

**Toespraak van Jo Vandeurzen
Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

Conferentie Eerstelijnszorg

1 HET WORDT ANDERS

Jullie zijn met duizend personen vandaag naar Brussel gekomen om deze eerstelijnsconferentie bij te wonen. Veel van jullie collega's volgen mee vanuit gans Vlaanderen via livestream. Vele honderden mensen hebben de moeite gedaan om hun mening te ventileren en kritische vragen te stellen tijdens de 6 verschillende voorbereidende werkgroepen, de provinciale toetsingsrondes in het najaar, via het samenwerkingsplatform eerstelijns en de vele andere fora waar de evoluties van de werkgroepen van nabij opgevolgd werden.

Vele tientallen experts en zorggebruikers hebben ernstig voorbereidend werk geleverd in de werkgroepen. En vele professoren uit al onze universiteiten hebben een actieve bijdrage geleverd aan de academische reflectiegroep die zich boog over de moeilijkste vraagstukken over de eerste lijn. Als democraat en als minister kan ik daar enkel heel blij en dankbaar om zijn.

Het thema van de zorg en ondersteuning op die eerste lijn lééft. Niet alleen in Vlaanderen. De Nederlandse omroep heeft vorige maand een avondvullend 'nationaal zorgdebat' uitgezonden. Zorg is een thema in de Nederlandse verkiezingsstrijd, weliswaar nà het veiligheidsvraagstuk en het EU-lidmaatschap. Volgens de laatste Ipsos-peiling zou de partij van de 50-plussers op 15 maart wel 10 zetels kunnen halen in de Tweede Kamer.

Ik kan me voorstellen dat sommigen onder u van oordeel zijn dat er niet veel hoeft te veranderen aan een gezondheidszorgsysteem dat volgens de EuroHealth Consumer Index tot de vier beste van de wereld mag worden gerekend. Die internationale erkenning voor een gezondheidszorg die toegankelijk is en kwaliteit biedt, moeten we inderdaad koesteren. Het is de vrucht van veel en hard werken in onze witte sector en daar mag u fier op zijn.

We horen dat eens graag door een Europese gebruikersvereniging zeggen, maar tegelijkertijd zijn we er ons allemaal van bewust dat het systeem, zoals het vandaag werkt, toch niet ideaal is. Dat de grootste noden liggen in het zich sterk uitbreidende veld, waar gezondheidszorg en welzijn elkaar raken en overlappen. Dat zorgverstrekkers en welzijnswerkers kampen met administratieve overbelasting en tekort aan tijd om te praten met de mensen. Dat inkomensongelijkheid zich weerspiegelt in ongelijkheid in gezondheid en mentaal welbevinden. Dat de eerste lijn te gefragmenteerd is en de burger er amper zijn weg in vindt zeker wanneer de zorgvraag complex wordt. En complex wordt de zorgvraag met onze ouder wordende bevolking steeds meer.

Zo ontving ik van een mantelzorger, die ook vandaag op 16 kilometer hier vandaan voor zijn zieke en zorgbehoevende partner zorgt, de volgende vraag en suggestie die duidelijk enkele lacunes blootlegt:

Het zou heel goed zijn indien er een opleidingsprogramma zou komen als initiatie tot de zorgwereld met de volgende inhoud:

- Een spreker over alle mogelijke hulpinstanties
- Een sessie door een ergotherapeut en een kinesitherapeut
- Meerdere sessies door ziekenhuisverplegers en thuisverplegers
- Een sessie over hoe omgaan met dementie
- Sessie over omgang met langdurig zorgbehoevende patiënten door psychologen
- Een sessie over medicatie door een apotheker
- Enkele sessies door artsen (huisartsen, geriateren, psychiaters)
- Sessie door een OCMW en RVT-verantwoordelijke of sociaal assistent

Ik ben ervan overtuigd dat, indien dit beschikbaar zou zijn, vele huidige en toekomstige mantelzorgers hiermee goed geholpen zouden zijn en dat ze zelfs zouden willen betalen voor dergelijke hulp/opleiding!

Deze oproep illustreert de noden van onze ouder wordende populatie. Het zorgbehoevende deel van onze bevolking (en daar maken de meesten onder ons later deel van uit) kampt met steeds meer aandoeningen tegelijk (multimorbiditeit) die chronisch van aard zijn en vaak niet meer genezen.

Deze noden hebben een antwoord nodig vanuit zowel gezondheidszorg als welzijn, vanuit de professionele zorgwereld maar ook vanuit de samenleving. Daarbij moeten we respect opbrengen voor de wens van onze burgers en personen met een zorg- en ondersteuningsnood om aan het stuur te kunnen zitten van de eigen zorgregie.

Dit is de 21^e eeuw: de persoon met een zorgnood staat centraal in ons denken en handelen. Ook op beleidsmatig vlak. De oudere populatie die werd opgevoed in de vooroorlogse, paternalistische maatschappij maakt stilaan plaats voor de babyboomers met een duidelijk meer assertieve opstelling als zorggebruiker. En gelijk hebben ze: het gaat om hun leven, om hun gezondheid en om hun welzijn. Tegelijk zijn er ook meer mensen van buitenlandse herkomst of met een andere culturele achtergrond die ons zorgaanbod voor uitdagingen plaatsen. We moeten er ons ook goed bewust van zijn dat voor vele mensen die minder geletterd zijn het allemaal té ingewikkeld is geworden. Vereenvoudiging en duidelijkheid scheppen is een sociale opdracht geworden.

2 HET CIRKELMODEL

Om dit persoonsgerichte model aanschouwelijk te maken hanteert de Wereldgezondheidsorganisatie het cirkelmodel:

De persoon met zorgnood centraal, in de eerste cirkel rond hem: de informele zorgverleners (mantelzorger, familie). Daarna de buurtgerichte zorg met burens, vrienden, vrijwilligers. Dan komt de eerste lijn met professionele zorgaanbieders die de persoon verzorgen, behandelen en ondersteunen

in zijn vertrouwde thuisomgeving. Ik vraag uw bijzondere aandacht voor de cirkel van gezondheidszorg en die van welzijn die elkaar overlappen in het centrum waar de persoon zich bevindt. In elk van de cirkels moet geïnvesteerd worden om te kunnen spreken van een goede organisatie van de ondersteuning.

Hier wil ik samen met jullie een eerste punt maken: ons zorgaanbod moet nog meer vraaggestuurd kunnen werken en een geïntegreerd antwoord kunnen bieden om complexe zorg aan te kunnen. Kwaliteitsvolle zorg aan een ouder wordende populatie kan niet meer aangeboden worden vanuit één koker of vanuit één discipline. Continuïteit en een integrale zorg zijn essentiële kenmerken geworden van kwaliteitsvolle zorg.

Om de doelstellingen van onze eerstelijnszorg te expliciteren, maak ik graag gebruik van 'de **Quadruple Aim**', een formulering die werd aangereikt vanuit de wetenschappelijke reflectiekamer:

1. verbeteren van de zorg zoals die door de **persoon** met een zorg- en ondersteuningsnood wordt ervaren;
2. verbeteren van de gezondheidstoestand en het welbevinden op **bevolkingsniveau** met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid van het zorg- en ondersteuningsaanbod en sociale rechtvaardigheid,
3. het realiseren voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood van **meer "waarde"** op het vlak van gezondheid en welzijn met de ingezette personele en financiële middelen
4. ervoor zorgen dat **professionelen** in de zorg hun werk op een goede en duurzame manier kunnen doen.

De transitie die ons zorgsysteem moet doormaken om deze doelstellingen te halen is geen typisch Belgisch of Vlaams vraagstuk. Over heel de wereld zijn professionele zorgverleners en overheden op zoek naar nieuwe formules en aanpassingen van hun zorgsysteem.

3 HET MOMENTUM

In een wereld in verandering moeten systemen zich altijd aanpassen aan een wijzigende omgeving. Om de Nobelprijswinnaar Literatuur Bob Dylan te citeren: "*there is nothing so stable as change*".

Uit de gesprekken die ik tot dusver heb mogen voeren en uit de toetsingsrondes, meen ik een bereidheid, zelfs een vraag tot verandering te hebben gehoord alsook de oproep naar een duidelijke marsrichting.

U weet dat gedragspsychologen ons leren dat verandering weerstand oproept. Want verandering staat mogelijk gelijk met controleverlies of met de perceptie van het niet erkennen van wat mensen tot dusver gedaan en gepresteerd hebben. Laat hier geen misverstand over bestaan: wanneer ik het zo dadelijk over veranderingen zal hebben dan is dat niet om afbreuk te doen aan wat organisaties en hun medewerkers tot dusver hebben gerealiseerd. Zeker niet.

Maar we moeten vanuit het beleid en samen met alle belanghebbenden de zaken en wat op ons afkomt aan uitdagingen in een breder kader durven bekijken:

- Er is vooreerst de zesde staats hervorming en de inkanteling van de nieuwe bevoegdheden: er komen tientallen organisaties bij die in de eerste lijn actief zijn en voortaan onder de Vlaamse bevoegdheid vallen en dus middelen uit de Vlaamse begroting krijgen. Hier liggen kansen voor meer ‘waardecreatie’ met dezelfde middelen in de ondersteuning van de eerste lijn (cfr. Quadruple Aim). Er dienen zich ook mogelijkheden aan om de fragmentatie van de eerste lijn te overstijgen of minstens te reduceren. Maar ook om dwarsverbanden te leggen tussen preventie en curatie, tussen geestelijke gezondheidszorg en somatische gezondheidszorg, tussen welzijn en gezondheid.
- Er is, en dat is een belangrijk tweede opportuniteit, de hervorming van het ziekenhuisbeleid dat op stapel staat bij mijn federale collega Maggie De Block. De vorming van klinische netwerken, waarbij ziekenhuizen uit een regio van ongeveer 400 000 inwoners zich groeperen om progressief een gezamenlijk beleid en beheer te ontwikkelen is een beleidsmaatregel met een enorm impact. Ik steun dit initiatief ten volle omdat het de sleutel is tot een meer doelmatige uitbouw van het ziekenhuisaanbod in Vlaanderen. Want de behoefte aan ziekenhuisbedden krimpt, samen met de verblijfsduur, terwijl het ambulante aanbod groeit. Tegelijkertijd laat deze hervorming toe om de eerste en de tweede lijn, de generalistische basiszorg en –ondersteuning en de specialistische zorg beter met elkaar te verbinden en samen te werken.
- Ten derde, de technologische revolutie die in al haar snel opeenvolgende etappes ons blijft verwonderen en meesleept in een verhaal van nieuwe communicatievormen en innovatie op vlak van diagnostiek en behandeling. Denk maar aan de sensationele ontwikkelingen op vlak van medische beeldvorming, de telemonitoring en de online therapie. Maar ook op vlak van zelfversterking van de persoon met een zorgnood die met enkele toetsbewegingen vanop zijn mobiel toestel inzage verwacht in zijn persoonlijke gegevens. De Vlaamse overheid heeft op dit vlak haar steentje bijgedragen door te investeren in het Vitalinkplatform dat gegevensdeling tussen de zorg- en welzijnsactoren in de eerste lijn en met de persoon met een zorgnood technisch mogelijk maakt.

We bevinden ons op een kruispunt. Er is nu een unieke gelegenheid, het momentum, om de eerste lijn te versterken en te wapenen tegen de schokgolven van de toekomst. Wanneer we hier allemaal aan meewerken dan komt Vlaanderen in de kopgroep te zitten van regio’s waar welzijn en gezondheid samenwerken rond de persoon met een zorgnood. Waar de muur tussen de “social care” en de “health care” wordt gesloopt en de eerste en de tweede lijn naadloos in elkaar overvloeien.

4 DE VERANDERINGEN

Laat ons nu de gewenste veranderingen onder de loep nemen en daarbij het cirkelmodel volgen en beginnen in het centrum bij de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood.

4.1 PERSOON MET ZORG- EN ONDERSTEUNINGSNOOD EN ZIJN MANTELZORGER

Veranderingen moeten gevoed worden door waarden. Respect voor de autonomie van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood vormt het uitgangsprincipe. De zorgverlening zoals die door de persoon met een zorg-en ondersteuningsnood subjectief wordt ervaren en beleefd, moet in de toekomst kunnen gehandhaafd en zo mogelijk verbeterd worden.

Bij personen met complexe en chronische zorgnooden moet ‘genezing’ als objectief meestal plaats ruimen voor een zo goed mogelijk ingevulde ‘levenskwaliteit’. Die gewenste levenskwaliteit moet in

samenpraak met de zorgaanbieders kunnen geformuleerd worden in de vorm van **persoonlijke zorgdoelen** en in een gedeeld **zorg- en ondersteuningsplan** terechtkomen.

Om die autonomie te versterken moet er levenslang gewerkt worden aan het verwerven van **gezondheidsvaardigheden**: toename van kennis over wat impact heeft op gezondheid en welzijn, over het belangrijk zijn van een gezonde levensstijl, over het goed gebruik van het zorg- en ondersteuningsaanbod.

Het opnemen van de regierol door de persoon met een zorgnood zelf in complexe en chronische zorgprocessen - of het **zelfmanagement** - is, vanuit dit oogpunt van autonomie bekeken, de ideale situatie. Maar we weten dat dit vaak, en zeker bij personen met een aftakeling van de cognitieve functies, niet meer kan. Dan moet de regierol van de **mantelzorger** als vertrouwenspersoon ten volle gerespecteerd worden. Informele zorgverleners (familie, vriend, buur, vrijwilliger als mantelzorger) moeten op een gelijkwaardige positie als de professionele hulpverleners geplaatst worden wanneer het gaat om de zorgregie rond de persoon.

Het **Vlaams mantelzorgplan** is gebouwd op de volgende vier assen en wil die positie van de mantelzorger versterken:

- Door maatschappelijk erkenning en waardering van mantelzorgers
- Door het ondersteunen van mantelzorgers
- Door samenwerking tussen mantelzorger en professionele zorg vanzelfsprekend te maken
- Door specifieke aandacht te geven aan de jonge mantelzorger

Personen met een zorgnood en hun mantelzorgers zoeken vaak naar informatie. Er is dan ook een structurele nood aan een bereikbare, laagdrempelige, lokale onthaalfunctie waar zij terecht kunnen voor alle nuttige, objectieve informatie over hun ondersteuningsvragen. Bijvoorbeeld vragen over beschikbaarheid van het aanbod, hun rechten en mogelijkheden op dienstverlening en tegemoetkomingen of inhoudelijke informatie gerelateerd aan hun zorgnood.

In Vlaanderen hebben de Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW), de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) en de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen een onthaalopdracht die decretaal vastligt. Elk van deze organisaties heeft specifieke expertise opgebouwd. We bundelen deze expertise in een samenwerkingsverband **geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal**. De dienst- en hulpverlening aan zorgvragers en hun mantelzorgers wordt ingebed in de opdrachten van dit geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal, waardoor zowel welzijns- als gezondheidsaspecten worden benaderd vanuit het perspectief van een maximale toegang tot zorg en toekenning van rechten. Voor elke Vlaming moet de laagdrempelige toegang tot eerstelijns welzijns- en gezondheidsaanbod gewaarborgd zijn. Het geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal voert ook een inclusief beleid voor mensen met vaak voorkomende en matige psychische problemen. Er gaat bijkomende aandacht naar personen in kansarmoede, geïnspireerd op het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding (2015), dat het belang van toegang voor mensen in armoede tot de zorg beklemt.

Het geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal vormt een deel van het zorgaanbod en treedt op vanuit een outreachende en een proactieve benadering. Het draagt bij aan de autonomie van de persoon om zijn zelfmanagement op te nemen.

Het is de verantwoordelijkheid van het **lokaal bestuur** (of samenwerkende besturen) dat het samenwerkingsverband tussen de betrokken actoren van het geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal daadwerkelijk wordt gerealiseerd.

Momenteel lopen er elf pilootprojecten geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal.

4.2 BUURTZORG EN VERMAATSCHAPPELIJING VAN DE ZORG

Personen met een chronische zorgnood of verminderd zelfzorgvermogen wensen meestal zo lang mogelijk thuis te blijven. Het kunnen realiseren van deze wens wordt vaak mogelijk gemaakt door een waaier van ondersteuningsvormen van informele en professionele zorgverleners. Buren en vrijwilligers die zich inzetten vormen een kostbare schakel tussen de persoon met een chronische zorg- en ondersteuningsnood en de samenleving waaraan hij zolang mogelijk volwaardig moet kunnen participeren. Vereenzaming en sociaal isolement moeten tegengegaan worden. De vermaatschappelijking van de zorg, die zich al een tijd voltrekt en dan voornamelijk in de geestelijke gezondheidszorg, heeft ook 'een achterkant': wij zullen met de eerste lijn meer aandacht moeten hebben voor mensen die instellingen verlaten en voor aanklampende hulp voor fragiele mensen.

Vrijwilligers en mantelzorgers moeten kunnen steunen op voorzieningen in de buurt die hun inzet draaglijker maken. Lokale dienstencentra, minder mobiel centrales voor vervoer, centra voor dagverzorging, maar ook vrijwilligers in de oppashulp kunnen de mantelzorger wat respijt en tijd gunnen voor zichzelf.

Buddysystemen met gemotiveerde vrijwilligers voor mensen met problemen op vlak van geestelijke gezondheid kunnen hun reïntegratie in de samenleving vergemakkelijken. Aangepaste woonvormen kunnen in de buurt sociale effecten sorteren omdat ze huisvesting betaalbaar maken. Initiatieven op vlak van arbeidszorg kunnen een zinvolle invulling bieden voor personen met beperkingen die zich niet meer op de reguliere arbeidsmarkt kunnen begeven.

Maar ook andere zorgactoren worden aangemoedigd om zich buurtgericht te organiseren. Ook binnen de Huizen van het Kind wordt ingezet op een sterke samenwerking tussen lokale actoren en de lokale gemeenschap om interventies op te zetten die gezondheidsongelijkheid verminderen en het aanbod toegankelijk maken. Ook in de hertekening van de ouderenzorg moeten we meer inzetten op een buurtgerichte aanpak.

Lokale besturen spelen een cruciale rol in de ontwikkeling van buurtzorg. Hun ervaringen zijn erg belangrijk om de weg te tonen naar een goede aanpak voor de verdere ontwikkeling.

4.3 PROFESSIONELE ZORGVERLENERS

Professionele zorgaanbieders vormen de basispijler van de eerste lijn. Huisartsen, tandartsen, verpleegkundigen, vroedkundigen, apothekers, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, psychologen, diëtisten, verzorgenden, podologen, sociaal werkers ... vormen de basis van de eerste lijn in Vlaanderen.

Allemaal spelen ze een essentiële rol in de zorg voor de persoon met een zorgnood. Elk vanuit hun eigen expertise en capaciteiten. Ze zorgen voor begeleiding en advies vanaf de geboorte tot aan de laatste levensdagen. Vanuit een generalistische kijk op de zorgnoden leveren zij de best passende zorg zelf of zorgen zij voor een gerichte doorverwijzing naar een meer specialistische zorg.

Het is een belangrijke waarde die in de Quadruple Aim vervat zit: de jobsatisfactie van professionelen in de zorg die hun werk op een goede en duurzame manier kunnen verrichten.

4.4 MEER PREVENTIE

In de gezondheidsconferentie over 'gezond leven' van december laatstleden werd beslist om ook in onze preventiestrategieën meer gecoördineerd in te zetten in levensdomeinen, zoals werk en onderwijs. Ook de mogelijkheid om in te zetten op een gezonde levensstijl bij en via actoren in 'zorg en welzijn' werd weerhouden.. Vanuit de LOGO-werking van de regionale zorgzone zullen zorgaanbieders in de eerste lijn en hun zorggraad uitgenodigd worden om de nodige acties op preventievlak te ondernemen of te promoten.

4.5 EEN MULTIDISCIPLINAIR ZORGTEAM MET EEN ZORGCOORDINATOR

Er is in de voorbereidende werkgroepen veel gediscussieerd over de noodzaak aan al dan niet vaste zorgteams of zorgnetwerken in de eerste lijn. Want complexe zorg vereist de inbreng van zorg vanuit verschillende disciplines. De vrije keuze van de patiënt is en blijft het uitgangspunt. Het zorgteam moet mét de persoon met een zorgnood en de mantelzorger op maat kunnen samengesteld worden om de zorgdoelen op een zo goed mogelijke manier na te streven.

De overheid gaat geen verplichte samenwerkingsverbanden opleggen. Wel wordt een sterke interprofessionele en ontkokerde samenwerking van de zorgaanbieders in de eerste lijn verwacht om de kwaliteit van zorg in het algemeen en de continuïteit in het bijzonder te kunnen verzekeren. Want er is wetenschappelijke evidentie dat nauwe, interdisciplinaire samenwerking leidt tot betere zorg. Het proces waarbij zorgaanbieders zich op een spontane wijze in een duurzaam **samenwerkingsverband** gaan positioneren zal gestimuleerd worden maar niet door een keurslijf van regels op te leggen aan de sector.

De complexiteit van een chronisch zorgproces kan de inzet van meerdere zorgactoren noodzakelijk maken en dan is enige **coördinatie** van het zorgteam aangewezen. Zo kan het noodzakelijk zijn dat er een virtueel of fysiek overleg wordt georganiseerd, dat de gemaakte afspraken opgevolgd worden, dat de inzet van het zorgteam met de persoon met een zorgnood geëvalueerd wordt, dat de brug gemaakt wordt tussen eerste lijn en gespecialiseerde zorg.

Ieder lid van het zorgteam rond een persoon kan deze rol van zorgcoördinator opnemen, ook de persoon met zorgnood zelf of zijn mantelzorger. Het gaat dus om een *rol* die opgenomen wordt en geen nieuwe *discipline*. De zorgcoördinator treedt nooit in de plaats van een andere zorgaanbieder uit het zorgteam. Zo blijft, bijvoorbeeld, de verantwoordelijkheid voor het medisch gebeuren altijd bij de huisarts liggen. De rol van zorgcoördinator moet een evident onderdeel worden van de uitoefening

van het zorgberoep. Afhankelijk van de ligging van het zwaartepunt in de zorgdoelen kan een bepaald lid van het zorgteam of discipline meer of minder aangewezen zijn om de rol van coördinator op te nemen (bv. meer sociale problematiek, meer psychische problematiek,...).

4.6 CASE MANAGEMENT

De **case managementfunctie** is van een andere orde en strikt voorbehouden aan personen met een grote en zeer complexe zorg- en ondersteuningsnood waarbij de zorgcoördinatie door een lid van het multidisciplinair zorgteam (al of niet tijdelijk) ontoereikend is geworden. De case manager kan nooit in actie treden zonder dat de vraag daartoe is gesteld vanuit het zorgteam. Het gaat dus om situaties waarbij de zorgcoördinatie uit de hand loopt en de werking van het zorgteam 'in de soep draait' zoals Ilse Weeghmans dat zo mooi benoemt. De persoon met een zorgnood kan, bijvoorbeeld, zorg weigeren of zijn vertrouwen opzeggen in het zorgteam. Of de situatie kan dermate complex worden dat hulp van buitenaf noodzakelijk wordt.

Het gaat om een *tijdelijke* ondersteuning van het zorgteam waarbij de **case manager** een deskundige is die geen deel uitmaakt van dit zorgteam maar wel een neutrale positie ten aanzien van de zorgsituatie kan innemen. Een goede voeling met de praktijkvoering is noodzakelijk. Het kan gaan om een zorgaanbieder die (deels) is vrijgesteld om de case managementfunctie op te nemen. Maar ook een oudere professional die zijn activiteiten afgebouwd heeft of aan het afbouwen is of iemand die hiervoor een specifieke opleiding genoten heeft kan in aanmerking komen.

De voorwaarden waaronder deze functie kan opgenomen en gefinancierd wordt, zullen in samenspraak met de sector bepaald worden.

4.7 DE EERSTELIJNSZONE

Bij de reorganisatie van het eerstelijnslandschap wordt uitgegaan van het principe dat de ondersteuning van de zorgaanbieders best zo dicht mogelijk bij de persoon met een zorgnood en zijn zorgteam wordt gesitueerd.

In de **eerstelijnszone** komt het zwaartepunt te liggen van de ondersteuning van de praktijk of de dienstverlening en van de intersectorale samenwerking tussen lokale besturen, welzijn en gezondheid. De eerstelijnszone is de geografische omschrijving van een gebied dat om en bij de 75 000 tot 125 000 inwoners omvat. Lokale besturen en de zorgaanbieders die er hun zorg- en dienstverlening ontwikkelen werken er samen (o.a. in een geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal) en nemen verantwoordelijkheid op voor de populatie van die eerstelijnszone. Dit komt neer op een zestigtal eerstelijnszones in Vlaanderen.

Er is het bestaande zorgregiodecreet dat Vlaanderen indeelt in een zestigtal kleinstedelijke zones. Er is ook werk afgeleverd over de mogelijke afbakening van de eerstelijnszones door Domus medica en door de voorbereidende werkgroep. Er werd een appel gedaan om hierop feedback te geven waarop zeer gretig ingegaan is. Maar op dit moment is er hierover nog niets beslist.

Het laten samenvallen van werkgebieden en doelpopulaties van verschillende organisaties en diensten in de eerste lijn op het niveau van een eerstelijnszone heeft tot doel om synergie te genereren maar ook om efficiëntiewinsten te kunnen boeken op vlak van organisatie, logistiek en vergadertijd.

De indeling in eerstelijnszones staat uiteraard los van de keuzevrijheid van de persoon met een zorgnood om zorg te gebruiken buiten deze zone.

De taken van zo'n eerstelijnszone zullen progressief opgenomen en ondersteund moeten worden want ze zijn omvangrijk:

- Het ondersteunen van de kringwerkingen van professionele zorgberoepen die actief zijn in de eerstelijnszone en het actief betrekken en ondersteunen van mantelzorgers bij de werking van de eerstelijnszone;
- Stimuleren van de interdisciplinaire samenwerking tussen de zorgaanbieders in zorgteams.
- Stimuleren van de interdisciplinaire samenwerking tussen de zorgaanbieders op het niveau van de eerstelijnszones. Afstemmen van preventie (Huizen van het Kind, CLB, bedrijfsgezondheidszorg, milieugezondheidszorg..) en curatie en van welzijns- en gezondheidssector op het niveau van de eerstelijnszone;
- De eerstelijnszone heeft ook een taak op populatieniveau voor wat betreft het afstemmen van de lokale zorgvraag en een toegankelijk, efficiënt en kwalitatief aanbod:

De eerstelijnszone zal aangestuurd worden door een **zorgraad**. In deze zorgraad zetelen vertegenwoordigers van verschillende zorgdisciplines, van woonzorgcentra en diensten gezinszorg, CAW en diensten maatschappelijk werk, van lokale besturen en van zorggebruikers en mantelzorgers, met bij voorkeur een lokale huisarts als voorzitter.

Er is in het traject dat deze conferentie heeft voorbereid zeker consensus gegroeid over de noodzaak om in te zetten op deze zones. Maar tegelijkertijd is er ook heel wat debat ontstaan over de concrete afbakening van de zones. Laat me duidelijk zijn: de overheid gaat dit in eerste instantie niet top down opleggen. Maar we gaan er ook geen onduidelijkheid over laten bestaan: het zonale niveau zal in de volgende jaren steeds nadrukkelijker erkend én ondersteund worden.

De uiteindelijke verantwoordelijkheid om te komen tot erkende – en dus te ondersteunen – eerstelijnszones ligt bij de lokale actoren. Er zal dit jaar een oproep vertrekken vanuit Brussel waarbij alle belanghebbenden worden aangeschreven en de kans krijgen om samen een gedragen voorstel van afbakening van eerstelijnszone en van concrete samenwerking te formuleren. Er zullen een aantal criteria, waaraan eerstelijnszones moeten voldoen, worden opgenomen in deze oproep. Eén van die criteria zal uiteraard ook betrekking hebben op de consistentie van het voorstel en met de inpasbaarheid ervan in het geheel van de Vlaamse eerstelijnszones.

Zodra een eerstelijnszone aan een aantal criteria voldoet, zal een - aanvankelijk beperkte - personele ondersteuning aan de zorgraad toegekend worden. Het is de bedoeling dat onder meer Samenwerkingsinitiatieven Eerste lijn, Geïntegreerde Diensten Thuiszorg en de Lokaal Multidisciplinaire Netwerken deze personele middelen aanleveren.

Voor die eerstelijnszones waar de partners er niet in slagen om een gedragen voorstel te formuleren, blijven de bestaande organisaties voorlopig een aantal ondersteunende taken opnemen.

Flanders Synergy is bereid om 2 (toekomstige) eerstelijnszones te begeleiden in het opnemen van hun taken, oprichten van een zorgraad, ophijsten van valkuilen, enz. We doen dus vandaag reeds een oproep naar 'consensusgebieden' om in te tekenen op deze oproep. Hun ervaring zal voor ons de weg banen naar een brede oproep voor eerstelijnszones later dit jaar.

4.7.1 De regionale zorgzone

Ondersteuning en expertise vergen soms een voldoende kritische massa of strekken zich uit over verschillende actiedomeinen. Een opsplitsing en verdunning van expertise kan de performantie en expertise verzwakken. Dan komt een hoger niveau van ondersteuning in het vizier dan de eerstelijnszone. Ondersteuning inzake palliatie, preventie, dementie en geestelijke gezondheidszorg worden daarom gesitueerd op het niveau van een **regionale zorgzone** dat een gebied omschrijft van om en bij de 400 000 inwoners. Het is de bedoeling dat meerdere eerstelijnszones passen in één regionale zorgzone.

Dit impliceert dat de LOGO's, palliatieve netwerken en samenwerkingsverbanden en de multidisciplinaire begeleidingsequipes, de expertisecentra dementie en de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg gaandeweg zullen migreren naar één rechtspersoon op het niveau van de regionale zorgzone. Ook hier zijn efficiëntiewinsten te boeken.

Deze regionale zorgzones scharnieren met de logische zorggebieden van klinische netwerken van ziekenhuizen uit een regio mede in functie van een goede ondersteuning van de eerstelijns door een regionaal specialistisch aanbod.

Het concept van klinische netwerken van ziekenhuizen werd vorig jaar in breed overleg met de sector uitgewerkt en goedgekeurd in de Vlaamse Regering in de visietekst 'nieuw Vlaams Ziekenhuislandschap'.

Federaal minister De Block is momenteel in overleg met de gemeenschappen deze concepten aan het uitwerken. De regionale zorgzone moet het platform worden waar eerste en tweede lijn elkaar ontmoeten en samenwerken.

De opdrachten van een regionale zorgzone kunnen als volgt worden opgevat:

- De *expertise inzake palliatie, dementie, geestelijke gezondheidszorg en preventie* ter beschikking stellen – maar niet exclusief - van de eerstelijnszone en de zorgaanbieders die er werkzaam zijn.
- De opmaak van een *regionaal zorgstrategisch plan*, waarin de nood aan basiszorg op de eerste en de tweede lijn wordt gedocumenteerd. Vanuit de overheid worden de nodige gegevens aangeleverd. Een uitgetest sjabloon, een gevalideerde werkwijze en getrainde gespreksleiders zullen de opmaak van een regionaal zorgstrategisch plan faciliteren. De overheid verwacht dus dat er vanuit het zorgveld - over kokers heen - wordt nagedacht over de ontwikkeling van het gewenste basiszorgaanbod in de regio, gebaseerd op de objectiveerbare noden van de populatie.
- *Proefprojecten, vormingen en wetenschappelijk onderzoek* die betrekking hebben op een betere organisatie van de zorg, ondersteunen.
- *Problemen en knelpunten*, die door een eerstelijnszone worden gesignaleerd en waarvoor een oplossing op het niveau van een regionale zorgzone kan gevonden worden, aanpakken.

4.8 BRUSSEL

In het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad wordt de regionale zorgzone ondersteund door het Huis voor Gezondheid in samenspraak met de Vlaamse Gemeenschapscommissie en de administratie coördinatie Brussel. Met deze partners dient onderzocht of nieuwe regelgeving voor de eerste lijn aparte Brusselparagrafen moeten bevatten om rekening te kunnen houden met de specifieke situatie van de populatiesamenstelling en van de zorgactoren in Brussel. Ook de bijzondere institutionele context vraagt een aparte benadering van Brussel.

4.9 MEER GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

De afgelopen jaren heeft Vlaanderen geëxperimenteerd met de eerstelijnspsychologische functie. De evaluatie was zeer positief wat hun mogelijk rol als bereikbare generalistische basiszorgverlener op vlak van geestelijke gezondheidszorg betreft. De erkenning en de terugbetaling van hun prestaties is evenwel een federale bevoegdheid.

De overlegplatforms geestelijke gezondheid die zullen overgaan in de regionale zorgzone zullen er een brugfunctie kunnen vervullen tussen de eerste lijn en de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en kunnen bijdragen aan de zorgstrategische planning.

4.9.1 Op Vlaams niveau: van Samenwerkingsplatform tot een Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn

Na de vorige eerstelijnsconferentie van eind 2010 werd het Samenwerkingsplatform Eerste Lijn opgericht, waarin vertegenwoordigers van zowat alle belanghebbenden elkaar hebben leren kennen en ontmoeten om er onderwerpen van collectief belang te bespreken.

De werkgroepen van deze conferentie en de wetenschappelijke reflectiekamer hebben het voorstel geformuleerd om een **Vlaams Instituut voor de Eerste lijn** op te richten. In zo'n Instituut kan de nodige kennis en expertise worden samengebracht die de brede eerste lijn kan ondersteunen. De werking ervan zal afhankelijk zijn van overheidsmiddelen en een sterke band met de overheden op alle niveaus is noodzakelijk.

De taken die aan dit Instituut worden toegekend, kunnen de volgende zijn:

- Het publiek ter beschikking stellen van een volledig en actueel overzicht van het zorgaanbod, gebaseerd op gevalideerde data; De sociale kaart en Zorgzoeker zullen hiervoor verder versterkt en aangevuld worden.
- Het ondersteunen van een vormingsbeleid en de uitwerking van vormingspakketten, onder meer het bevorderen van de ICT-deskundigheid van zorgaanbieders.
- Het stimuleren van innovatie en ondersteuning bieden in de uitvoering ervan in samenwerking met Flanders' Care;
- Het voorstellen van wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot eerstelijnsmateries;
- Het formuleren van voorstellen inzake gezondheids- en welzijnsdoelstellingen waar overheid, regionale zorgzones en eerstelijnszones mee aan de slag kunnen;
- Het samenwerken met het Vlaams Instituut voor Kwaliteit in de Zorg bij de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor de eerste lijn;
- Het uitwerken van een transparant klachtenbeleid in samenwerking met de belanghebbenden;

- Het faciliteren en begeleiden van de regionale zorgzones in de opmaak van de regionale zorgstrategische planning.

Ook het **Vlaams Expertisepunt Mantelzorg** zal ingebed worden in dit Instituut. Het is de bedoeling om laagdrempelige informatie te ontsluiten voor mantelzorgers en de persoon met een zorgnood, maar ook voor professionelen en voor de burger in het algemeen.

Ook het **project éénlijn.be** kan structureel en duurzaam verankerd worden in het Instituut, evenals het **Samenwerkingsplatform voor de Eerste Lijn**.

5 DE RANDVOORWAARDEN

Veranderingen kunnen enkel wortel schieten indien een aantal randvoorwaarden worden ingevuld. Ik raak hierna de voornaamste randvoorwaarden aan zonder er uitvoering op in te gaan:

5.1.1 Basisopleiding en permanente vorming

Tijdens de basisopleiding van zorgaanbieders moet er aandacht uitgaan naar de vaardigheden, instrumenten en attitudes om een geïntegreerde zorg en een interdisciplinaire samenwerking te kunnen neerzetten. Vertrouwdheid met e-zorg is cruciaal.

Er is ook aandacht nodig voor de fysieke, psychosociale, etnisch-culturele en financiële drempels die personen met een zorgnood kunnen ervaren. Zorgaanbieders moeten probleemloos hun weg vinden in gegevens over de beschikbaarheid van het zorgaanbod. Ik zal in contact treden met mijn collega, bevoegd voor Onderwijs, om de mogelijkheden op dit vlak te overlopen.

5.1.2 Voldoende capaciteit

De instroom van voldoende menskracht in de zorgsector is essentieel. We werken aan de uitvoering van het actieplan 3.0 'Werk maken van werk in de zorg'. Een brede instroom in de studierichtingen voor zorgberoepen moet in de toekomst open blijven.

We willen eveneens zorgen voor een goed doordacht organiseren van opleiding van nieuwe gezondheidszorgberoepen, die het mogelijk maken om een taakherschikking, via het principe van de subsidiariteit, te realiseren. Dit is ook een belangrijk gegeven om de zorg kostenefficiënt en betaalbaar te houden, maar ook om tekorten op te vangen. Zo kunnen bv. 'praktijkassistenten' bij tandartsen en huisartsen ingezet worden of zorgkundigen om verpleegkundigen te ontlasten. De federale overheid heeft daaromtrent een grondige hervorming aangekondigd via de hervorming van het KB78 die we vanuit Vlaanderen nauwgezet opvolgen.

5.1.3 Ondersteuning van praktijkvormen

Het nut van wijkgezondheidscentra in kansarme wijken met een doelpubliek dat sociaal-economisch zwakker scoort, staat buiten kijf. Zij ontvangen VIPA-subsidies vanuit Vlaanderen voor bouw of verbouwingwerken. Het Impulsfonds voor huisartsen laat administratieve praktijkassistentie, een beperkte renteloze lening en een vestigingspremie in huisartsenarme zones toe.

Meerdere modellen van samenwerking tussen zorgaanbieders blijven mogelijk. Innovatieve samenwerkingsvormen moeten ondersteund worden. De Federatie van Vrije Beroepen voert momenteel de opdracht uit om modellen van geïntegreerde praktijkvoering uit te werken voor zelfstandige zorgverstrekkers. waarin volgende aspecten aan bod komen: juridische implicaties, deontologische, financiële, organisatorische en persoonlijke aspecten, kwaliteit en deelname en keuzevrijheid van de persoon met een zorgnood.

We zullen ook onderzoeken hoe de bestaande instrumenten en stimuli, zoals VIPA-ondersteuning en de impulspremie (Impulsfonds) verder kunnen worden aangewend binnen de eerste lijn, bijvoorbeeld om vestiging en samenwerking in regio's met capaciteitsproblemen te bevorderen. Ook de mogelijkheden en voorwaarden om de huidige tegemoetkoming voor administratieve ondersteuning uit te breiden naar andere disciplines in de praktijk, zullen bekeken worden en dit met het oog op het mogelijk maken van meer geïntegreerde zorg en interdisciplinaire samenwerking. Ook elektronische gegevensdeling en stagebegeleiding kan gestimuleerd worden via criteria voor de toekenning van bovenstaande tegemoetkomingen. Maar laat over Impulseo en het Impulsfonds voor huisartsen geen misverstand bestaan: we houden wat er thans bestaat maar we gaan na of uitbreiding mogelijk is.

- > We zullen ook de sociale kaart en Zorgzoeker aanpassen zodat de nodige transparantie bestaat over het aanbod aan zorgaanbieders en organisaties.
- > En via de dienstverleners van de KMO-portefeuille zullen startende zorgverleners bij het uitbouwen van een eigen zaak ondersteund worden.
- >

5.1.4 Financiering van de eerste lijn

Het is duidelijk dat de financiering van de eerste lijn nog steeds grotendeels gebeurt vanuit het federale overheidsniveau, met name het RIZIV. In 2017 wordt via de ziekteverzekering een uitgave begroot van 4.3 miljard euro voor Vlaanderen. 2/3 daarvan gaat naar honoraria van zorgverstrekkers en 1/3 naar de terugbetaling van geneesmiddelen in de apotheek en de daarmee verbonden vergoedingen.

De Vlaamse overheid draagt 2.77 miljard euro bij in 2017. Het overgrote deel daarvan gaat naar de woonzorg (gezinszorg en residentiële ouderenzorg). Het is duidelijk dat we de eerste lijn alleen maar stevig kunnen uitbouwen en versterken als er een intense afstemming is tussen beide bestuursniveaus en onze budgettaire inspanningen op elkaar afgestemd zijn.

5.1.5 Een digitale eerste lijn

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

5.1.6 Innovatie en ondernemerschap

Ook in de organisatie van de eerste lijn moeten we inzetten op innovatie. In de pilootprojecten geïntegreerde zorg kunnen zorgaanbieders zelf experimenteren met alternatieve vormen van financiering en samenwerking in de zorg. In samenwerking met de Vlaamse Bouwmeester zal er ook een tweede generatie projecten van start gaan die gericht zijn op kleinschalige zorgprojecten binnen een netwerk op schaal van de buurt.

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

5.1.7 Kwaliteit van zorg

De eerste lijn mag geen achterblijver zijn in het meten van de kwaliteit van de geleverde zorg via kwaliteitsindicatoren. Enkel in de ouderenzorg gebeuren er systematische kwaliteitsmetingen die publiek worden gemaakt. De oprichting van het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg zal de denktank en de gegevensbank worden in verband met kwaliteitsindicatoren voor de eerste lijn in samenwerking met het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn.

Het klachtenmanagement vormt een complementair onderdeel van het kwaliteitsbeleid. Klachten over de beroepsuitoefening van zorgverleners vallen echter onder de federale bevoegdheid. Klachten over zorg- en bijstandsverleners vallen wel onder de Vlaamse bevoegdheid. Dat geldt ook voor klachten over de organisatie en de werking van de eerste lijn.

6 DE OVERGANG

Deze conferentie is een eerste stap in een gans proces. De realisatie van de zonet geschetste ambitieuze doelstellingen zal meerdere jaren vergen en deze legislatuur overschrijden.

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

We hebben het slot van mijn toespraak en van deze conferentie bereikt.

Dankwoord:

- Werkgroepvoorzitters en de leden van de werkgroepen (olv Roel Van Giel, Ilse Weeghmans, Johan Hellings, Dirk Ramaekers, Guy Tegenbos en Joris Voets)
- Voorzitter, rapporteur en leden-academici van de wetenschappelijke reflectiekamer
- Medewerkende organisaties aan de provinciale toetsingsronde
- De procesbegeleider Möbius: Sarah Misplon en Sofie Deconinck
- De sprekers en de panelleden van vandaag en onze dagmoderator Marleen Finoulst
- Congresbouwer Conrad

- Team eerste lijn van het agentschap Zorg en Gezondheid: Danielle Massant, Karen Fredrix, Anneleen Craps, Rudi Overloop en Bob Ide, afdelingshoofd Tom Vermeire en leidend ambtenaar Dirk Dewolf
- Caroline Verlinde, mijn adjunct-kabinetchef zorg
- Iedereen die heeft meegewerkt door een of andere vorm van inbreng
- Het publiek

We beseffen allemaal dat een ingrijpend veranderingsproces tijd en energie kost en niet van vandaag op morgen kan gerealiseerd worden. Het tijdsvenster van deze reorganisatie van de eerste lijn loopt tot 2025. Net zoals een participatief traject werd uitgestippeld voor het voorbereidingstraject zal in het natraject voldoende overlegd worden met de betrokken sectoren in de eerste lijn. Het zal niet lukken wanneer niet iedereen een stukje mede-eigenaar wordt van deze reorganisatie. Als we een sterke eerste lijn willen – en de WGO beveelt ons dat ten sterkste aan – dan zal iedereen mee moeten gaan in het veranderingsproces.

Ik heb gepoogd de richting van de verandering aan te geven. Die zou duidelijk moeten zijn. U ontvangt bij het buitengaan een tekst waarin dit alles is neergelegd. Deze tekst staat morgen ook geagendeerd ter bespreking op de zitting van onze Vlaamse Regering. Zoals het hoort zal de regering vervolgens het formele advies vragen van de strategische adviesraad en van het Samenwerkingsplatform Eerste Lijn, waar, samen met de sector, de opvolging zal gebeuren van het transitieproces.

Ik besef dat ondersteuning van de veranderingsprocessen nodig zal zijn en wil op zoek gaan naar middelen binnen de voorziene begroting om die steun te kunnen bieden.

Een aanzienlijk aantal personen onder u zullen met vragen zitten over de toekomst van hun organisatie en dat is meer dan begrijpelijk. Daarom zal ik in mijn agenda in de komende maanden tijd vrijmaken hun afvaardigingen te ontvangen en te woord te staan om samen met mijn kabinet en met het agentschap te werken aan een warme overgang.

We zullen dus met onze administratie onze uiterste best doen om de hervorming van de eerste lijn in Vlaanderen op het juiste spoor te zetten, maar voor een goede afloop is jullie medewerking meer dan nodig.

Positief denken dus: samen kunnen we de uitdagingen van de toekomst aan en zullen we hier sterker uitkomen.

Allen op één lijn voor een sterke eerste lijn!

Jo Vandeurzen
Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin