

# 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](mailto: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         |
| <b>1. De persoon met een zorg- en ondersteuningsbehoefte in het centrum .....</b>  | <b>10</b> |
| 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        |
| <b>2. Ondersteuning van zorgaanbieders .....</b>                                   | <b>17</b> |
| 2.1. Eerstelijnszone .....   | 17        |
| 2.2. Regionale zorgzone.....   | 20        |
| 2.3. Vlaams instituut voor de eerste lijn .....                                    | 20        |
| <b>3. Randvoorwaarden .....</b>  | <b>22</b> |
| 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 mantelzorg 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 dichteren.
- 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, beroeps-groepen, 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 professionalisme<sup>1</sup>. 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

---

<sup>1</sup> 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 culturomslag 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 gezondheid<sup>2</sup>. Dat gezondheids- en welzijnssysteem verwijst zowel naar het zorg en ondersteuningsaanbod op zich, als naar de achterliggende sociale en economische determinanten van gezondheid en welzijn<sup>3</sup>. 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 onderwijs<sup>4</sup>. 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.

---

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

<sup>3</sup> 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).

<sup>4</sup> 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 belangrijkere 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 eerstelijnszorg 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?

Experten<sup>5</sup> 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 stijgt<sup>6</sup>. 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 pakken<sup>7</sup>.

- In het kader van de voorbereidende werkgroepen werden er ook zeer concrete voorstellen opgemaakt om de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg te garanderen<sup>8</sup>. 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.

---

<sup>5</sup> 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.

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

<sup>7</sup> Het advies van de SAR WGG zal in de loop van 2017 uitgebracht worden.

<sup>8</sup> 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 hefbomen, 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 samenwerking 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 doorgehakt 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 pilootprojecten 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 zorgraden moeten voldoende ondersteund worden vanuit het Vlaams Instituut voor de eerste lijn. Zorgraden kunnen met deze ondersteuning en via de lerende netwerken een governance-model 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 zorggraden zal gebeuren. Wie is er aan zet om deze zorggraden 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 zorggraden.

## 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 gezondheidzorg) 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 mantelzorger 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 'eerstelijnzones' 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.