

Advies

over de conceptnota 'Een geïntegreerde
zorgverlening in de eerste lijn'

Brussel, 27 april 2017

Adviesvraag: conceptnota 'Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn'
Adviesvrager: Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen
Ontvangst adviesvraag: 23 februari 2017
Adviestermijn: 30 dagen, verlengd

Goedkeuring raad: in consensus, 27 april 2017

Contactpersoon: Barbara Krekels - bkrekels@serv.be

Inhoud

Krachtlijnen van het advies.....	4
Advies over de conceptnota 'Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn' ..	8
Enkele algemene beschouwingen	8
1. De persoon met een zorg- en ondersteuningsbehoefte in het centrum	10
1.1. Recht op welzijn en gezondheid	10
1.2. Autonomie in verbinding	11
1.3. Informele zorg en mantelzorg	12
1.4. Wisselwerking tussen welzijn en gezondheid op basis van gelijkwaardigheid....	12
1.5. Lokaal sociaal beleid	13
1.6. Het samenspel tussen de lijnen	13
1.7. Toegankelijkheid en de mazen van het net(werk)	14
1.8. Geestelijke gezondheid.....	15
1.9. Preventie en gezondheidspromotie.....	15
1.10. Complexe chronische zorg	16
2. Ondersteuning van zorgaanbieders	17
2.1. Eerstelijnszone	17
2.2. Regionale zorgzone.....	20
2.3. Vlaams instituut voor de eerste lijn	20
3. Randvoorwaarden	22
3.1. Gegevensdeling.....	22
3.2. Kwaliteit	22
3.3. Brussel	22

Krachtlijnen van het advies

De conceptnota 'een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn' vormt een belangrijke stap in het traject naar de reorganisatie van de zorgverlening op de eerste lijn in Vlaanderen. De SAR WGG maakt een korte reflectie over een aantal elementen uit de conceptnota en volgt daarbij de structuur van de conceptnota: de persoon met een zorg- en ondersteuningsbehoefte in het centrum, de ondersteuning van zorgaanbieders en de randvoorwaarden.

De persoon met een zorg- en ondersteuningsbehoefte in het centrum

- De raad vraagt om naast de eigen verantwoordelijkheid van het individu ook het recht op welzijn en gezondheid dat eenieder ontleent aan zijn burgerschap meer in de verf te zetten.
- De raad vraagt om de kwaliteit van leven van mensen naar voor te schuiven als het doel van zorg en ondersteuning, eerder dan het bevorderen van de autonomie van het individu alleen.
- De raad vindt het positief dat mantelzorg in de conceptnota aandacht krijgt, maar dringt er op aan ook effectief de gepaste maatregelen te nemen om de mantelzorger beter te ondersteunen.
- De raad leest in de conceptnota heel wat positieve aanzetten die de integratie van welzijn en gezondheid kunnen bevorderen maar merkt wel op dat de conceptnota nog heel vaag blijft over hoe de verbinding tussen (gezondheids-)zorg en welzijn concreet zal worden gemaakt.
- Het is goed dat het lokale niveau in deze conceptnota naar waarde geschat wordt. De raad vraagt aan de Vlaamse Regering om te verduidelijken hoe het decreet lokaal sociaal beleid zich zal verhouden tot de doelstellingen van de eerstelijnszones.
- Het is goed dat de aandacht nu gaat naar het versterken en organiseren van de eerste lijn, maar de raad roept op om de focus in de toekomst ook meer te gaan leggen op de samenwerking tussen de verschillende lijnen en tussen de verschillende vormen van zorg- en ondersteuningsaanbod, met het oog op het stroomlijnen van zorgprocessen.
- De raad onderschrijft de stelling dat een goed georganiseerde eerste lijn ook sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid kan verminderen maar meent dat de conceptnota dit niet voldoende concreet maakt. Wat zal Vlaanderen bijvoorbeeld ondernemen om de financiële toegankelijkheid te garanderen van die sectoren waarvoor het bevoegd is, onder meer binnen VSB? De raad houdt een pleidooi voor het invoeren van een 'accountability' op het niveau van de eerstelijnszones om de toegankelijkheid te verhogen en de mazen van het net(werk) te dichten.
- De raad herhaalt zijn vraag om de uitrol van de eerstelijnspsychologische functie als een prioriteit te beschouwen. De conceptnota had daarnaast ook meer aandacht mogen geven aan de grote beweging naar horizontale netwerken voor kinderen en jongeren en jongvolwassenen.
- De raad vindt het goed dat preventie en gezondheidspromotie duidelijk aan bod komen als opdracht voor de eerste lijn. De focus moet nu gelegd worden op de implementatie en het inzetten van middelen. Daarvoor wordt preventie best zo dicht mogelijk bij het lokale niveau gebracht. De raad is dan ook van mening dat

de operationele werking van de logo's beter op het niveau van de eerstelijnszones wordt gebracht.

- ▀ Het is goed dat er in de conceptnota aandacht gaat naar complexe chronische zorg, maar de raad is bezorgd of hiervoor wel voldoende middelen voor zullen worden vrijgemaakt.

De ondersteuning van zorgaanbieders

De conceptnota schuift drie overleg- en ondersteuningsniveaus voor de eerste lijn naar voor.

De SAR WGG meent dat de rationalisatie en reorganisatie van de eerste lijn nog verder moet gaan door als **einddoel** slechts **twee ondersteuningsniveaus voor de eerste lijn** voorop te stellen, met name het Vlaamse niveau en het niveau van de eerstelijnszone. Daarnaast worden er **drie overlegniveaus** voorzien, op Vlaamse niveau, op het niveau van de regionale zorgzone en op niveau van de eerstelijnszones.

- ▀ Een ondersteuningsniveau zorgt voor de ondersteuning van de operationele processen die de eerstelijnszone goed doen werken. Dit gebeurt op het Vlaamse niveau door 'ontwikkeling en innovatie', en op het niveau van de eerstelijnszone door 'facilitering en implementatie'.
- ▀ Een overlegniveau is het niveau waar afstemming plaatsvindt, waar informatie wordt uitgewisseld en waar afspraken worden gemaakt, onder meer over de strategische zorgplanning voor een regio.

De raad pleit ervoor om dit einddoel via **de weg van de geleidelijkheid** te bewandelen én te bereiken, met respect voor en in overleg met de bestaande structuren die vandaag goed werk leveren. De raad is er immers van overtuigd dat gegeven de maatschappelijke evoluties, de structuren moeten aangepast worden in functie van een betere, integrale zorg en ondersteuning. Bij een groot hervormingsproces, zoals de reorganisatie van de eerste lijn, zijn disruptieve elementen in de beslissingen onvermijdelijk, maar tegelijk moeten we voldoende rekening houden met de noden en bekommernissen van de professionals op het terrein zodat ze mee kunnen én willen stappen in dit positief veranderingstraject.

De SAR WGG meent dat deze fundamentele structurele hervormingen in de eerste lijn moeten toelaten dat de huidige beschikbare middelen meerwaarde creëren (cfr. Quadruple aim) door efficiëntiewinsten te boeken via synergiën en betere afstemming. Daarnaast is het voor de raad ook duidelijk dat deze majeure hervorming van de eerste lijn om extra middelen zal vragen.

▀ **Eerstelijnszone**

De oprichting van de eerstelijnszones is een belangrijke beslissing met het oog op een goede ondersteuning van de zorgverstrekkers in de eerste lijn.

De raad vindt het wel een gemiste kans dat de beleidsmakers geen knopen hebben doorgehakt om de eerstelijnszones af te bakenen en roept de Vlaamse Regering op om dit nu te doen.

Bij de SAR WGG leeft bezorgdheid over het welslagen van de opstart en werking van de eerstelijnszones op het terrein. De Vlaamse Regering zal moeten investeren in deze transitie om er een succes van te maken. Naast het zoeken naar nieuwe vormen van samenwerking, moet immers ook een cultuuromslag ingang vinden die elke professional

betreft bij de ambitie om in de eerstelijnszone integrale zorg en ondersteuning te bieden. Om de participatie in de eerstelijnszones te bevorderen zal er **changemanagement** nodig zijn. Eerstelijnszones zullen **lerende netwerken** zijn. De raad vraagt aan de Vlaamse Regering om dit te faciliteren en de nodige flankerende maatregelen te nemen.

De raad ziet een aantal randvoorwaarden voor het slagen van de opstart van een eerstelijnszone. Zo moeten, onder meer, de zorgraden voldoende ondersteund worden vanuit het Vlaams Instituut voor de eerste lijn. Er moet ook verder ingezet worden op de professionalisering van kringwerkingen. De overheid moet incentives voor samenwerking in de financiering uitbouwen. Er is een stevige equipe nodig die de opstart en de werking van de eerstelijnszone begeleidt op aansturing van de zorgraad (minimaal 3 VTE per 100.000 inwoners). De ICT-toepassingen die de samenwerking zullen ondersteunen, moeten op punt staan. Voor bovenlokale projecten (zorgzoeker, zorgtrajecten, ICT, enz.) moeten goed uitgewerkte programma's en tools worden ontwikkeld door het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn die in de eerstelijnszones kunnen gebruikt en lokaal ingevuld worden.

De raad vraagt aan de Vlaamse Regering om te verduidelijken hoe de aansturing voor de samenstelling van de zorgraden zal gebeuren. Alle actoren die in de conceptnota (p. 45) vermeld worden, moeten betrokken worden bij de samenstelling van de zorgraden.

▀ **Regionale zorgzone**

Voor de raad is het niveau van de regionale zorgzone een overlegniveau waar informatie-uitwisseling en afstemming tussen aanbod en behoefte kan plaatsvinden en waar afspraken worden gemaakt, onder meer over het regionaal globaal zorgstrategisch plan. Het is daarom belangrijk dat in de opdrachten van de participerende actoren (zowel de eerstelijnszones, de ziekenhuisnetwerken als de sectoren welzijn en geestelijke gezondheidszorg) wordt ingeschreven dat alle actoren in de regionale zorgzone moeten worden betrokken bij het uittekenen van een strategische planning.

De raad meent dat er op het niveau van de regionale zorgzone best gekozen wordt voor een overlegmodel dat op een dynamische en flexibele manier afstemmingsprocessen tot stand brengt, zowel sectoraal als intersectoraal. De raad pleit ervoor dat de Vlaamse regering die samenwerkingsverbanden beschouwt en faciliteert als "lerende regionale netwerken". Voor de raad is het belangrijk dat dit overleg goed kan ondersteund worden door alle partners (nl. eerstelijnszones, ziekenhuisnetwerken, andere deelnemende netwerken en overlegplatformen...). Dit moet in hun opdrachten worden ingeschreven.

▀ **Vlaams Instituut voor de eerste lijn**

De raad is tevreden dat de beslissing werd genomen om een Vlaams instituut voor de eerste lijn op te richten dat de nodige expertise zal kunnen leveren om de eerste lijn te ondersteunen en te versterken.

De raad meent immers dat het ontwikkelen en ter beschikking stellen van expertise thuis hoort op het Vlaams niveau. Expertise betekent hier innovatie, evaluatie, ontwikkeling van nieuwe methodieken en protocollen. Daarin moeten de expertise en de signalen van het terrein worden meegenomen. Opdrachten die betrekking hebben op de concrete ondersteuning van 'zorg en ondersteuning' op het terrein horen eerder thuis op een lokaal niveau dicht bij de burger.

De randvoorwaarden

Onder randvoorwaarden formuleert de raad nog enkele bedenkingen over gegevensdeling, kwaliteit en over Brussel.

Advies over de conceptnota 'Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn'

Situering

De Strategische adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, gezondheids- en gezinsbeleid (SAR WGG) ontving op 23 februari 2017 een adviesvraag van de Vlaamse minister voor welzijn, volksgezondheid en gezin, Jo Vandeuren over de conceptnota 'een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn'. De conceptnota volgt op de conferentie eerste-lijnszorg van 16 februari 2017 die grondig werd voorbereid via een participatief traject waarbij onder andere belanghebbende eerstelijnsorganisaties, voorzieningen, beroepsgroepen, deskundigen uit de sector en gebruikers werden betrokken.

De raad vergaderde over deze conceptnota op 7 maart, op 23 maart en op 27 april 2017. Het advies van de SAR WGG werd in consensus goedgekeurd op 27 april 2017.

Enkele algemene beschouwingen

De conceptnota 'een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn' vormt een belangrijke stap in het traject naar de reorganisatie van de zorgverlening op de eerste lijn in Vlaanderen. De lange voorbereiding tot de conferentie van 16 februari 2017 heeft de gelegenheid gecreëerd om samen met alle betrokkenen na te denken over de organisatie van de eerste lijn, daarbij ondersteund en versterkt door wetenschappelijke analyses.

De SAR WGG stelt tevreden vast dat er sinds 2010 een hele weg afgelegd is. Een aantal uitgangspunten van goede zorg en ondersteuning zijn intussen verworven. Concepten zoals integrale zorg en ondersteuning, gericht op de kwaliteit van leven, en de centrale plaats die de persoon met zorgbehoefte én zijn naaste omgeving daarin moeten krijgen, staan niet meer ter discussie. De conceptnota verhaalt ook duidelijk het streven naar een nieuwe vorm van professionalisme¹. Omdat de professional een sleutelfunctie heeft in de reorganisatie van de zorg en ondersteuning in de eerste lijn, is de raad hierover zeer te spreken. De nadruk die in deze conceptnota op interprofessioneel werken wordt gelegd, is dan ook erg belangrijk.

De raad waardeert ook dat in de conceptnota een heldere schets werd opgenomen van de uitdagingen voor een sterke eerstelijnszorg in Vlaanderen. Het is goed dat Vlaanderen werk wil maken van een versterking van de eerste lijn en van een vereenvoudiging van de eerstelijnsstructuren. De conceptnota 'geïntegreerde zorgverlening in de eerste

¹ SAR WGG (17 december 2015) *Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst*.

lijn' is een stap naar de broodnodige hervormingen, maar er blijft nog een lange weg te gaan en er zijn nog heel wat obstakels te overwinnen.

Naast de noodzakelijke aanpassing van structuren, zal het immers ook nodig zijn om een cultuuromslag naar een zorgzame samenleving te maken waarbij op brede schaal en in alle geledingen van de samenleving waarden als solidariteit en verbinding centraal staan.

De raad merkt nog op dat op verschillende terreinen wordt nagedacht over de toekomst van zorg en ondersteuning; niet alleen in deze conceptnota maar ook bijvoorbeeld 'het geïntegreerd breed onthaal', 'het Lokaal Sociaal Beleid', 'de toekomst is jong', de geplande conferentie over het sociaal werk, de projecten chronische zorg... De raad vraagt te zorgen voor voldoende afstemming en synergie tussen deze trajecten om zo te komen tot een minder verkokerd en meer behoeftegericht aanbod.

De raad wijst er op dat een goede afstemming met de federale en lokale beleidsniveaus, ook voor het slagen van dit hervormingstraject in de eerste lijn, erg belangrijk is.

Gezien het lange traject dat door alle betrokken partijen al gelopen is en het vervolgtraject dat na de conferentie van start gaat, opteert de raad vandaag voor een korte reflectie over een aantal elementen uit de conceptnota. De raad betracht dus geen volledige analyse van de voorstellen en kiest er expliciet voor om niet het werk te hernemen dat in de werkgroepen of door de wetenschappelijke reflectiekamer werd verricht. Deze waardevolle documenten spreken voor zichzelf. Waar relevant zal de raad wel verwijzen.

We volgen in dit advies de structuur van de conceptnota: de persoon met een zorg- en ondersteuningsbehoefte in het centrum, de ondersteuning van zorgaanbieders en de randvoorwaarden.

1. De persoon met een zorg- en ondersteuningsbehoefte in het centrum

1.1. Recht op welzijn en gezondheid

De conceptnota poneert dat *elke persoon recht op zorg en ondersteuning heeft 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*. De raad is het eens met de gedachte dat burgers in een solidaire samenleving moeten beseffen dat collectieve bronnen niet onuitputbaar zijn en doelmatig moeten worden ingezet. En dat burgers zich ook bewust moeten zijn van de eigen verantwoordelijkheid en het belang van zorg voor elkaar. Dat schreef de raad in de *visienota over nieuw professionalisme als opgave voor de toekomst (17 december 2015, p. 13)*.

Toch meent de raad dat het juiste evenwicht in de conceptnota van de Vlaamse Regering zoek is. Het recht op gezondheid dat als mensenrecht geldt voor elke persoon, moet veel breder worden omschreven dan wat we in deze conceptnota lezen. Het houdt in dat elke persoon recht heeft op een gezondheids- en welzijnssysteem (in de brede zin van het woord) dat eenieder gelijke kansen biedt op een zo goed mogelijke gezondheid². Dat gezondheids- en welzijnssysteem verwijst zowel naar het zorg en ondersteuningsaanbod op zich, als naar de achterliggende sociale en economische determinanten van gezondheid en welzijn³. In de voorliggende conceptnota van de Vlaamse Regering wordt hieraan veel te weinig aandacht geschonken.

In verhouding legt men te veel verantwoordelijkheid bij het individu. Dat individu staat echter niet los van de omgeving waarin hij leeft, waarin hij is opgegroeid, waarin hij al dan niet kansen kreeg. Het is algemeen bekend dat hoog risico-gedrag vaak sterk sociaal bepaald is. De raad pleit er dan ook voor om meer evenwicht te brengen in de conceptnota door te wijzen op de verantwoordelijkheid van de maatschappij om een zo gezond mogelijke leefomgeving en sociaal rechtvaardige samenleving te realiseren voor iedereen zodat gelijke kansen gecreëerd kunnen worden. Er wordt in de conceptnota ook veel nadruk gelegd op het opbouwen van voldoende gezondheidsvaardigheden. De raad wees zelf ook al op het belang van het opnemen van 'health literacy' in het onderwijs⁴. Maar ook hier weer wordt aan de verantwoordelijkheid van de maatschappij voorbij gegaan, bijvoorbeeld om begrijpelijke informatie te voorzien, om de complexiteit van het zorg- en ondersteuningssysteem te verminderen (één van de ambities van de reorganisatie van de zorgverlening in de eerste lijn), om de toegang te faciliteren en zo meer.

² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en>

³ In de *visienota Integrale zorg en ondersteuning*, verwijst de raad op p.20 naar de Structurele determinanten van gezondheid en welzijn in een schema van de WHO (2008) dat dit visueel heel helder maakt. SAR WGG (7 december 2012).

⁴ SAR WGG (7 november 2016) *Advies publiek debat eindtermen*.

1.2. Autonomie in verbinding

Verder in de conceptnota wordt er ook sterk uitgegaan van de autonomie en de eigen kracht van elk individu. De raad stelt vast dat het zorgproces daarbij altijd in het teken van zelfmanagement wordt geplaatst. Wanneer de persoon met zorgbehoefte een verminderde autonomie heeft waardoor hij moeilijk zelfmanagement kan opnemen, dan – zo stelt de conceptnota – wordt er in het zorgproces prioritair gewerkt om de autonomie opnieuw te versterken.

De raad waardeert deze focus maar wees er eerder al op dat deze autonome mens een ideaalbeeld is, dat vele burgers weliswaar nastreven, maar waaraan zeker niet iedereen kan beantwoorden. In de visienota over *nieuw professionalisme* (p.27) maakte de raad daarover al een belangrijke kanttekening.

Vandaag wensen veel personen met zorgbehoefte een actieve, geïnformeerde participant te zijn in het eigen zorg- en ondersteuningstraject. Een visie op zorg en ondersteuning die vertrekt van kwaliteit van leven gaat ervan uit dat mensen zelf de regie over het eigen leven willen behouden. Burgers moeten maximaal ondersteund worden om die rol op te kunnen nemen.

Toch weten we dat - zelfs wanneer de samenleving maximaal inzet op empowerment van burgers - er altijd burgers zijn die minder mondig zijn, die niet actief op zoek kunnen of willen gaan naar informatie. We weten dus dat niet elke burger op ieder moment een actieve participant zal kunnen of willen zijn.

*In het verhaal van integrale zorg en ondersteuning moet daarom bijzondere aandacht besteed worden aan personen met zorgbehoefte die, al dan niet tijdelijk, niet in staat zijn om de regie zelf op te nemen of dit niet wensen te doen. [...] **We moeten er over waken dat het zorg- en ondersteuningssysteem niet enkel focust op de actieve, goed geïnformeerde persoon met zorgbehoefte, maar zich in de breedte richt op alle types van burgers. De zorg en ondersteuning moet op maat van de persoon met zorgbehoefte zijn. Mensen die meer begeleiding en ondersteuning nodig hebben om tot gelijkwaardige zorg te komen, moeten die ook krijgen.***

De raad vraagt aan de Vlaamse regering in de conceptnota te benadrukken dat het **doel van zorg en ondersteuning gericht moet zijn op kwaliteit van leven** van mensen, eerder dan het versterken of herstellen van de autonomie van de persoon met zorgbehoefte, dat slechts een instrument hiertoe is. We moeten meer streven naar '*autonomie in verbinding*' waarbij de verbinding en de aanwezigheid van een dragend en goed werkend zorg- en ondersteuningssysteem voorwaarden zijn voor een autonoom leven, voorwaarden om te kunnen participeren aan de samenleving. Ook het principe van behoeftegerichte zorg en ondersteuning mag - naast vraaggerichte zorg - meer benadrukt worden. Immers, niet elke persoon met een zorgbehoefte kan of wil hierrond een vraag formuleren. De raad is ervan overtuigd dat instrumenten zoals zorgcoördinatie en een interdisciplinair elektronisch dossier concreet werk kunnen maken van meer verbinding en geïntegreerde zorg en ondersteuning.

1.3. Informele zorg en mantelzorg

De raad vindt het positief dat de mantelzorger expliciet als gelijkwaardige partner in de zorg benoemd wordt, maar dringt erop aan dat er ook effectief de gepaste maatregelen worden genomen om de mantelzorger beter te ondersteunen. De raad heeft in het *advies over het Vlaams mantelzorgplan 2016-2020* (9 november 2016) zijn bezorgdheid al geuit dat *het plan in het water valt als de acties niet concreter worden geformuleerd, als er geen prioriteiten worden aangewezen en als de evaluatie van de resultaten achterwege blijft.*

De conceptnota stelt ook dat *de zorg verstrekt door familieleden, burens en vrijwilligers een steeds belangrijker plaats inneemt door de wens van veel personen om thuis te blijven wonen, zelfs met een complexe zorgnood.* De raad stelt vast dat mantelzorg vandaag al een zeer belangrijke plaats inneemt in de zorg en ondersteuning maar verschillende tendensen in de maatschappij wijzen erop dat mantelzorg in de toekomst minder beschikbaar zal zijn. De grote uitdaging in het mantelzorgbeleid bestaat er daarom in de vandaag aanwezige mantelzorg zo goed mogelijk te ondersteunen en zo bij te dragen aan de levenskwaliteit van mantelzorgers en personen met zorgbehoefte.

De raad stelde in zijn advies over het mantelzorgplan (p. 9) ook nog dat het belangrijk is om *naast de ondersteuning van de aanwezige mantelzorg, in een breder perspectief te onderzoeken welk soort zorg we nodig hebben in de toekomst. De overheid moet daarbij in het bijzonder aandacht hebben voor kwetsbare groepen, die minder of niet op mantelzorg kunnen terugvallen. In dit perspectief is het zeker nodig verder in te zetten op vormen van informele zorg die breder zijn dan mantelzorg alleen (vrijwilligerswerk, buurtwerk,...).*

1.4. Wisselwerking tussen welzijn en gezondheid op basis van gelijkwaardigheid

Om integrale zorg en ondersteuning te realiseren voor burgers, en in het bijzonder voor personen met zorgbehoefte en hun naaste omgeving, is er een integratie nodig van welzijn en gezondheid. De raad leest hiertoe in de conceptnota al heel wat positieve aanzetten, met onder meer aandacht voor informele zorg, het geïntegreerd breed onthaal, het belang van buurtgerichte zorg, de rol van de lokale besturen en zo meer.

- ▀ Het is goed dat de Vlaamse Regering kiest voor een verdere uitbouw van het geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal dat zowel op welzijn als op gezondheid focust en daarbij ook opteert voor een bredere outreachende en proactieve benadering eerder dan een loutere loketfunctie.
- ▀ Ook het belang van buurtgerichte zorg voor de toekomst wordt expliciet benoemd en krijgt erkenning in deze nota. Dat zal helpen om buurtgerichte zorg als concept beter gekend te maken in de gezondheidszorg en in de welzijnssectoren.
- ▀ De lokale besturen worden erkend als belangrijke speler in de buurtgerichte zorg en als partner in het geïntegreerd breed onthaal en in de eerstelijnszones.

De raad meent dat deze beleidskeuzes op termijn een betere wisselwerking en integratie van gezondheidszorg, welzijn en wonen zullen mogelijk maken, maar merkt wel op dat

de conceptnota nog heel vaag blijft over hoe de verbinding tussen (gezondheids-)zorg en welzijn concreet gemaakt zal worden.

Het domein welzijn en het maatschappelijk werk komen ook nog niet uitgebreid aan bod in deze nota over geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn. Het is goed dat de minister het initiatief heeft genomen om in 2018 ook een conferentie over het sociaal werk te organiseren. Het zal daarna zeer belangrijk zijn de ideeën uit de verschillende conferenties samen te brengen en via een gezamenlijk initiatief de geesten in welzijn en gezondheid bij elkaar te brengen om uiteindelijk uitvoering te geven aan de integratie van welzijn en gezondheid. Concepten zoals geïntegreerd breed onthaal en buurtgerichte zorg moeten gaande weg invulling geven aan die integratie.

1.5. Lokaal sociaal beleid

Het is positief dat het lokale niveau in deze conceptnota naar waarde geschat wordt. Lokale besturen en intergemeentelijke samenwerkingen kunnen een belangrijke rol spelen bij de afstemming van het aanbod op de lokale noden, bij de regie van het geïntegreerd breed onthaal, bij het ondersteunen van informele zorg en buurtgerichte zorg. Het naar waarde schatten van het lokale bestuursniveau moet voor de raad ook gepaard gaan met het voorzien van de nodige randvoorwaarden die de lokale besturen verder versterken.

De raad vraagt aan de Vlaamse Regering om meer te verduidelijken hoe het decreet lokaal sociaal beleid zich zal verhouden tot de doelstellingen van de eerstelijnszones.

Voor verdere reflecties over het Lokaal Sociaal beleid verwijst de raad naar zijn *advies over het decreet Lokaal sociaal beleid* (27 april 2017).

1.6. Het samenspel tussen de lijnen

Op termijn streven we niet alleen naar een betere integratie van welzijn en gezondheid, een integrale benadering van zorg en ondersteuning betekent ook dat de verschillende (zorg)lijnen meer zullen gaan samenwerken om zorgprocessen te stroomlijnen.

Het is goed dat een conferentie nu focust op het versterken en organiseren van de eerste lijn. Het bestaan van een ruim generalistisch basisaanbod is immers belangrijk voor - onder meer - de toegankelijkheid van zorg en welzijn en het voorkomen van gezondheidsongelijkheid.

De raad roept wel op om de focus in de toekomst ook meer te gaan leggen op de samenwerking van de verschillende lijnen en tussen de verschillende vormen van zorg- en ondersteuningsaanbod. Het bepalen welke zorg en ondersteuning best aansluit bij de zorg- en ondersteuningsbehoeften van mensen, zal moeten gebeuren in samenwerkingsverbanden van evenwaardige actoren die de zorglijnen van vandaag overstijgen.

De raad verwijst hier naar zijn *advies over het Nieuw Vlaams Ziekenhuislandschap* (9 november 2016, p. 18) waarin gesteld wordt dat *de verschillende lijnen in de zorg en de verschillende sectoren (welzijn en gezondheid) zullen moeten samenwerken en expertise en context met elkaar delen. Daarbij moeten duidelijke afspraken gemaakt worden over de toegang tot de zorg en ondersteuning.* Bij nieuwe vragen of problemen meldt de

persoon met zorgbehoefte zich in eerste instantie aan bij de eerste lijn. Bij chronische en langdurige problemen zal er veel meer beweging zijn tussen de verschillende lijnen.

1.7. Toegankelijkheid en de mazen van het net(werk)

In de inleiding van de conceptnota wordt gesteld dat *een goed georganiseerde eerste-lijnszorg ook sociale ongelijkheden op vlak van gezondheid kan verminderen door de toegankelijkheid van zorg te optimaliseren en een signaalfunctie op te nemen.*

De raad onderschrijft deze stelling maar meent dat de conceptnota dit niet voldoende concreet maakt. Het is een belangrijke tekortkoming in de nota. Wat zal Vlaanderen bijvoorbeeld ondernemen om de financiële toegankelijkheid te garanderen van die sectoren waarvoor het bevoegd is?

Experten⁵ zijn het erover eens dat gezondheidsongelijkheid één van de belangrijkste uitdagingen voor onze gezondheidszorg is. De eigen bijdrage in de kosten voor de gezondheidszorg is in België hoog en de groep personen die gezondheidszorg uitstelt omwille van financiële redenen stijgt⁶. De SAR WGG bereidt momenteel een advies voor op eigen initiatief over deze problematiek. In dat advies zal de raad voorstellen een gezondheidsdoelstelling te formuleren om de gezondheids- en welzijnskloof aan te pakken⁷.

- In het kader van de voorbereidende werkgroepen werden er ook zeer concrete voorstellen opgemaakt om de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg te garanderen⁸. De raad vindt het jammer dat deze aanbevelingen niet opgepikt zijn in de conceptnota.
- Vlaanderen heeft met de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) een zeer belangrijk instrument in handen in de strijd tegen gezondheidsongelijkheid. Er moet voor de raad snel duidelijkheid komen over hoe de VSB precies zal worden aangewend om de betaalbaarheid van de zorg voor elke burger te garanderen.

⁵ Ook de vertegenwoordiger van de WHO, dr. Hans Kluge, Director, Division of Health Systems and Public Health, The WHO Regional Office for Europe, legde er tijdens de conferentie van 16 februari 2016 de nadruk op.

⁶ Federaal Planbureau, 2014: Op basis van Eurostat (2016), *Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, detailed reason and income quintile.*

⁷ Het advies van de SAR WGG zal in de loop van 2017 uitgebracht worden.

⁸ Mobius (25 januari 2016) *Synthese van de eindrapporten van de werkgroepen*. Pagina 14 Aanbevelingen op het vlak van financiële toegankelijkheid:

- Een laagdrempelige toegang voor burgers tot zorg (bv. kraamzorg, gezinszorg, huisarts, thuisbegeleiding, thuisverpleging, woonzorg, eerstelijnspsycholoog,...) maakt dat mensen zorg, zorgvragen en zorgnoden niet uitstellen.
- Investeren van voldoende middelen in de eerste lijn (via verschuiving van middelen van de tweede en derde naar de eerste lijn, kritisch omgaan met dure technologie,...).
- Automatische rechtentoekenning.
- Werk maken van een universele Vlaamse Sociale bescherming waaraan iedereen naar draagkracht bijdraagt.
- Inzetten op een veralgemening van de derdebetalersregeling.
- Maatregelen nemen om de geconventioneerde zorgaanbieders aan te moedigen om de overeengekomen tarieven aan te rekenen.

- ▀ Om te vermijden dat (vaak extra kwetsbare) burgers en/of personen met een zorgbehoefte door de mazen van het net blijven vallen, moet een netwerk van zorgverleners de verantwoordelijkheid krijgen om de zorg en ondersteuning samen op te nemen voor een bepaalde populatie. Dit is één van de belangrijke hefboomen, die de Vlaamse Regering in handen heeft om de gezondheidskloof te dichten en de toegankelijkheid van de zorg en ondersteuning te bevorderen. De raad vindt het dan ook een gemiste kans dat dit in de conceptnota niet werd vooropgesteld en houdt een pleidooi voor het invoeren van een "accountability" op het vlak van de Eerstelijnszones: elke burger moet in het zorgsysteem van de eerstelijnszone zijn opgenomen (zie ook 2.1).

1.8. Geestelijke gezondheid

Er wordt in de conceptnota gesproken over de eerstelijnspsychologische functie als maatregel om de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn te versterken. De pilootprojecten eerstelijnspsychologische functie waren één van de resultaten van de vorige conferentie. De raad had gehoopt dat er hierop al meer was ingezet. De raad heeft de uitrol van deze eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen dan ook als één van de prioriteiten naar voor geschoven in zijn advies over het *Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019* (3 maart 2017, p 17).

In hetzelfde advies werd ook gewezen op het belang van een evenwichtige zorg en ondersteuning waarbij er een goed samenspel bestaat tussen de verschillende trappen van de zorg en ondersteuning en de verschillende vormen van aanbod (p. 13). Daarom had er voor de raad in deze conceptnota ook aandacht moeten zijn voor de grote beweging naar horizontale netwerken voor kinderen en jongeren en volwassenen. Deze beweging brengt de geestelijke gezondheidszorg ook dichterbij de zorgactoren op de eerste lijn.

De raad meent ten slotte dat geestelijke gezondheid(szorg) in de opleiding en vorming van zorgverleners op de eerste lijn meer aanwezig moet zijn. De raad heeft in zijn *advies over het Vlaams Actieplan geestelijke gezondheid 2017-2019* (3 maart 2017, p. 14.) al gesteld dat *huisartsen meer zouden kunnen worden gestimuleerd om ook preventief rond de geestelijke gezondheid te werken met de bij hen ingeschreven patiënten in het kader van eerstelijnsnetwerken*. De raad vroeg ook dat *in de opleidingen van professionals (gezondheidszorg en welzijn) meer aandacht zou gaan naar de wisselwerking tussen geestelijke en fysieke gezondheid*.

1.9. Preventie en gezondheidspromotie

De raad vindt het goed dat preventie en gezondheidspromotie duidelijk aan bod komen als opdracht voor de zorgactoren in de eerste lijn. Dit wordt echter nogal smal ingevuld: *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 preventieve gezondheidsbeleid toe te passen binnen hun praktijkvoering* (p. 22). Uit de feedback op de gezondheidsconferentie (16&17 december 2016) is gebleken dat het niet genoeg is om bepaalde methodieken uit te werken. De focus moet nu gelegd worden op implementatie en het inzetten van middelen. Er moet ook veel meer in overleg met de

eerstelijnsactoren afgesproken worden wat de eerste lijn precies kan opnemen en wat de eerstelijnsactoren nodig hebben om dit te realiseren.

Om dit te realiseren wordt preventie best zo dicht mogelijk bij het lokale niveau gebracht. De raad is dan ook van mening dat de operationele werking van de Logo's beter op het niveau van de eerstelijnszones wordt gebracht. Het zou voor bredere equipes zorgen die ook rond preventie een sterke lokale werking kunnen ontwikkelen. Op die manier zou het beleid ook een echte opening creëren naar *health in all policies* op het niveau waar ook de lokale besturen actief zijn.

1.10. Complexe chronische zorg

Het is goed dat er in de conceptnota heel wat aandacht gaat naar de situaties waarin complexe chronische zorg moet worden geleverd. De raad vraagt om duidelijkheid te creëren over de manier waarop bestaande vormen van casemanagement en zorgcoördinatie in de nieuwe vormen zullen worden ingebed. De bezorgdheid leeft wel of hier genoeg middelen voor zullen worden vrijgemaakt. Complexe chronische zorg is bij uitstek het moment waarop de verschillende zorglijnen goed met elkaar moeten samenwerken. Hier is digitale én menselijke zorgcoördinatie essentieel. De raad merkt in dit verband nog op dat het belangrijk is om te werken aan een goede afstemming met de projecten chronische zorg.

2. Ondersteuning van zorgaanbieders

De conceptnota schuift drie overleg- en ondersteuningsniveaus voor de eerste lijn naar voor.

De SAR WGG meent dat de rationalisatie en reorganisatie van de eerste lijn nog verder moet gaan door als **einddoel** slechts **twee ondersteuningsniveaus voor de eerste lijn** voorop te stellen, met name het Vlaamse niveau en het niveau van de eerstelijnszone. Daarnaast worden er **drie overlegniveaus** voorzien, op Vlaamse niveau, op het niveau van de regionale zorgzone en op niveau van de eerstelijnszones.

- ▀ Een ondersteuningsniveau zorgt voor de ondersteuning van de operationele processen die de eerstelijnszone goed doen werken. Dit gebeurt op het Vlaamse niveau door 'ontwikkeling en innovatie' en op het niveau van de eerstelijnszone door 'facilitering en implementatie'.
- ▀ Een overlegniveau is het niveau waar afstemming plaatsvindt, waar informatie wordt uitgewisseld en waar afspraken worden gemaakt, onder meer over de strategische zorgplanning voor een regio.

De raad pleit ervoor om dit einddoel via **de weg van de geleidelijkheid** te bewandelen én te bereiken, met respect voor en in overleg met de bestaande structuren die vandaag goed werk leveren. De raad is er immers van overtuigd dat gegeven de maatschappelijke evoluties, de structuren moeten aangepast worden in functie van een betere, integrale zorg en ondersteuning. Bij een groot hervormingsproces, zoals de reorganisatie van de eerste lijn, zijn disruptieve elementen in de beslissingen onvermijdelijk, maar tegelijk moeten we voldoende rekening houden met de noden en bekommernissen van de professionals op het terrein zodat ze mee kunnen én willen stappen in dit positief veranderingstraject.

Geleidelijkheid houdt voor de raad in dat de timing van deze overgangperiode wordt vastgelegd, dat de nodige financiële middelen geïnvesteerd worden om van die overgang een succes te maken en dat alle beleidsmaatregelen die in deze periode genomen worden, er op aansturen dat de actoren zich gaandeweg op die twee ondersteuningsniveaus en drie overlegniveaus gaan organiseren.

De SAR WGG meent dat deze fundamentele structurele hervormingen in de eerste lijn moeten toelaten dat de huidige beschikbare middelen meerwaarde creëren (cfr. quadruple aim) door efficiëntiewinsten te boeken via synergiën en betere afstemming. Daarnaast is het voor de raad ook duidelijk dat deze majeure hervorming van de eerste lijn om extra middelen zal vragen.

2.1. Eerstelijnszone

De oprichting van de eerstelijnszones is een belangrijke beslissing met het oog op een goede ondersteuning van de zorgverstrekkers in de eerste lijn. Internationaal is er een breed gedragen consensus dat een schaal van ongeveer 100.000 inwoners het geschikte niveau is om dicht genoeg bij de burger, operationele ondersteuning en beleids-ondersteuning te voorzien. Het is op het niveau van eerstelijnszones dat buurtgerichte zorg en ondersteuning die welzijn en gezondheid integreert zich zal kunnen ontwikkelen en kan ondersteund worden.

Afbakening eerstelijnszones

De raad vindt het een gemiste kans dat de beleidsmakers geen knopen hebben doorgemaakt om de eerstelijnszones af te bakenen. Er wordt nu (opnieuw) een oproep naar het veld gelanceerd. Daarvoor zijn een aantal criteria opgesteld. Maar de vraag blijft bestaan hoe de Vlaamse Regering ervoor gaat zorgen dat de uiteindelijke puzzel in elkaar past. Hoe zal ervoor gezorgd worden dat heel Vlaanderen gedekt is?

Zonder de nodige politieke beslissingen kan men niet vermijden dat er de komende jaren eerst nog veel energie zal gaan naar het opzetten van structuren en overleg (zorgraad, eerstelijnszones,...) vooraleer stappen vooruit kunnen worden gezet in het aanbod naar de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte zelf. Omdat de vorming van de eerstelijnszones een proces van heel lange adem dreigt te worden en om blinde vlekken te vermijden, **roept de raad de Vlaamse Regering dan ook op om de politieke beslissing voor het afbakenen van de eerstelijnszones nu te nemen.** De Vlaamse regering moet daarvoor een methodiek hanteren die toelaat om, in dialoog met alle actoren, op korte termijn tot gedragen afbakeningen van de eerstelijnszones te komen. Het is daarbij nodig dat de Vlaamse Regering ook duidelijk maakt wat de impact van de eerstelijnszones op andere domeinen zal zijn.

De raad formuleert nog enkele concrete bedenkingen bij de afbakening van zorgzones.

- ▀ De eerstelijnszones moeten afgebakend worden in functie van de stromen van de personen met zorgbehoeften op het niveau van de eerste lijn en in functie van de meest efficiënte werking op het terrein.
- ▀ Het mag niet de bedoeling zijn dat een zinvolle afbakening van de eerstelijnszones wordt gehypothekeerd of ingeperkt door het bestaan van regionale zones of ziekenhuisnetwerken of omgekeerd.
- ▀ Eén van de ontvankelijkheidscriteria om in aanmerking te komen als eerstelijnszone, die in de conceptnota zijn beschreven, is dat de afbakening voldoende draagvlak heeft bij de belangrijke stakeholders zoals huisartsenkringen, kringen of vertegenwoordigers van zorgberoepen, lokale besturen, woonzorgactoren en welzijnsactoren, enz. De raad vindt dat de persoon met zorgbehoefte en de burger ook een belangrijke stakeholder is en hier moet vermeld worden.

Taken van de eerstelijnszone

Er worden heel wat taken aan de eerstelijnszones toebedeeld. De raad mist nog enkele opdrachten.

- ▀ De eerstelijnszone moet de verantwoordelijkheid voor goede zorg en ondersteuning opnemen ten aanzien van de populatie van dat gebied (zie ook 1.7).
- ▀ De eerstelijnszone heeft een rol in het verzekeren van de continuïteitsfuncties bijv. 24/7 (bijv. huisartsenwachtpost, wachtdiensten van apothekers, verpleegkundigen, tandartsen, thuiszorg,...).

Het blijft ook nog onduidelijk hoe de Vlaamse Regering de verhouding en de operationele samenwerking tussen deze eerstelijnszones en de lokale besturen precies ziet (zie ook 1.5).

Investeren in flankerende maatregelen en change management

Bij de SAR WGG leeft bezorgdheid over het welslagen van de opstart en werking van de eerstelijnszones op het terrein. Hoe krijg je alle professionals in een eerstelijnszone gemotiveerd en betrokken om actief in dit nieuwe model mee te stappen? Hoe kunnen eerstelijnszones van elkaar leren? Wat gaat men ondernemen als blijkt dat de opstart in sommige eerstelijnszones moeizaam verloopt?

De Vlaamse Regering zal moeten investeren in deze transitie om er een succes van te maken. Naast het zoeken naar nieuwe vormen van samenwerking, moet immers ook een cultuuromslag ingang vinden die elke professional betreft bij de ambitie om in de eerstelijnszone integrale zorg en ondersteuning te bieden. Om de participatie in de eerstelijnszones te bevorderen zal er changemanagement nodig zijn.

Eerstelijnszones zullen **lerende netwerken** zijn. De raad vraagt aan de Vlaamse Regering om dit te faciliteren en de nodige flankerende maatregelen te nemen. Niet alleen de twee pilotprojecten hebben ondersteuning nodig, maar ook alle andere eerstelijnszones die zullen opstarten.

De raad ziet een aantal randvoorwaarden voor het slagen van de opstart van een eerstelijnszone:

- ▀ De zorggraden moeten voldoende ondersteund worden vanuit het Vlaams Instituut voor de eerste lijn. Zorggraden kunnen met deze ondersteuning en via de lerende netwerken een governancemodel opbouwen op maat van de lokale realiteit.
- ▀ De ondersteuning van de eerstelijnszones, moet gebeuren vanuit de vragen van de eerstelijnszones die vertrekken van de lokale noden (bottom-up).
- ▀ Er moet verder ingezet worden op de professionalisering van kringwerkingen.
- ▀ De overheid moet incentives voor samenwerking in de financiering uitbouwen.
- ▀ Er is een stevige equipe nodig die de opstart en de werking van de eerstelijnszone begeleidt op aansturing van de zorgraad.
 - De equipe heeft voldoende autonomie en regelruimte nodig om zowel operationele als beleidsmatige opdrachten te realiseren.
 - Een personeelsbezetting van 3 VTE per 100.000 inwoners is volgens de raad het absolute minimum dat de Vlaamse Regering zelf moet voorzien. Dit houdt belangrijke keuzes in voor wat betreft de toewijzing van personeel aan de eerstelijnszone.
 - In de conceptnota wordt de mogelijkheid voorzien om andere financiële bronnen aan te spreken om de equipes van de eerstelijnszones te versterken. De raad vraagt er daarbij over te waken dat hierdoor geen te grote verschillen tussen de eerstelijnszones zouden ontstaan en de neutraliteit van de werking van de eerstelijnszones te garanderen.
 - De eerstelijnszones hebben voldoende werkingsmiddelen nodig om actief en lokaal aanwezig te kunnen zijn. Lokale aanwezigheid versterkt de banden binnen de eerstelijnszone en zorgt voor een bereikbaarheid van de lokale actoren naar de ondersteuningsstructuren en andersom.
- ▀ De ICT-toepassingen die de samenwerking zullen ondersteunen, moeten op punt staan.
- ▀ Voor bovenlokale projecten (zorgzoeker, zorgtrajecten, ICT, enz..) moeten goed uitgewerkte programma's en tools worden ontwikkeld die in de eerstelijnszones kunnen gebruikt en lokaal ingevuld kunnen worden (de werking van éénlijn als

voorbeeld). Deze tools kunnen door het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn worden aangereikt.

Zorgraad

De raad vraagt aan de Vlaamse Regering om te verduidelijken hoe de aansturing voor de samenstelling van de zorgraden zal gebeuren. Wie is er aan zet om deze zorgraden samen te stellen?

De raad benadrukt dat alle actoren die in de conceptnota (p. 45) vermeld worden, betrokken moeten worden bij de samenstelling van de zorgraden.

2.2. Regionale zorgzone

De Vlaamse Regering voorziet op het niveau van 400.000 inwoners regionale zorgzones via clustering van meerdere eerstelijnszones. Zo wil men een werkbaar niveau creëren om samen met alle actoren in zorg en welzijn een strategisch beleid uit te bouwen.

Voor de raad is het niveau van de regionale zorgzone een overlegniveau waar informatie-uitwisseling en afstemming tussen aanbod en behoefte kan plaatsvinden en waar afspraken worden gemaakt, onder meer over het regionaal globaal zorgstrategisch plan. In zijn *advies over het nieuw Vlaams ziekenhuislandschap* (31 oktober 2016) heeft de SAR WGG al een pleidooi gehouden voor een globale zorgstrategische planning over de verschillende lijnen en over sectoren heen. Globaal betekent onder meer dat die zorgstrategische planning zowel de domeinen gezondheid als welzijn betreft.

Het is belangrijk dat in de opdrachten van alle participerende actoren (zowel de eerstelijnszones, de ziekenhuisnetwerken als de sectoren welzijn en geestelijke gezondheidszorg) wordt ingeschreven dat alle actoren in de regionale zorgzone moeten worden betrokken bij het uittekenen van een strategische planning. De raad verwijst naar de pilootprojecten geïntegreerde zorg waar zulke oefeningen al aan de gang zijn en waaruit veel lering kan worden getrokken.

De raad meent dat er op het niveau van de regionale zorgzone best gekozen wordt voor een overlegmodel dat op een dynamische en flexibele manier afstemmingsprocessen tot stand brengt, zowel sectoraal als intersectoraal. De raad pleit ervoor dat de Vlaamse regering die samenwerkingsverbanden beschouwt en faciliteert als "lerende regionale netwerken". Voor de raad is het belangrijk dat dit overleg goed kan ondersteund worden door alle partners (nl. eerstelijnszones, ziekenhuisnetwerken, andere deelnemende netwerken en overlegplatformen...). Dit moet in hun opdrachten worden ingeschreven.

2.3. Vlaams instituut voor de eerste lijn

De raad is tevreden dat de beslissing werd genomen om een Vlaams instituut voor de eerste lijn op te richten dat de nodige expertise zal kunnen leveren om de eerste lijn te ondersteunen en te versterken.

De raad meent immers dat het ontwikkelen en ter beschikking stellen van expertise thuis hoort op het Vlaams niveau. Expertise betekent hier innovatie, evaluatie, ontwikkeling van nieuwe methodieken en protocollen. Daarin moeten de expertise en de signalen van

het terrein worden meegenomen. Opdrachten die betrekking hebben op de concrete ondersteuning van 'zorg en ondersteuning' op het terrein horen eerder thuis op een lokaal niveau dicht bij de burger.

De raad meent dan ook dat alle expertisecentra best op het niveau van het Vlaams instituut voor de eerste lijn zouden gebracht worden voor wat betreft de expertisecomponent van hun werking. Sommige expertisecentra hebben vandaag ook een ondersteunende zorgcomponent in hun werking. Deze opdrachten zouden in een geleidelijk en overlegd proces best naar het niveau van de eerstelijnszones gebracht worden. Daar kunnen de krachten gebundeld worden om vanuit een generalistisch perspectief ondersteuning te bieden aan de persoon met zorgbehoefte, de mantelzorgers en de professionals. Op die manier vermijden we dat er 'unequity by disease' ontstaat door een te specifieke/categoriale insteek.

De raad vindt het dan ook een goede zaak dat het expertisepunt mantelzorg in het Vlaams instituut voor de eerste lijn zal worden ondergebracht. Eerder had de SAR WGG al vragen gesteld bij de meerwaarde van een apart expertisepunt mantelzorg (advies mantelzorgplan, 31 oktober 2016, p.13). De raad is er immers van overtuigd dat het samenbrengen van de expertise zowel met betrekking tot de vraagzijde als de aanbodzijde in het Vlaams instituut voor de eerste lijn zal bijdragen aan de doelstelling van integrale zorg en ondersteuning.

De raad merkt op dat het Vlaams Instituut Eerste Lijn, naast de afstemming en samenwerking met het terrein, ook voor de nodige afstemming en samenwerking met hogescholen en universiteiten zal moeten zorgen.

3. Randvoorwaarden

3.1. Gegevensdeling

De raad vindt het positief dat er werk wordt gemaakt van een volledige digitalisering van het zorgproces. Een betrouwbare gegevensdeling die de privacy van de personen met een zorgbehoefte verzekert, is een belangrijke voorwaarde om tot goede zorgcoördinatie en samenwerking te komen.

De raad ondersteunt dan ook het principe van één interdisciplinair elektronisch dossier(plaats) waarin de gebruiker lees- en schrijfrechten heeft en waarin de doelen van de persoon met zorgbehoefte zoals door de persoon met zorgbehoefte geformuleerd – in het kader van doelgerichte zorg - als eerste scherm verschijnen wanneer de zorg- of hulpverlener het dossier van een persoon met zorgbehoefte opent (p. 22).

Toch leeft er ook enige bezorgdheid. De leesrechten van zorg- en welzijnsactoren moeten met uiterste omzichtigheid bepaald worden. Er blijft steeds een gevaar voor misbruik bestaan. De raad vraagt aan de Vlaamse Regering om een referentiekader op te maken dat toelaat om afspraken te maken over de functies die in het *personal health record* zullen worden voorzien en om duidelijke spelregels te bepalen over wie, wat en wanneer zal kunnen zien. Ook moet er op federaal en Europees niveau werk gemaakt worden van een functioneel gedeeld interprofessioneel beroepsgeheim.

De raad merkt nog op dat er ook bezorgdheid leeft op het terrein over de implementatie: zal er voldoende ondersteuning zijn op het vlak van ICT?

3.2. Kwaliteit

Het is goed dat kwaliteit van zorg in de eerste lijn zal gemeten worden. Het actieplan geeft aan dat eerst per discipline zal gemeten worden, om daarna pas te kijken naar interdisciplinaire samenwerking. De raad meent dat het belangrijk is om meer ambitie te tonen en ook de meerwaarde/kwaliteit van interprofessionele samenwerking in beeld te brengen. Zo kan er gewerkt worden aan een set van gedeelde indicatoren tussen de verschillende sectoren. Bovendien beveelt de raad aan om – zoveel mogelijk – gebruik te maken van indicatoren die momenteel internationaal (bijv. in Europa) worden ontwikkeld, teneinde vergelijking van de performantie van de eerste lijn in Vlaanderen internationaal mogelijk te maken.

De SAR WGG waardeert dat het klachtrecht wordt hervormd en laagdrempelig en toegankelijk zal georganiseerd worden. De raad vraagt dan ook om dit snel aan te pakken alsook te agenderen op een volgend interministerieel overleg.

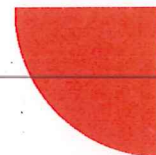
3.3. Brussel

De raad vraagt of Vlaanderen ook 'eerstelijnszones' zal uitstippelen in Brussel of zal men in Brussel afstemmen op de Brusselse (GGC) plannen?

De Raad ondersteunt de voorstellen ter zake die door de Werkgroep Brussel in het kader van de voorbereiding van de eerstelijnsconferentie werden uitgewerkt en roept de Vlaamse Regering op hierover in overleg te gaan met de Brusselse overheden.

Tot slot, het uitbouwen van een sterke eerste lijn in Brussel is een noodzaak gegeven de specifieke Brusselse problematiek. Vlaanderen kan hier een belangrijke inhoudelijke inbreng doen.

On the other hand, the fact that the...
...the...
...the...
...the...
...the...



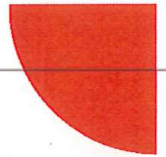
Advies

Conceptnota “Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn”

Brussel, 13 maart 2017

Adviesvraag: Conceptnota "Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn"
Adviesvrager: Jo Vandeurzen - Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Ontvangst adviesvraag: 23 februari 2017
Adviestermijn: 30 dagen
Decretale opdracht: SERV-decreet 7 mei 2004 art. 11 (overlegfunctie)
Goedkeuring raad: 13 maart 2017

Contactpersoon: Kristel Bogaerts - kbogaerts@serv.be



De heer Jo VANDEURZEN
Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Ellipsgebouw
Koning Albert II-laan 35 bus 90
1030 BRUSSEL

contactpersoon
Kristel Bogaerts
kbogaerts@serv.be

ons kenmerk
SERV_BR_20170313_CN geïntegreerde zorg eerste lijn

Brussel
13 maart 2017

Conceptnota “Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn”

Mijnheer de minister

De SERV zal, door de sterke focus op zorg en welzijn, geen eigen advies formuleren over de conceptnota “Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn”.

De vertegenwoordigers van de Vlaamse sociale partners binnen de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (SAR WGG) formuleren de standpunten van hun respectieve organisaties wel bij de bespreking van het dossier binnen dat forum.

De SERV brengt graag nog zijn adviezen over het [gecoördineerd Vlaams vrijwilligersbeleid](#) en [ontwerp Vlaams mantelzorgplan 2016-2020](#) in herinnering.

Ik hoop, mijnheer de Minister, u hiermee van dienst te zijn.

Hoogachtend

Pieter Kerremans
administrateur-generaal

An Vermorgen
voorzitter

/ advies Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg

Voorzitter	Ondervoorzitter	Verslaggever	Datum
Dirk Dewolf	Caroline Verlinde	Rudi Overloop	08.05.17

Aanwezig

Griet Briels, Anita Cautaeers, Jan De Maeseneer, Hilde Deneyer, Jos De Smedt, Tine De Vriendt, Annick Dermine, Dirk Dewolf, Stefaan Hanson, Bernard Himpens, Reinier Hueting, Barbara Krekels, Koen Lowet, An Nauwelaerts, Laura Picard, Indara Robyns, Pierre Seeuws, Walter Sion, Lucien Speeckaert, Chantal Van Audenhove, Stefan Van Eeckhout, Hendrik Van Gansbeke, Kathleen Vanhollen, Katrien Van Kets, Nele van Meer, Karin Van Roy, Dirk Verleyen, Caroline Verlinde, Tom Vermeire.

Verontschuldigd

Hugo Baert, Veerle Cortebeek, Jan De Lepelre, Hilde De Nutte, Ri De Ridder, Ellen De Wandeler, Erika Van Nuffel, Ilse Weeghman.

Onderwerp

Advies van het Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg (SWP) over de conceptnota 'Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn'

De Vlaamse Regering heeft op 17 februari '17 beslist om over de conceptnota 'Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn' advies in te winnen bij het Samenwerkingsplatform Eerste Lijn.

Tijdens de samenkomst van 22 maart '17 hebben de aanwezige leden hun mening gegeven over de conceptnota, of aanbevelingen geformuleerd. Vervolgens werd een ontwerp-verslag verstuurd naar alle leden van het samenwerkingsplatform. Tot slot konden tot 24 april '17 bijkomende reacties of standpunten ingestuurd worden. Die werden ook verwerkt in het advies (zie bijlage).

Volgende organisaties zijn effectief lid van het Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg (SWP): Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (ASGB), Axxon - Kwaliteit in kinesitherapie vzw, Domus Medica, Huis voor Gezondheid, Jong Domus Medica, Kabinet minister Vandeurzen, Katholieke Universiteit Leuven, Katholieke Universiteit Leuven – LUCAS, Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, Nationaal Intermutualistisch College, Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen (NVKVV), Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten, Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), SEL Hasselt, SEL Zuid-West-Vlaanderen, SOM - de federatie van sociale ondernemingen vzw, Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR WGG), Syndicaat van Vlaamse Huisartsen (SVH), Unie van Vlaamse Vroedvrouwen,

Universiteit Gent, Verbond Vlaamse Tandartsen, Vereniging van Diensten voor Gezinszorg van de Vlaamse Gemeenschap, Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG), Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Vlaams Apothekers Netwerk (VAN), Vlaams Artsensyndicaat (VAS), Vlaams Eerstelijnsoverleg (VELO), Vlaams Ergotherapeutenverbond vzw, Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen, Vlaams Patiëntenplatform, Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen, Vlaamse Beroepsvereniging voor Zelfstandige Verpleegkundigen (VBZV), Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging, Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen, Zorgnet.



Advies over de conceptnota 'Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn'

1 Algemeen

Nagenoeg alle aanwezigen staan (gematigd) positief tegenover de voorgestelde hervormingen. De nota is vrij goed ontvangen en geapprecieerd. Ook de koepelorganisaties vangen positieve signalen op van de organisaties die zij vertegenwoordigen. Sommigen gewagen van een grote stap vooruit; de verwachtingen zijn positief.

De overtuiging bestaat dat deze hervorming zal ten goede komen aan de patiënten, of burgers met een zorgnood.

Het werken met zorgdoelen wordt als een goed uitgangspunt beschouwd. De evolutie naar zorg met focus op zorgdoelen en levensdoelen past perfect binnen de scope waarin sommige zorgverleners nu al werken.

De vereenvoudiging van structuren is een pluspunt. Een aantal mensen zijn het eens met een structuur met drie niveaus, anderen pleiten voor een structuur met twee niveaus. Het werkveld verlangt duidelijkheid hierover.

De gezondheidszorg als dominante stem is wat gecorrigeerd in de huidige nota: het SWP vindt het een goede zaak dat het werkveld breed gedefinieerd wordt.

2 Vaste versus losse teams

In het Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg bestaat geen consensus over dit thema.

Een aantal zorgberoepen is verheugd over het feit dat deze oefening geen 'collectivering' van de zorg impliceert: de vrije keuze van de patiënt wordt gerespecteerd en er wordt niet geopteerd voor vaste teams. Deze zorgverleners menen ook dat het verlaten van de piste van vaste netwerken de kans creëert om de competenties van de zorgverleners ten volle te benutten in de eerste lijn; liever losse netwerken dan in vast teamverband.

Het Vlaams Artsensyndicaat verwoordt hun standpunt als volgt: "De verleiding loert om de hoek om nieuwe praktijkvormen in een meer formeel kader te willen gieten, waarbij van "boven" allerlei samenwerkingsvormen zullen worden opgedrongen om de eerstelijnszorg in een keurslijf te persen, maar zonder wetenschappelijke basis, onder het niet-bewezen dogma van "betere kwalitatieve zorg". Zo levert een solo-arts niet minder kwalitatieve zorg omdat hij/zij verkiest om niet in een groepspraktijk aan de slag te gaan."

"Om goede kwalitatieve zorg te verstrekken werken huisartsen al decennialang samen met de zorgverstrekkers. Patiënten moeten steeds hun eigen huisarts kunnen kiezen, maar ook de andere professionele zorgverleners. Die vrijheid van de patiënten is enkel maar gegarandeerd als de organisatie van die extramuros-zorg horizontaal is georganiseerd. Organisatiemodellen voor samenwerking tussen huisartsen en andere zorgverstrekkers die zweren bij een hiërarchische aanpak, gaan volledig voorbij aan de notie van inter- en multidisciplinariteit die noodzakelijk is om in het kader van geïntegreerde zorg de gezondheid van de patiënt centraal te stellen en de beste zorg te verlenen. Performante, veilige en efficiënte gegevens- en informatiedeling moet de samenwerking tussen huisartsen en andere zorgverstrekkers optimaliseren."



Anderen vinden dat de kans gemist is om iedereen mee te krijgen in dit verhaal door inschrijving in een eerstelijnsnetwerk; twee miljoen Vlamingen hebben immers nog geen GMD. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat de performantie van vaste teams superieur is. Het advies van de wetenschappelijke reflectiekamer werd in deze beleids optie niet gevolgd.

3 Rationalisatie van structuren

De meeste leden zijn tevreden met de rationalisatie van structuren, die dicht bij de patiënt komen, en de nodige ondersteuning kunnen bieden. Er zijn nu al talrijke vragen om te overleggen; de meeste organisaties zien wel een opportuniteit om mee te werken.

Het SWP vindt het een goede zaak dat knopen doorgelicht zijn wat betreft de plaatsing en werking van een aantal structuren. Er moet evenwel nog goed nagedacht worden over de accountability op de verschillende niveaus.

Er is een goede basis gelegd voor het organiseren van interdisciplinaire samenwerking; een aantal federale initiatieven (bv. huisapotheker) spoort met deze reorganisatie van de eerste lijn.

De leden van het SWP formuleren een aantal vragen en bekommernissen:

- hoe lang zullen de oude structuren nog blijven bestaan. Het is een gevaar, een risico, dat de oude en nieuwe structuren nog naast mekaar zullen blijven functioneren.
- er zal omzichtig moeten omgegaan worden met de invulling van de nieuwe structuren. Dat wordt toch vooral individueel bekeken: wat brengt het op voor mij?
- hoe zal het allemaal praktisch georganiseerd worden?
- er is bezorgdheid over het ontbreken van dwarsverbindingen: de connectie met andere niveaus is niet duidelijk gestructureerd. Welke verbinding is er tussen eerstelijnszones en regionale zorgregio's?
- SEL's maken verbindingen, vormen netwerken, er zijn lokale netwerkingen; er gebeurt al heel wat. De vraag naar de huidige meerwaarde van de werking moet onderzocht worden, zodat het kan meegenomen worden in de discussie.
- De taakverdeling over de verschillende niveaus is een goede zaak. De vraag rijst toch of alles wel op de juiste plaats zit. Is de plaats van de LOGO's niet eerder in de eerstelijnszone?

3.1 EERSTELIJNSZONES

De organisatie van het zorglandschap in eerstelijnszones wordt als een positief element beschouwd; o.a. omdat het niveau dichtbij de zorgverlening staat.

Vele actoren vinden het echter spijtig dat nog niet beslist werd over deze indeling. 80% van de zones zou al geregeld kunnen zijn, maar iedereen wacht op iedereen. Het zal belangrijk zijn de afbakening van de zones met de nodige rationale te beschouwen en bottom-up de zin en onzin van bepaalde afbakeningen in vraag te stellen.

Hopelijk wordt niet te veel tijd en energie besteed aan de installatie van deze zones, en kan men vrij snel vooruit met het eigenlijke werk. Er wordt gevraagd om niet wachten met de opstart tot alle regio's geregeld zijn.

Kinesisten zijn zeer tevreden over de duidelijkheid dat nu ook kinekringen een verplichte partner worden in de oprichting van de eerstelijnszones.



De Vlaamse Beroepsorganisatie voor Vroedvrouwen (VBOV) hoopt dat de beroepsgroep van de vroedvrouwen niet louter optioneel betrokken zal worden bij het uitrollen van de eerstelijnszones. "Dit zou een gemiste kans zijn. Het is inderdaad een feit dat we maar in een bepaalde fase van het leven aanwezig zijn, maar is dit ook niet zo voor de palliatieve zorgverlening die wel structureel betrokken wordt? De eerste lijn is meer dan de chronische, complexe zorg. Preventie en de fysiologische begeleiding door een vroedvrouw zorgt voor een goede start van het leven van de baby en de integratie van het gezin in de maatschappij. In de huidige context van vaak sociaal-psychisch kwetsbare gezinnen is de vroedvrouw steeds vaker de eerste hulpverlener die binnenkomt in het gezin. Het is daar dat er gestart kan worden met een multidisciplinaire zorg. Aangezien wij tegenwoordig een volledige dekking hebben in Vlaanderen van vroedvrouwenkringen, durven wij vragen deze kringen als verplichte partner op te nemen", aldus het VBOV.

Er is een vraag om van bij de aanvang duidelijk de boodschap te geven dat het effectief de bedoeling is dat het aanbod dient in te spelen op de noden van 'alle' inwoners van de zone en de geformuleerde taken dienen opgenomen te worden in functie van 'alle' inwoners van de zone. Immers, in de veelheid van taken zou deze focus onvoldoende aandacht kunnen krijgen, terwijl net hier een grote meerwaarde én uitdaging ligt voor eerstelijnszorg.

Een aantal beroepsgroepen is bezig met het opstarten van kringwerking. Zij vinden het aangenaam te horen dat er ook ondersteuning komt voor die kringwerking.

Volgens een aantal leden heeft ook preventie zijn plaats in de eerstelijnszones: de LOGO's, maar ook VIGeZ, e.a. kunnen hun expertise ter beschikking stellen van de eerstelijnszone zonder daarin actief geïncludeerd te zijn.

De leden van het SWP formuleren een aantal vragen en bekommernissen:

- Lokale kringwerking is belangrijk, maar oppassen dat zelfstandige zorgverleners niet uit de boot vallen. Hoe vinden individuele zorgverstrekkers een plekje in de eerstelijnszone? Volgens welke modaliteiten?
- Kan Brussel intekenen op een aantal projecten? Kan Brussel daarbij vanuit Vlaanderen de nodige ondersteuning krijgen?
- Er is een gemis aan samenwerking met de lokale besturen. Het akkoord met de lokale besturen is nodig, maar dat heeft ook voor- en nadelen, zie het voorbereidingstraject.
- Een aantal leden is benieuwd naar de concretisering van de eerstelijnszones: hoe organiseren? Hoe ervoor zorgen dat er voldoende mensen werken? Zorgverleners motiveren om mee te werken, hoe doe je dat?

3.2 REGIONALE ZORGZONE

Een aantal leden vindt het positief dat er op regionaal niveau ook een rationalisatie gebeurt, met als uiteindelijk doel: één ondersteuningsstructuur per regionale zorgzone.

Aan het overleg in een regionale zorgzone zullen al gauw 50 mensen deelnemen. Dat is toch moeilijk werkbaar, klinkt het.

Bij de discussie over het niveau (eerste lijn of regionaal) kan het al helpen als we het verschil maken tussen de werking (operationeel aanbod) en de organisatie van bv. een CAW of LOGO. De werking situeert zich op het laagste niveau, de organisatie kan op een hoger niveau.

De vraag rijst of het wel verstandig is om de LOGO's als organisatie te positioneren op een regionaal niveau, en wat de werking betreft op het niveau van de eerstelijnszone. Gegeven het feit dat momenteel slechts 1,5 VTE beschikbaar zijn op het niveau van de eerstelijnszone, zou een aanvulling met de mensen van de LOGO's, niet alleen een kwantitatief voordeel bieden (3 VTE beschikbaar), maar ook een kwalitatief (betere samenwerking tussen zorg en preventie).



Sommigen stellen vragen bij de noodzaak van structuren in de regionale zone. Een optie is regionaal geen structuur te maken en ook geen personeel te voorzien. Er is een flexibel model van overleg nodig. De werking van de LOGO's is gericht op de eerste lijn; palliatieve netwerken zullen na verloop van tijd afdalen naar de eerstelijnszones, en laat de andere operationele organisaties werken zoals ze bezig zijn. Op termijn kan je personeel doorschuiven naar de eerstelijnszones.

Er zijn vragen rond de finaliteit van de regionale zorgzones, en rond de afstemming met de regionale ziekenhuiszones. De eerste lijn zal/moet een belangrijke partner worden in de discussie met en over de basisziekenhuizen; de eerste lijn zal met één stem moeten leren spreken. Dat wordt geen eenvoudige oefening.

Het is belangrijk om in de zorgstrategische planning op de regionale zorgzone niet alleen rekening te houden met de ziekenhuis(netwerken), maar ook met de eerste lijn, thuiszorgorganisaties & woon- en welzijnsorganisaties, overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg, enz. Met andere woorden, over de lijnen én beleidsdomeinen heen.

4 Overleg en participatie

De wens wordt uitgedrukt dat in de toekomstige structuren voldoende overleg en participatie wordt ingebouwd vanwege alle relevante partners in de eerstelijnszorg.

Een aantal vragen rijzen: hoe zullen de organen samengesteld worden? Hoe zal de vertegenwoordiging van de zorgberoepen gebeuren, zodat verschillende groepen hun inbreng kunnen leveren?

De verwachting is wel dat deze rationalisatie zal leiden tot minder vergaderingen en efficiënter overleg.

5 Samenwerking, zorgcoördinatie, casemanagement

Er wordt dikwijls, en soms ten onrechte, aangehaald dat onvoldoende wordt samengewerkt in de eerste lijn. We moeten casemanagement en zorgcoördinatie vanuit een positieve benadering bekijken, in tegenstelling tot de stelling dat de casemanager in actie komt wanneer de zorgverlening "in de soep draait".

Voor een aantal leden is het niet duidelijk wat een zorgcoördinator en casemanager is, of moet doen. Het wordt niet als een grote meerwaarde ervaren; praktijkvertaling is nodig.

Iedereen is coördinator, of kan coördinator zijn; niet te veel investeren in casemanagement, luidt het.

Het Vlaams Artsensyndicaat formuleert volgend standpunt: "Huisartsen zijn uitstekend geplaatst om in een patient centered care model hun patiënten te begeleiden, doorheen de vele zorgtrajecten en individuele zorgverstrekkers met de huisarts als beheerder van het EMD. Voor patiënten met een gezonde dosis health literacy bijvoorbeeld, is dit misschien helemaal niet nodig. Andere patiënten hebben wel nood aan een uniek aanspreekpunt, een rol waarvoor huisartsen door hun opleiding de nodige competenties professioneel en academisch in handen hebben. De politieke ambitie om KB 78 te hervormen moet deze basiscompetentie van de huisartsen erkennen, respecteren en bestendigen naar de toekomst toe. De therapeutische - en vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt blijft de basis van de eerstelijnszorg, zowel voor preventie, acute zorg als de aanpak bij chronisch zieken. De GMD-houdende huisarts kan hierbij als synthese-arts een coördinerende rol spelen, voor een "doorverwijzing op maat". De degradatie van universitaire medische competentieprofielen tot goedkopere "coach"-profielen voor de begeleiding van de patiënten kan onmogelijk de kwalitatieve zorgverlening garanderen en dient eerder de politiek dan de volksgezondheid. De



eerstelijngeneeskunde moet gebruik maken van de competenties van elke zorgverstreker en die optimaal benutten.”

Een belangrijk aandachtspunt blijft de aanwezigheid van de therapeut dichtbij de patiënt. De processen en procedures volgen wel en zijn dikwijls ondergeschikt aan de opvolging en de nauwe betrokkenheid van de zorgverstreker.

Er bestaat ook een bezorgdheid dat bepaalde good practices en ervaringen verloren gaan. Waar maken we de verbinding met de verschillende zorgverleners? Bij de MDO's! Die moeten hun plaats behouden.

De inbreng en meerwaarde van de verzorgende, ook op vlak van preventie en vroegsignalering, moet sterker gehonoreerd worden binnen het interdisciplinair thuiszorgteam; het ziekenhuisverblijf is vandaag (en zeker naar de toekomst toe) maar een klein schakeltje in de zorgketen. Zie de recente verschuivingen in de kraamzorg.

Er is meer aandacht nodig voor sociaal werk in het algemeen; de combinatie van medische disciplines en sociaal werk is noodzakelijk.

Graag aandacht voor de transfermomenten tussen eerste en tweede lijn, die zullen altijd blijven. Een goede informatie-overdracht is daar zeer belangrijk.

6 Probleemgebieden

De leden van het SWP kaarten een aantal probleemgebieden aan.

6.1 ACCOUNTABILITY

De eerste lijn is niet geconstrueerd op een manier dat er een duidelijke “accountability” is van de zorgverstrekkers en zorgorganisaties, om binnen het kader van de eerstelijnszone, ervoor te zorgen dat “iedereen meetelt”: dit betekent dat iedereen met het systeem van de eerstelijnszone formeel is verbonden, zodat de aanbieders in de eerstelijnszone, verantwoordelijk kunnen zijn om voor de zorg en voor gezondheid van alle burgers in Vlaanderen te zorgen.

Wat met andere doelgroepen in eerste lijn? De eerstelijnszorg gaat toch ruimer dan personen met zware chronische zorg? Linken naar kansengroepen ontbreken veelal.

We hebben met deze conferentie/beleidsnota geen stap vooruit gezet voor de eerstelijnspsychologische functie. In het algemeen is er meer aandacht nodig voor geestelijke gezondheidszorg als een rechtstreeks toegankelijke functie.

6.2 TRANSFER VAN MIDDELEN

Er moeten meer middelen van de tweede lijn doorschuiven naar de eerste lijn, maar dat lukt slechts met mondjesmaat.

Er is een zeer grote bezorgdheid binnen de thuiszorgdiensten (diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg) rond de toenemende druk op de thuiszorg/eerste lijn door de kortere ligduren in de ziekenhuizen (bv. recent kraamzorg), door vermaatschappelijking van zorg (bv. art 107), door toenemende complexiteit van diverse doelgroepen die al maar meer ‘thuis wonen’ met als gevolg een stijgende behoefte aan meer manuren/mankracht in de thuiszorg/DGAT. De financiële middelen hiervoor dienen logischerwijze over te komen van het federale niveau naar het Vlaamse niveau (van ziekenhuis naar thuiszorg/eerste lijn).



6.3 ICT

Hoe sneller de gegevensdeling 'over de lijnen heen' vooruit gaat, des te beter zal de (afstemming in de) zorg verlopen, en des te gemakkelijker zullen de veranderingen aanvaard en gedragen worden.

Eerstelijnsartsen krijgen onvoldoende opleiding rond digitalisering en informatisering. Bij de aflevering van een softwarepakket met bijhorende modules moeten de softwarehuizen een gedegen en duidelijke opleiding voorzien om ermee te werken. Rond innovatie en digitalisering is er heel weinig communicatie en overleg vanuit de overheid naar de eerstelijnsartsen toe.

De ICT-ondersteuning en de multidisciplinaire gegevensdeling als startup naar een kwalitatieve en transparante samenwerking in de eerste lijn is zeer belangrijk; bij uitbreiding ook naar de tweede lijn en andere instellingen.

Op dit ogenblik blijft er nog steeds heel wat juridische onduidelijkheid hangen rond alle digitale projecten rond gezondheid, in de eerste lijn en daarbuiten. Er is nood aan een duidelijk juridisch kader.

