

## INTRO

Door de vergrijzing krijgen steeds meer mensen te maken met chronische aandoeningen. Onze huidige eerstelijnszorg moet enkele fundamentele wijzigingen ondergaan om hierop een antwoord te kunnen bieden.

De minister zet met zijn beleidsnota zijn visie uiteen over de toekomstige organisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen. Hij kiest resoluut voor een eerstelijnszorg waar de **patiënt centraal** staat. Een patiënt die bij voorkeur de **eigen regie** voert over zijn eigen zorg en info vergaart via een breed **geïntegreerd onthaal**. Kan hij dat niet, dan nemen de zorgverleners de **coördinatie** van de zorg op zich. Bij problemen zijn er **casemanagers** aangestuurd vanuit een **eerstelijnszone**. Verder trekt hij de kaart van **buurtzorg** en wil hij dat zorgverleners veel meer interdisciplinair **samenwerken** om een team te vormen rond de patiënt.

## WAT VERANDEREN ZE?

### 1. ONDERSTEUNING VAN ZORGAANBIEDERS

#### ➤ Eerstelijnszones met zorggraad

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.

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.

**De Vlaamse overheid is bevoegd voor de erkenning van de huisartsenkringen. Zij zijn een belangrijke partner in een eerstelijnszone.** 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 .

***Deze zijn prioritair.***

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**

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.

#### ➤ Regionale zorgzones

Verder worden er ook regionale zorgzones opgericht, dit op het **niveau van de ziekenhuisnetwerken** die de federale overheid aan het oprichten is (400.000 inwoners). **Organisaties zoals Logo's, palliatieve netwerken, overlegplatforms geestelijke gezondheid,... worden hierin onder gebracht.** Zij moeten vooral regionale expertise bundelen omtrent preventie, geestelijke gezondheidszorg, palliatieve zorg,... en dit ter ondersteuning van de eerstelijnszones.

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 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.

#### **4 taken**

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 infrastructuurfornais 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.

#### ➤ Samenwerking met de ziekenhuizen

De wisselwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn wordt **intensier** en verloopt aan een hoger tempo. Vertrekkende vanuit de noden van de lokale bevolking kunnen we stellen dat er een voldoende regionale spreiding dient te zijn van het basisspecialistisch aanbod. 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.

#### **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.

## ➤ Vlaams Instituut Eerste Lijn

Tot slot wordt er ook een Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn opgericht. Zij moeten **alle expertise bundelen** om bovengenoemde visie te implementeren. Verder zullen zij ook vormingen uitwerken, de eerstelijnszones ondersteunen en één Vlaamse website opzetten met alle contactgegevens van zorgorganisaties en individuele zorgverleners. Eenlijn.be wordt hierin geïntegreerd.

## ➤ Huisarts

Wat de huisartsgeneeskunde betreft, zorgt het **Impulsfonds** voor een vestigingspremie, een lening of een (tele)secretariaatsondersteuning.

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.

**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,....<sup>33</sup> We rekenen hiervoor ook op de dynamiek van de zorgteams en zorgraden.

---

## 2. COMPLEXE ZORG

### ➤ Digitale registratie en samenwerking

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. 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). 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.

Het gedeeld dossier bestaat uit

- Medicatieschema
- Journaalfunctie: dagboek
- Agendafunctie: wie doet wat wanneer?

➤ **BeIRAI**

Dit als uniform screeningsinstrument.

➤ **Zorgteam**

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.

Binnen zorgteams is vertrouwdschap 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.

➤ **Zorgcoördinator**

Het is de bedoeling dat de verschillende disciplines die rond de patiënt actief zijn, veel meer samen een team vormen. Er zal dus sterk worden ingezet op **interdisciplinaire samenwerking**.

Daarbij wordt ook één teamlid als zorgcoördinator aangeduid:

- 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.

Federaal wordt gevraagd om zorgcoördinator mee op te nemen in de hervorming van KB78.

➤ **Casemanager**

Voor het inzetten van een case management functie moeten we uitgaan van een uitzonderlijke situatie. De case management functie vormt een tijdelijke ondersteuning voor het zorgteam. Het zorgteam blijft volledig verantwoordelijk voor het zorgproces.

Deze persoon behoort niet tot het zorgteam, maar zal een tijdelijke ondersteuning bieden voor het zorgteam. De casemanager gaat analyseren waar de zorg anders/beter kan worden aangepakt.

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.

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

**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. PATIËNT NEEMT EIGEN REGIE IN HANDEN**

De patiënt wordt integraal benaderd: niet enkel het medische staat centraal, er moet integendeel worden gekeken naar de **patiënt vanuit een bio-psycho-sociaal standpunt**. Er moet ook worden ingezet op meer **zelfmanagement** waarbij de patiënt zelf kan kiezen hoe zijn zorg georganiseerd wordt (eigen regie). Er zal verder worden uitgegaan van zorg- en ondersteuningsdoelen. In plaats van de pathologie van een patiënt centraal te stellen, moet de zorg in functie van de (levens)doelen van een patiënt georganiseerd worden. Men maakt hier dus duidelijk een paradigmashift: **van probleemgerichte zorg naar doelgerichte zorg**. In eerste instantie wordt de zorgcoördinatie door de persoon of zijn mantelzorg opgenomen.

Opdat de pt zijn regie in eigen kan nemen is health literacy van cruciaal belang. Het aanbrenen van deze gezondheidsvaardigheden omvat 2 grote luiken

- Het beschikbaar stellen van betrouwbare en begrijpbare informatie
- Het verwerven van basiskennis en het aanleren van de vaardigheid om een bepaald gedrag te stellen. (naast zorg ook belangrijke taak voor onderwijs!)



Dit brengt met zich mee dat ook de mantelzorg als een volwaardige partner aanzien wordt in de zorg.

---

#### **4. PREVENTIE**

De gezondheidsdoelstellingen dienen als leidraad. Ook de eerstelijnsactoren en openbare besturen hebben een rol in preventie om dit lokaal te realiseren.

De Zorgraad (zie verder) wordt hiervoor ondersteund door de structuur op de regionale zorgzone (zie verder).

---

#### **5. TOEGANKELIJKHEID**

##### ➤ **Geïntegreerd breed onthaal**

Om de patiënt verder centraal te zetten in de zorg, wil Vandeuren inzetten op een geïntegreerd breed onthaal: de OCMW's, CAW's en diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen moeten samen een geïntegreerd breed onthaal ontplooiën. De patiënt moet op lokale onthaalpunten in zijn buurt informatie krijgen over alle mogelijkheden in functie van zijn zorg en ondersteuning. De gemeenten krijgen de verantwoordelijkheid om deze samenwerkingsverbanden op te zetten. Er zijn reeds pilootprojecten breed onthaal die positief onthaald worden. Dit mag niet enkel als een loket fungeren, maar werkt ook outreachend en proactief.

##### ➤ **Buurtzorg**

Verder wil Vandeuren inzetten op buurtzorg: het werk dat organisaties zoals lokale dienstencentra, wijkgezondheidscentra, minder mobiele centrales, centra voor dagopvang, diensten voor gezinszorg nu verrichten, wordt extra in de verf gezet. Deze organisaties kiezen voor een buurtgerichte aanpak, waarbij buurtbewoners geactiveerd worden, niet alleen op gebied van zorg, maar op alle beleidsdomeinen.

Er komt een nieuw decreet lokaal sociaal beleid.

De woonzorgactoren maken structureel deel uit van de eerste lijn. (zowel thuiszorgvoorzieningen als WZC).

Het WZC is een plaats waar ondersteuning en zorg in de buurt kan aangereikt worden.

---

#### **6. GGZ**

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 huidige pilootprojecten eerstelijnspsychologische functie zijn verlengd tot eind februari 2019. We zullen ook van start gaan met projecten eerstelijnspsychologische functie voor kinderen en jongeren.

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.