleg rond een psychiatrische patiënt, de organisatie en coördinatie van dit overleg en de functie van referentiepersoon

- > Besluit van de Vlaamse Regering van 3 mei 1995 houdende erkenning en subsidiëring van palliatieve netwerken
- > Gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, artikel 10
- > Koninklijk besluit van 19 juni 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan een samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg moet voldoen om te worden erkend
- > Koninklijk besluit van 19 juni 1997 waarbij sommige bepalingen van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, toepasselijk worden verklaard op de samenwerkingsverbanden inzake palliatieve verzorging tussen verzorgingsinstellingen en diensten
- > Koninklijk besluit van 19 juni 1997 houdende vaststelling van de subsidie toegekend aan de samenwerkingsverbanden inzake palliatieve verzorging tussen verzorgingsinstellingen en –diensten en houdende regeling van de toekenningsprocedure
- > Besluit van de Vlaamse Regering van 6 februari 2015 tot wijziging van artikel 1 en tot opheffing van artikel 2 van het koninklijk besluit van 19 juni 1997 houdende vaststelling van de subsidie toegekend aan de samenwerkingsverbanden inzake palliatieve verzorging tussen verzorgingsinstellingen en –diensten en houdende regeling van de toekenningsprocedure
- > Koninklijk besluit van 19 juni 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan een samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg moet voldoen om te worden erkend
- > Koninklijk besluit van 13 oktober 1998 tot bepaling van de minimale criteria waaraan de overeenkomsten tussen de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en het Verzekeringscomité ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV moeten voldoen
- > Koninklijk besluit van 15 september 2006 tot uitvoering van artikel 59 van de programmawet van 2 januari 2001
- > Wetgeving internationale verdragen: Verordening EG 883/2004 en 987/2009 betreffende de coördinatie van de sociale zekerheidsstelsels, en de bilaterale overeenkomsten betreffende de sociale zekerheid
- > Ministerieel besluit tot toekenning van een projectsubsidie aan initiatiefnemers die een lokaal multidisciplinair netwerk organiseren
- > Ministerieel besluit van 20 juli 2015 betreffende de huisartsenzones

In de nieuwe regelgeving zal elke eerstelijnszone, elke regionale zorgzone en het op te richten Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn, een transparante werking moeten aannemen, met publieke verantwoording van de middelen die door de gemeenschap ter beschikking worden gesteld.

4.2 HERALLOCATIE VAN PERSONEEL EN MIDDELEN

In eerste instantie worden de sectoren opgelijst die in de toekomstige nieuwe structuren van de eerste lijn zullen opgaan. Deze oefening resulteert in een overzicht van beschikbare middelen en personeel. De transitie veronderstelt een geleidelijke heroriëntering van de financiering van werking en personeel naar de vereenvoudigde structuren in het nieuwe landschap. De transitie veronderstelt een geleidelijke overgang naar de nieuwe structuren, zonder dubbele financiering. Die nemen we op met zorg voor de medewerkers.

Vanaf het ogenblik dat de autonome eerstelijnszones erkend worden, krijgen zij definitief de middelen en personeelsleden toegewezen. Aan het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn worden eveneens personeel en middelen toegewezen, waarbij in eerste instantie wordt gekeken naar heroriëntering van bestaande middelen.

De reorganisatie van de eerstelijnszorg is geen verkapte besparingsoperatie. Het opzet is een versterking van de eerste lijn waarbij het de ambitie van de Vlaamse overheid is om te blijven investeren in de eerstelijnszorg. De Vlaamse overheid zal in dit verband ook cofinancieringspistes voor de eerstelijnszones aanmoedigen.

Het moet tot slot absoluut voor de betrokken personeelsleden duidelijk zijn dat hun tewerkstelling niet in het gedrang komt. Uiteraard zal er ook zorgvuldig gehandeld moeten worden en het nodige sociaal overleg gevoerd. Het transitieproces zal zorgvuldig begeleid worden.

4.3 EIGENAARSCHAP VAN DE REORGANISATIE DELEN

Het zal sowieso noodzakelijk zijn om de nieuwe visie op geïntegreerde zorg en de daarmee gepaard gaande reorganisatie van de eerste lijn uit te dragen naar iedereen die werkt in de eerste lijn, of in de ondersteunende structuren. De conferentie op 16/2 is een eerste stap van een gans transitieproces. Engagements van de professionele kringwerkingen, van het LMN en het SEL/GDT, de diensten voor maatschappelijk werk, de lokale besturen en hun welzijnsraad en sociaal huis, de CAW, de palliatieve netwerken/samenwerkingsverbanden, de overlegplatforms geestelijke gezondheid, de expertisecentra dementie en de LOGO-preventienetwerken zijn noodzakelijk om deze hervorming te doen slagen.

Bijzondere aandacht zal gaan naar de vorming en begeleiding van personeelsleden aan wie gevraagd wordt om mee deze hervormingen te schragen en in te vullen. Uiteindelijk zullen zij op het terrein de hervorming uitvoeren en belichamen.

Net zoals een participatief traject werd uitgestippeld voor het voorbereidingstraject zal in het natraject voldoende overleg worden met de betrokken sectoren in de eerste lijn.

5 Samenvatting

Verschillende zelfstandige zorgaanbieders, organisaties en structuren verlenen al jarenlang een toegankelijke, kwaliteitsvolle en betaalbare zorg. Door de wijze waarop veel van deze organisaties en structuren ontstaan zijn, verloopt de zorg jammer genoeg ook op een gefragmenteerde wijze en vanuit teveel verschillende structuren. De burger ziet door de bomen het bos niet meer en heeft onvoldoende vat op de organisatie van zijn zorg en ondersteuning. Ook de zorgaanbieders zelf zien teveel van hun tijd opgaan in administratie en overleg. Het moet eenvoudiger, doelmatiger en duidelijker kunnen, waarbij de persoon met een zorgnood maximaal de regie krijgt over de organisatie van zijn zorg.

In het Vlaams Regeerakkoord 2014-2019 is een vereenvoudiging van eerstelijnsstructuren en versterking van de eerste lijn opgenomen. De Zesde Staatshervorming vormt het momentum om hier volledig op in te zetten. Een participatief traject met zes werkgroepen gaf ons voldoende informatie en inzicht om de nodige evoluties helder te zien.

Deze tekst schetst de beleidsrichting voor de eerstelijnszorg in Vlaanderen tussen vandaag en 2025. De Wereldgezondheidsorganisatie reikt ons een inspirerend model aan. Het WGO-model positioneert de mantelzorger, de vrijwilligers en de buurt als eerste beschermende en ondersteunende schil rond de persoon met een zorgnood die centraal staat. Wanneer zorgnoden complexer worden, moet de eerstelijnszorg geactiveerd worden. Gezien de toenemende zorgnoden van een ouder wordende populatie is het van het allergrootste belang te kunnen steunen op een sterke, goed uitgebouwde eerste lijn. Laat ons dan ook proberen de lijnen om te buigen tot cirkels in een concentrisch model.

Vanuit de cirkels van het concentrisch model bekijken we de gewenste veranderingen.

De persoon met een zorgnood centraal

Elke persoon heeft recht op zorg en ondersteuning die een zo optimaal mogelijke levenskwaliteit toelaten. Het helpen realiseren van de persoonlijk gewenste en best mogelijke levenskwaliteit vormt het einddoel van onze zorg en ondersteuning. Zo komen we als vanzelf uit bij een integrale benadering. Een zorg en ondersteuning waarin lijnen, niveaus en sectoren ondergeschikt zijn aan dit doel en waarbij de zorg geïntegreerd aangeboden wordt. Een zorg waarin de persoon centraal staat en de zorgaanbieders samen met de persoon de weg naar die optimale en best mogelijke levenskwaliteit uittekenen en helpen realiseren. Het begrip 'helpen realiseren' is hier heel belangrijk. Het geeft aan dat er vertrokken wordt van de autonomie van de persoon en de regierol steeds door de persoon of zijn mantelzorger opgenomen wordt.

Om die autonomie te versterken moet er levenslang gewerkt worden aan zelfversterking en het verwerven van gezondheidsvaardigheden. Wanneer de persoon met een complexe of langdurige zorgnood te maken krijgt, gaan we uit van het ideaal van het zelfmanagement. Als de persoon met een vermindering in autonomie geconfronteerd wordt, moet de regierol van de mantelzorger als vertrouwenspersoon ten volle gerespecteerd worden. Informele zorgverleners (familie, vriend, buur, vrijwilliger als mantelzorger) moeten op een gelijkwaardige positie als de professionele zorgaanbieders geplaatst worden. Het Vlaamse mantelzorgplan wil die positie van de mantelzorger versterken.

Personen met een zorgnood of zorgvraag of hun mantelzorgers zoeken vaak naar informatie en een gepast antwoord. Er is dan ook nood aan bereikbare, laagdrempelige, lokale onthaalfuncties, zowel fysiek als digitaal, waar zorgvragers en hun mantelzorgers in hun buurt terecht kunnen voor alle

nuttige, objectieve informatie over hun ondersteuningsvragen. We bundelen de expertise van de Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW), de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) en de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen in een samenwerkingsverband geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal.

Buurtgerichte zorg

Personen met een chronische zorgnood of verminderd zelfzorgvermogen wensen meestal zo lang mogelijk thuis te blijven. Het kunnen realiseren van deze wens wordt vaak mogelijk gemaakt door een waaier van vormen van ondersteuning van professionele maar ook van informele zorgverleners. Bureaus die zich inzetten en vrijwilligers vormen een kostbare schakel tussen de persoon met een chronische zorg- en ondersteuningsnood en de samenleving waaraan hij zolang mogelijk volwaardig moet kunnen participeren. Vrijwilligers en mantelzorgers moeten kunnen steunen op zorg en ondersteuning in hun nabijheid die hun inzet draaglijker maken. Lokale dienstencentra, minder mobiel centrales voor vervoer, centra voor dagopvang en dagverzorging, diensten voor gezinszorg maar ook vrijwilligers in de oppashulp kunnen de mantelzorger wat respijt en tijd gunnen voor zichzelf.

De organisatie van de eerstelijnszorg kan niet los gezien worden van het lokaal sociaal beleid. Via een nieuw decreet lokaal sociaal beleid zullen de lokale besturen de opdracht krijgen om inclusieve en integrale lokale sociale beleidsdoelstellingen op te nemen in hun meerjarenplan.

De professionele zorg

Huisartsen, tandartsen, verpleegkundigen, vroedkundigen, apothekers, kinesitherapeuten, sociaal werkers, ergotherapeuten, eerstelijnspsychologen, diëtisten, podologen, verzorgenden, zorgkundigen, ... vormen de basis van de eerstelijnszorg in Vlaanderen. Allemaal spelen ze een essentiële rol in de zorg voor de persoon met een zorgnood. Elk vanuit hun eigen expertise, competenties en capaciteiten. Ze zorgen voor begeleiding en advies vanaf de geboorte tot aan de laatste levensdagen. Vanuit een generalistische kijk op de zorgnoden leveren zij de best passende zorg zelf of zorgen zij voor een gerichte doorverwijzing binnen de eerste lijn of naar meer gespecialiseerde zorg.

In uitwerking van een toekomstvisie willen we aandacht geven aan een meer buurtgerichte werking van de gezinszorg. De flexibilisering van de gezinszorg maakt hier deel van uit. Ook de residentiële ouderenzorg is momenteel volop in beweging. Het woonzorgcentrum is letterlijk een fysiek kruispunt geworden binnen de eerste lijn van waaruit ondersteuning en zorg in de buurt kan worden aangereikt.

De toenemende vraag voor begeleiding en ondersteuning door sociaal werkers in complexe thuiszorgsituaties noopt tot een bijkomende investering in maatschappelijk werk vanuit verschillende overheden.

De huidige pilootprojecten eerstelijnspsychologische functie zijn verlengd tot eind februari 2019. We zullen ook van start gaan met projecten eerstelijnspsychologische functie voor kinderen en jongeren. De zorgaanbieders hebben ook een rol te vervullen in het preventieve gezondheidsbeleid. Hiervoor staan methodieken ter beschikking en worden de zorgaanbieders ondersteund om deze toe te passen in de praktijkvoering.

Samenstelling zorgteam en zorgcoördinatie

Als de zorgsituatie complex is en de inzet van zorgaanbieders van verschillende disciplines vereist, komt een zorgteam tot stand. De persoon met een zorgnood en zijn mantelzorger maken hier integraal deel van uit. De samenstelling van het zorgteam gebeurt in eerste instantie door de persoon met een zorgnood en indien dit niet mogelijk is door zijn mantelzorger vanuit een volledige keuzevrijheid. Dit zorgteam is dus een team dat door de persoon met een zorgnood op maat wordt samengesteld en over voldoende capaciteit, deskundigheid en onderlinge communicatiemogelijkheden beschikt om adequate zorg- en hulpverlening mogelijk te maken.

Op basis van de analyse van de zorgnoden en de gewenste levenskwaliteit worden zorgdoelen bepaald op aangeven van en samen met de persoon met een zorgnood. Bij het realiseren van elk zorgdoel kunnen zorgaanbieders van verschillende disciplines betrokken zijn. Als er informele zorg aanwezig is, wordt ook van deze personen (mantelzorger) de ondersteuningsnood duidelijk geformuleerd en vertaald in zorgdoelen en bijhorende handelingen of acties. De complexiteit van het zorgproces en het aantal zorgaanbieders dat in het zorgteam aanwezig is, vragen soms om een coördinerende functie. Het coördineren van de zorg is een rol en die zowel door de persoon met een zorgnood of zijn mantelzorger of een deelnemer aan het zorgteam opgenomen wordt. Afhankelijk van de ligging van het zwaartepunt in de zorgdoelen kan een bepaald lid van het zorgteam of discipline meer of minder aangewezen zijn om de rol van coördinator op te nemen (bvb. meer sociale problematiek, meer medische problematiek,..).

De zorgdoelen, bijhorende handelingen of acties, de planning en taakafspraken, de zorgcoördinatie, evaluatie en bijsturing. Al deze elementen krijgen hun neerslag in een zorg- en ondersteuningsplan. Dit vormt het instrument om het zorgproces vorm te geven, uit te voeren, op te volgen en bij te sturen. We zetten nog verder in op een volledige digitalisering van het zorgproces.

Case management functie

Enkel een uitzonderlijke situatie rechtvaardigt de inzet van een case management functie. Het realiseren van het zorgproces en de zorgcoördinatie binnen het zorgteam vormen de norm. Het aantal situaties dat zich aandient voor case management moet dus beperkt zijn. De vraag naar de ondersteuning door een case management functie kan enkel gesteld worden door de zorgcoördinator van het zorgteam na voorafgaand overleg en in consensus met de andere leden van het zorgteam. De case management functie vormt een tijdelijke ondersteuning voor het zorgteam. Het zorgteam blijft volledig verantwoordelijk voor het zorgproces. Wie een case management functie wil uitoefenen, beschikt over de nodige competenties of krijgt hiervoor een opleiding.

Digitalisering van het zorgproces

Als we spreken over een digitalisering van het zorgproces, denken we zeker aan het zorg- en ondersteuningsplan. Samen met het medicatieschema zijn de journaalfunctie (snelle en beknopte communicatie tussen de leden van het zorgteam) en de agendafunctie (wie doet wat wanneer) twee belangrijke extra bouwstenen in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan. De Vlaamse overheid deelt wat de ambities betreft de doelstelling van de federale overheid om tegen 2020 de volledige digitalisering van de medische dossiers van de huisarts te realiseren. Vlaanderen wil ook dat tegen 2020 het multidisciplinair delen van een zorg- en ondersteuningsplan een feit is. Dit sluit aan bij de filosofie van het actieplan eGezondheid om te evolueren naar een “multidisciplinair patiënten dossier” waarbij relevante gegevens ontsloten worden.

Ondersteuning van de zorgaanbieders

Er wordt bij de reorganisatie van het eerstelijnslandschap uitgegaan van het principe dat de ondersteuning van de zorgactoren best zo decentraal mogelijk en dus zo dicht mogelijk bij de persoon met een zorgnood en zijn zorgteam wordt gepositioneerd.

In de eerstelijnszone komt het zwaartepunt te liggen van de ondersteuning van de praktijk of de dienstverlening en van de intersectorale samenwerking lokale besturen-welzijn-gezondheid. De eerstelijnszone is de geografische omschrijving van een gebied dat om en bij de 75.000 tot 125.000 inwoners omvat. Lokale besturen en de zorgaanbieders die er hun zorg- en dienstverlening ontwikkelen werken er samen (o.a. in een geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal) en nemen verantwoordelijkheid op voor de populatie van die eerstelijnszone.

In de eerste fase van de hervorming van de eerstelijnszorg zullen nog niet alle taken opgenomen kunnen worden. We gaan uit van een groeiscenario. De ontwikkeling van de werking van de eerstelijnszones zal gefaseerd verlopen. Er zal gewerkt worden met een oproep naar de eerstelijnsactoren en lokale besturen om in consensus een voorstel van eerstelijnszone in te dienen dat beantwoordt aan een aantal criteria.

De eerstelijnszone wordt aangestuurd door een Zorgraad. Deze raad is pluralistisch en divers samengesteld en bestaat uit zorgaanbieders van verschillende disciplines en uit vertegenwoordigers van de woonzorgcentra, gezinszorg, diensten maatschappelijk werk, CAW, en lokale besturen, aangevuld door een vertegenwoordiging van de zorggebruikers en mantelzorgers.

De medewerkers tewerkgesteld in de SEL's, GDT en LMN zullen geleidelijk ingezet worden in de ondersteuning en uitbouw van de eerstelijnszones en Zorgraden. Het is de bedoeling dat uiteindelijk één enkele ondersteuningsstructuur wordt erkend en gefinancierd per eerstelijnszone. Ondersteuning inzake palliatie, preventie, dementie en geestelijke gezondheidszorg worden gesitueerd op het niveau van een regionale zorgzone dat een gebied omschrijft van om en bij de 400.000 inwoners. Het is de bedoeling dat meerdere eerstelijnszones passen in een regionale zorgzone. In eerste instantie zal er een samenwerkingsovereenkomst worden gesloten tussen de Logo's, palliatieve netwerken en samenwerkingsverbanden en de multidisciplinaire begeleidingsequipes, de expertisecentra dementie en de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg om vervolgens geleidelijk te komen tot een integratie.

De regionale zorgzones vallen idealiter samen met de klinische netwerken van ziekenhuizen uit een regio, zoals ze worden opgevat door de federale overheid. Op die manier kan de regionale zorgzone het platform worden waar eerstelijnszorg en specialistische zorg elkaar ontmoeten en samenwerken.

Een Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn zal opgericht worden. In zo'n instituut kan de nodige kennis en expertise worden samengebracht die de brede eerste lijn kan ondersteunen. We gaan na hoe we bestaande expertise kunnen bundelen en hoe bestaande Vlaamse initiatieven en structuren, eventueel na verloop van tijd, kunnen opgaan in het Instituut. Het samenwerkingsplatform voor de eerste lijn zal opgaan in de werking van het Vlaams Instituut.

Basisopleiding en permanente vorming

De juiste basishouding en –competenties rond een integrale zorg worden op de meest efficiënte manier meegegeven in de basisopleiding van de zorgactoren. Dit betekent dat de basisopleiding uitgaat van een geïntegreerde zorgorganisatie. Stages en vormingen over interdisciplinaire samenwerking zijn nodig. Zorgaanbieders dienen de vaardigheden te leren om de zorgcoördinatie op te nemen als een wezenlijk onderdeel van de zorg. Ook dienen zorgactoren probleemloos hun weg te vinden naar actuele gegevens over het zorg- en welzijnsaanbod en de beschikbaarheid van dit aanbod. Het is van groot belang dat de opleiding een brede kijk geeft in de profielen en deskundigheden van andere zorgaanbieders. Zo leren de zorgaanbieders elkaars taken en

competenties kennen en de meerwaarde van elke zorgaanbieder correct inschatten. Voor de zorgaanbieders van vandaag, die nog niet de hierboven beschreven basisopleiding hebben doorlopen, is een aanbod van permanente vorming nodig in afstemming met de federale initiatieven.

Voldoende capaciteit

We werken aan de uitvoering van het actieplan 3.0 'Werk maken van werk in de zorg'. Een brede instroom in de studierichtingen voor zorgberoepen moet in de toekomst open blijven. Het is ook belangrijk dat het aandeel van de huisartsen ten opzichte van het totale aantal afstuderende artsen toeneemt. Met mijn collega van Onderwijs kan onderzocht worden of de toelatingsproef voor tandartsen kan afgesplitst worden van die van artsen. Taakdelegatie door bijvoorbeeld "praktijkassistenten" bij tandartsen en huisartsen in te zetten, zorgkundigen om verpleegkundigen te ontlasten, moet verder mogelijk gemaakt worden.

Ondersteuning van praktijkvormen

Meerdere modellen van samenwerking tussen zorgaanbieders blijven mogelijk. Innovatieve samenwerkingsvormen moeten ondersteund worden.

Financiering

De bevoegdheden op vlak van de eerste lijn blijven, ondanks de Zesde Staatshervorming, nog verdeeld over de gemeenschappen en de federale overheid. Zo ook de financiering van de eerstelijnszorg. Een geïntegreerde zorgorganisatie vraagt echter een geïntegreerde financiering. Samenwerking en afstemming zijn aangewezen om tot een afgestemd beleid te kunnen komen.

Digitalisering in de eerste lijn

Vitalink wordt, samen met de bijbehorende toepassingen, het digitaal platform waar de zorgaanbieders interdisciplinair kunnen werken en gegevens kunnen delen met de persoon met een zorgnood en zijn mantelzorg. Het concept en de context van het gebruik van nieuw te ontwikkelen functies zoals het journaal en de agenda (wie doet wat wanneer bij deze persoon?) moeten uitgeklaard worden. Het engagement van alle betrokken zorgaanbieders en belanghebbenden is nodig om op het digitale vlak vooruitgang te kunnen boeken. Subsidiërings- en ondersteuningsmechanismen zullen hoe langer hoe meer uitgaan van gedigitaliseerde dossiers bij de zorgaanbieders.

Innovatie en ondernemerschap

De actielijnen van Flanders' Care inzake gegevensdeling, mobile health, assistieve technologie en hulpmiddelen, het chronisch zorgmodel, nieuwe samenwerkings- en organisatievormen en zorg voor talent hebben in sterke mate betrekking op de innovatie in de eerste lijn.

Kwaliteit van zorg

De eerste lijn mag geen achterblijver zijn in het meten via kwaliteitsindicatoren van de kwaliteit van de geleverde zorg. De oprichting van het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg zal de denktank en de gegevensbank worden in verband met kwaliteitsindicatoren ook voor de eerste lijn. Het klachtenmanagement vormt een complementair onderdeel van het kwaliteitsbeleid. Klachten over de beroepsuitoefening van zorgverleners vallen echter onder de federale bevoegdheid. Klachten over zorg- en bijstandsverleners vallen wel onder de Vlaamse bevoegdheid. Dat geldt ook voor klachten over de organisatie en de werking van de eerste lijn.

Start van de hervorming

Deze conferentie is een eerste stap in een gans proces. De realisatie van de zonet geschetste ambitieuze doelstellingen zal meerdere jaren vergen. We beseffen allemaal dat een ingrijpend veranderingsproces tijd en energie kost en niet van vandaag op morgen kan gerealiseerd worden. Het tijdsvenster van deze reorganisatie van de eerste lijn loopt tot 2025 en zal regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgestuurd worden. Net zoals een participatief traject werd uitgestippeld voor het voorbereidingstraject zal in het natraject voldoende overlegd worden met de betrokken sectoren in de eerste lijn. Het zal niet lukken wanneer niet iedereen een stukje mede-eigenaar wordt van deze reorganisatie. Als we een sterke eerste lijn willen – en de WGO beveelt ons dat ten sterkste aan – dan zal iedereen mee moeten gaan in het veranderingsproces.

Nog dit jaar zal een oproep uitgestuurd worden naar de belanghebbenden om een gezamenlijk en gedragen voorstel van afbakening van eerstelijnszone in te dienen bij het agentschap. Dit voorjaar wordt ook gestart met het herzien van de regelgeving in decreten en besluiten. Dit zal een participatief project worden. De oprichting van een Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn moet hierin meegenomen worden.

6 Bijlagen

- > Lexicon
- > Bevoegdheidsverdeling Vlaamse – federale overheid

De onderstaande bijlagen vindt u op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/conferentie-reorganisatie-van-de-eerstelijnszorg-in-vlaanderen>

- > Beschrijving van huidige opdrachten van Logo's, palliatieve netwerken en samenwerkingsverbanden, regionale expertisecentra dementie en overlegplatforms geestelijke gezondheid
- > Opdracht en samenstelling van het Vlaams Agentschap voor de Samenwerking rond Gegevensdeling tussen de Actoren in de Zorg of kortweg VASGAZ
- > Samenstelling stuurgroep conferentie eerstelijnszorg
- > Samenstelling wetenschappelijke reflectiekamer conferentie eerstelijnszorg
- > Overzicht aantal VTE en beschikbare middelen
- > Innoverende bouwprojecten
- > Juridische context klachtenbeleid
- > Geografische kaarten van huidige structuren

6.1 LEXICON

Case management functie	Een doelgerichte zorginterventie waarbij een zorgaanbieder, die geen deel uitmaakt van het zorgteam rond de betreffende persoon met een zorgnood en die specifiek is opgeleid om de case management functie op te nemen, ingeschakeld wordt omdat de inhoudelijke en organisatorische complexiteit van het zorgproces de reguliere zorg- en ondersteuning overstijgt en het vermogen van de persoon met de zorgnood om de eigen regie over het zorg- en ondersteuningsproces te voeren sterk verminderd is. Case management is een interventie met een systematisch, cyclisch en eindig karakter. In samenwerking met de persoon met een zorgnood (en zijn zorgteam) worden alle stappen van assessment, zorgplanning en zorgcoördinatie geanalyseerd, zodat de problemen zichtbaar worden. Dan wordt ingegrepen door de zorgaanbieder die de case management functie opneemt op die stappen die een oplossing vragen. Eventueel worden bepaalde stappen uitgevoerd (bij afwezigheid ervan) of herhaald. De verbeterde zorg- en ondersteuning wordt door het zorgteam uitgevoerd. De case management functie treedt niet in de plaats van het zorgteam. Een evaluatie van de interventie vanuit de case management functie moet nagaan of de interventie tot de gewenste oplossing heeft geleid.
Dienst maatschappelijk werk	Veralgemeende term die wordt gehanteerd voor diensten die sociaal werk/maatschappelijk werk aanbieden, meestal als deel van een grotere organisatie, bijvoorbeeld een ziekenfonds, ziekenhuis, OCMW, een woonzorgcentrum. In de gezondheidszorg werken ook vaak sociaal verpleegkundigen in deze diensten.

Eerstelijnszorg	Het verstrekken van universeel toegankelijke, geïntegreerde en persoonsgerichte zorg voor welzijn en gezondheid in de gemeenschap door professionele zorgaanbieders, die verantwoordelijk zijn om de overgrote meerderheid van de welzijns- en gezondheidsproblemen aan te pakken. Deze zorgverlening komt tot stand in een duurzame samenwerking tussen deze professionele zorgaanbieders en de personen met een zorgnood en hun informele zorgaanbieders, in de context van het gezin en de lokale gemeenschap, en speelt een centrale rol in de algemene coördinatie en de continuïteit van deze zorgverlening aan de bevolking.
Eigen regie/zelfregie	Het beschikken over het vermogen als persoon om de zorg (zowel proces als inhoud) te laten aansluiten bij de levenskwaliteit die men wenst.
Zelfmanagement	
Geïntegreerde zorg	Een zorg (gaande van gezondheidsbevordering, ziektepreventie, intake, inschaling van de zorg, diagnose van de ziekte, zorgbegeleiding, medische behandeling, ondersteuning, herstel en zorg bij het levenseinde) waarin het aanbieden, het beheren en het organiseren ervan samen worden gebracht tot een naadloos geheel.
Gemeenschapszorg	Een toekomstmodel dat de zorg- en ondersteuning voor personen met een zorgnood efficiënter wil organiseren door in te zetten op een actieve samenwerking op lokaal vlak. Uitgangspunt is de persoon met zijn zorgnood zo lang mogelijk thuis laten wonen en hiervoor een buurt creëren met veel informele zorg en een samenhang tussen zorg, wonen en welzijn. Het richt zich tot iedereen in de buurt.
Buurtgerichte zorg	
Gezondheidsvaardigheid	De mate waarin mensen beschikken over de kennis en de vaardigheden om fundamentele diensten en informatie op het gebied van zorg en welzijn te verkrijgen, te verwerken en te begrijpen, zodat ze beslissingen kunnen nemen die hun levenskwaliteit ten goede komen.
Informele zorg	De zorg die verleent wordt door personen met een sociale of familiale band met de persoon met een zorgnood op vrijwillige basis. Deze zorg wordt niet beroepshalve verleend.
Integrale zorg- en ondersteuning	Een zorgbenadering die vertrekt vanuit de persoon als geheel, met al zijn mogelijkheden, capaciteiten en vaardigheden. De zorg krijgt vorm door de gewenste levenskwaliteit, zorgnoden en zorgdoelen van de persoon als uitgangspunt te nemen.
Interdisciplinair	Het samenwerken van zorgaanbieders van verschillende disciplines vanuit de zorgdoelstellingen van de persoon met een zorgnood. Door vanuit deze zorgdoelstellingen te werken, overstijgen de zorgaanbieders hun eigen discipline en groeien zij naar elkaar toe op vlak van praktijkvoering.
Journaal/agenda	Journaals bevatten gedeelde informatie die belangrijk is voor elke zorgaanbieder betrokken bij de zorg rond een persoon met een zorgnood. In Vitalink zal een journaal/agenda een middel zijn om observaties en signalen door te geven in een multidisciplinaire context van zorgaanbieders en personen met een zorgnood die in interactie treden met elkaar rond een bepaalde zorgnood. De inhoud bestaat uit vrije tekst die in beperkte mate is gestructureerd, en waar relevant gekoppeld is aan één of meerdere gegevenstypes die worden gedeeld in Vitalink (medicatieschema, Sumehr, ...).
Levensdoel	Datgene wat een persoon in zijn leven wil bereiken en dus een betekenis geeft aan het leven. Voorbeelden van levensdoelen zijn: gelukkig zijn, een gezin hebben, een succesvolle carrière uitbouwen, beroemd zijn, rijk zijn, ...

Maatschappelijk verantwoorde zorg	Maatschappelijk verantwoorde zorg- en hulpverlening moet de toets doorstaan van de uitgangspunten: kwaliteit, performantie, relevantie, rechtvaardigheid en toegankelijkheid. Wil zorg maatschappelijk verantwoord zijn, dan moet er aan deze uitgangspunten worden voldaan. Elk van de vijf uitgangspunten is even belangrijk: er bestaat geen hiërarchisch verband tussen. De uitgangspunten zijn met ander woorden interdependent, een ondeelbaar geheel.
Maatschappelijk werk	Is één van de afstudeerrichtingen in de opleiding bachelor in het sociaal werk. Maatschappelijk werk gaat in op hulpvragen van mensen die moeilijkheden ondervinden in hun psychosociaal functioneren en/of in hun verhouding tot maatschappelijke instituties en voorzieningen. Interventies van maatschappelijk werkers hebben steeds een belevingsgerichte en een maatschappelijke component en zijn gericht op psychosociale hulpverlening, werken aan toegang tot voorzieningen en signaleren van structurele tekorten en hiaten op niveau van de samenleving.
Macroniveau	Het geheel van organisaties en diensten die instaan voor expertise-ontwikkeling in de integrale zorg- en ondersteuning en de ontwikkeling van methodieken en instrumenten om deze expertise tot bij de bevolking, personen met een zorgnood en zorgaanbieders te brengen.
Mantelzorg	Een vorm van informele zorg die verleend wordt aan een thuiswonende persoon met een zorgnood.
Mantelzorger	Een persoon die mantelzorg verleent.
Mesoniveau	Het geheel van organisaties en diensten die instaan voor de ondersteuning van de praktijkvoering door de zorgaanbieders.
Microniveau	Het geheel van organisaties, diensten en zelfstandige zorgaanbieders die de praktijkvoering vorm geven en in rechtstreeks contact staan met de persoon met een zorgnood en de informele zorg.
Multidisciplinair	Het samenbrengen van zorgaanbieders van verschillende disciplines en beroepsgroepen rond een persoon met een zorgnood. In een multidisciplinaire samenwerking verleent elke zorgaanbieder zorg vanuit zijn eigen discipline en organisatie, volgens de beroepsprofielen die hiervoor van toepassing zijn.
Nulde lijn	Dit is de informele zorg.
Performantie	Performante zorg is zorg die leidt tot stijgende zorg- en levenskwaliteit en maatschappelijk welzijn. Dit kan bereikt worden door op een doelmatige, doeltreffende, preventieve, duurzame en subsidiaire wijze zorg te verlenen
Persoon met een zorgnood	Moet gelezen worden als de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en betreft personen met problemen op welzijns- en gezondheidsvlak waarvoor zorg aangewezen is. Deze zorg kan informele zorg zijn of professionele zorg.
Platform Welzijn en Gezondheid	De databank van de Vlaamse Overheid waarin alle gegevens over het zorg- en welzijnsaanbod in Vlaanderen beschikbaar zijn. Deze gegevens worden via een website toegankelijk gemaakt voor het brede publiek. De professionele zorgaanbieders kunnen in deze databank rechtstreeks hun gegevens beheren en actueel houden.

Preventie	Een methodiek om de brede bevolking te informeren, te sensibiliseren en vaardig te maken in het aanhouden van een gezonde leefstijl. Preventie omvat zowel gezondheidsbevordering als ziektepreventie.
Schakelmoment	Een moment in het zorgproces waarop de persoon met een zorgnood van de ene zorgsituatie in een andere zorgsituatie overgaat. Bv de overgang van de thuissituatie naar een woonzorgcentrum of van de thuissituatie naar een opname in een ziekenhuis. Op deze momenten verandert het zorgaanbod en loopt de persoon risico op een onderbreking van de zorgcontinuïteit.
Sociaal werker	Professionals die als basis voor hun professioneel handelen vertrekken van de internationale definitie van sociaal werk. Dit betekent dat het professioneel handelen sociale verandering bevordert, probleemoplossing in menselijke relaties verbetert en het welzijn van mensen bevordert door in te zetten op empowerment en verandering in structuren de bevordering van het welzijn verhinderen. De opleiding bachelor in het sociaal werk, binnen het sociaalagogisch studiegebied, leidt mensen op tot professionele sociaal werkers.
Toegankelijkheid	De zorg is toegankelijk als de persoon met een zorgnood deze zorg kan verkrijgen door juiste, voor de persoon voldoende en verstaanbare informatie over het zorgaanbod, door betaalbaarheid, door bereikbaarheid, door het aangepast zijn aan zijn cultuur, taal en zorgnood.
Tweede lijn	Dit betreft het gespecialiseerde zorgaanbod. Zorg die zich toespitst op een welbepaalde pathologie
Vermaatschappelijk -ing van de zorg	Een zorgconcept waarbij ernaar gestreefd wordt om mensen met beperkingen (van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard), chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- en emotionele problemen, mensen die in armoede leven,... met al hun mogelijkheden en kwetsbaarheden een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, hen daarbij waar nodig te ondersteunen en de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de gemeenschap te laten verlopen.
Zelfversterking	Het helpen van een persoon met het verwerven en bevorderen van de nodige kennis, vaardigheden en attitude om controle en autonomie over zijn leven te verkrijgen en de nodige acties hierrond te ondernemen.
Zelfmanagement	Het opnemen van de regierol in het zorgproces door de persoon met een zorgnood.
Zorgaanbieder	Een persoon die beroepshalve zorgen of diensten in de eerstelijnszorg verleent aan een persoon met een zorgnood. Deze persoon kan zowel zelfstandig als in dienstverband deze zorgen aanbieden.
Zorgbehoefte	Het door een persoon gevoelde tekort aan ondersteuning om de gewenste levenskwaliteit te bereiken. Dit kan resulteren in een zorgvraag. Binnen de Vlaamse Overheid wordt niet gesproken over zorgbehoefte, wel over zorgnood. De term 'zorgnood' impliceert een ernstige en moeilijke situatie die een oplossing vraagt.
Zorgbemiddelaar	Een persoon, aangewezen door de persoon met een zorgnood of zijn informele zorg, die opkomt voor de noden en belangen van de persoon met een zorgnood bij de zorgaanbieders.

Zorgcontinuïteit	De mate waarin het zorgproces, gekenmerkt door verschillende zorgaanbieders en zorgvoorzieningen, zonder onderbrekingen plaatsvindt.
Zorgcoördinatie	Dit betreft het afstemmen en de continue opvolging en evaluatie van alle medische, paramedische en welzijnszorgen die vastgelegd zijn op basis van de zorgnoden van de persoon. Als de persoon met een zorgnood zelf deze coördinatie opneemt, spreken we van zelfmanagement. Dit zelfmanagement vormt altijd het uitgangspunt en kan eventueel ondersteund worden door informele zorg. In gevallen waarin de persoon met een zorgnood of zijn informele zorg de coördinatie niet kan of wil opnemen, de zorgnood complex is en er binnen het zorgteam zorgaanbieders van verschillende disciplines aanwezig zijn, neemt een zorgaanbieder van het zorgteam deze zorgcoördinatie op. Deze persoon (de persoon met een zorgnood, informele zorg of zorgaanbieder) wordt aangeduid als 'zorgcoördinator' van het zorgteam.
Zorg- en ondersteuningsdoel	Een doel dat geformuleerd wordt tussen de persoon met een zorgnood en de zorgaanbieders rond de wenselijke zorg die een zo goed mogelijk antwoord biedt op de levensdoelen en de levenskwaliteit die de persoon met een zorgnood wil bereiken. De zorgdoelen krijgen een weerslag in het zorg- en ondersteuningsplan door de vertaling naar concrete acties en handelingen. Ze worden zo veel mogelijk SMART geformuleerd.
Zorginnovatie	Het ontwikkelen en in de praktijk brengen van nieuwe of vernieuwende elementen en instrumenten in de zorgprocessen, zodat deze aangepast zijn aan de toekomstige zorgnoden en zorgdoelen van de bevolking.
Zorg- en ondersteuningsplan	Een instrument om de afspraken rond de geplande zorg voor een persoon met een zorgnood schriftelijk weer te geven, zodat deze informatie toegankelijk is voor zowel de persoon met een zorgnood, de informele zorg en de zorgaanbieders, op te volgen en bij te sturen. De zorgdoelstellingen van de persoon met een zorgnood vormen de basis om de zorg te gaan bepalen en in afspraken te vertalen.
Zorgverlener	Term die toegepast wordt in het KB78. Binnen de Vlaamse Overheid spreken we van een 'zorgaanbieder'.
Zorgteam	Een groep van personen, samengesteld uit zowel de persoon met een zorgnood, zijn informele zorg als de zorgaanbieders, die de zorgnoden van een persoon invullen aan de hand van de geformuleerde zorgdoelstellingen.
Zorgverstrekker	Term uit het Eerstelijnsdecreet. Binnen de Vlaamse Overheid spreken we van een 'zorgaanbieder'.
Zorgverzekeraar	Onder deze term wordt het 'ziekenfonds' begrepen, soms ook aangeduid met de term 'mutualiteit'. Een organisatie waarvan de leden verzekerd zijn tegen de kosten bij ziekte.
Zorgvraag	Zie zorgbehoefte
Zorgnood	Verkort voor 'zorg- en ondersteuningsnood'. Een situatie die dringend is van karakter en op korte termijn een antwoord moet krijgen. Dit antwoord kan geboden worden onder de vorm van zorg en ondersteuning vanuit buurtgerichte zorg, informele zorg, eerstelijnszorg of gespecialiseerde zorg. De persoon wordt als een geheel beschouwd. Zorg- en ondersteuning omvat dan ook gezondheidszorg, welzijn, wonen, werk, mobiliteit.

Zorgregio

Een geografisch omschreven gebied, zoals bepaald in de bijlage van het Zorgregiodecreet.

6.2 BEVOEGDHEIDSVVERDELING VLAAMSE – FEDERALE OVERHEID

Dit is een ruwe schets die geenszins alle nuances weergeeft noch volledig is maar een algemeen beeld wil schetsen en uitgaat van de huidige uitoefening van de bevoegdheden.

Vlaamse bevoegdheden	Federale bevoegdheden
Eerstelijnszorg	Ziekte- en invaliditeitsverzekering
Geïntegreerde Diensten Thuiszorg (GDT)	Honoraria van zorgverstrekkers
Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg	Terugbetaling geneesmiddelen
Lokale Multidisciplinaire Netwerken	Statuut chronische patiënt
Huisartsenkringen	Verhoogde verzekeringstegemoetkoming
Palliatieve samenwerkingsverbanden	Palliatief forfait/statuut, incontinentieforfait (excl. residentiële ouderenzorg)
Palliatieve netwerken	Zorgtrajecten
Multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging	Medische hulpmiddelen/medische materialen (niet mobiliteitshulpmiddelen)
Impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde	Globaal Medisch Dossier (honorarium huisarts en verhoogde terugbetaling)
Preventie waaronder	Incontinentieforfait
Tabakologen en bewegingscoaches	Maximumfactuur
Lokaal GezondheidsOverleg	Accreditering artsen (ook accrediteringshonoraria)
Bevolkingsonderzoeken (dikkedarm, borst en baarmoederhals)	Vergoeding voor medisch-farmaceutisch overleg
Vaccinaties op bevolkingsniveau	Beschikbaarheidshonoraria voor deelname aan wachtdienst
Vlaamse Sociale Bescherming*	Eenvormige oproepcentra (dringende geneeskundige hulpverlening)
Tegemoetkoming hulp aan bejaarden*	Medische permanentie (vb. huisartsenwachtdiensten en huisartsenwachtposten)
Mobiliteitshulpmiddelen*	Sociaal statuut artsen
Basisondersteuningsbudget*	Geïntegreerde praktijkpremie huisartsgeneeskunde
Tegemoetkoming Vlaamse Zorgverzekering*	Medische huizen (forfaitaire terugbetaling van medische verstrekkingen)
Thuiszorgvoorzieningen	
Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg*	
Diensten voor logistieke hulp*	
Diensten voor oppashulp	
Diensten voor thuisverpleging	
Diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds	
Lokale en regionale dienstencentra	

Diensten voor gastopvang	
Ouderenzorgvoorzieningen	Wet patiëntenrechten (22/8/2002)
Dagverzorgingscentrum*	Wet palliatieve zorg (14/06/2002)
Centrum voor herstelverblijf	Wet euthanasie (28/5/2002)
Centrum voor kortverblijf*	
Groep van assistentiewoningen	
Woonzorgcentrum*	
Vereniging van gebruikers en mantelzorgers	
Geestelijke gezondheidszorg	
Overlegplatforms Geestelijke gezondheidszorg	
Initiatieven beschut Wonen*	Gezondheidszorgberoepen (wet uitoefening gezondheidszorgberoepen)
Centra voor geestelijke gezondheidszorg*	Bepalen normen voor gezondheidszorgberoepen op basis waarvan gemeenschappen erkennen
Psychiatrische verzorgingstehuizen*	Uitreiken visum (= toelating om het gezondheidszorgberoep uit te oefenen)
Revalidatieconventies geestelijke gezondheidszorg*	
Decreet betreffende de zorg- en bijstandsverlening (18/07/2008) minimale kwalificatievereisten voor personen die beroepshalve activiteiten van zorg en bijstand verrichten, al dan niet in erkende welzijnsvoorzieningen oa verzorgenden in diensten voor gezinszorg	Bepalen normen voor erkennen stagemeesters/stagediensten
Gezondheidszorgberoepen	Erkennen van stagemeesters/stagediensten
Erkennen van de gezondheidszorgberoepen	Goedkeuren permanente vorming (ziekenhuisapothekers, vroedvrouwen)
Bepalen (sub)quota, rekening houdend met federaal globaal contingent	Bepalen globale quota voor bepaalde gezondheidszorgberoepen
Sociale akkoorden	Sociale akkoorden
eGezondheid	eGezondheid
Algemene, Universitaire en Psychiatrische Ziekenhuizen	Algemene, Universitaire en Psychiatrische Ziekenhuizen
Planning en erkenning	Organieke wetgeving (basiskennmerken)
Erkenningsnormen	Programmatie
Financiering infrastructuurwerken	Financiering (exclusief infrastructuurwerken)
Revalidatieziekenhuizen/categorale ziekenhuizen*	
Revalidatieconventies ("long term care" - revalidatie)*	Revalidatieconventies (niet "long term care" revalidatie)

7 VOORSTEL VAN BESLISSING

De Vlaamse Regering beslist:

1. de bijgevoegde conceptnota goed te keuren zonder enig bijkomend financieel of budgettair engagement;
2. de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, te gelasten over voornoemde conceptnota het advies in te winnen van:
 - 2.1. de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR WGG), met het verzoek het advies mee te delen binnen een termijn van 30 dagen;
 - 2.2. de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV); met het verzoek het advies mee te delen binnen een termijn van één maand;
 - 2.3. het Samenwerkingsplatform eerste lijn.

Jo VANDEURZEN
Vlaams minister van Welzijn,
Volksgezondheid en Gezin