

Reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen

situering en veranderingstraject 2015-2019

Inhoudsopgave

1.	Situering	2
1.1	Het Vlaams Regeerakkoord 2014-2019	2
1.2	De Beleidsnota van minister Vandeuren 2014-2019	3
1.3	Definitie eerste lijn:	3
1.4	Korte schets van het denkkader rond de toekomst van de zorg: evolutie van acute en ad hoc zorg naar integrale zorg en ondersteuning	4
1.5	Afstemming tussen federale overheid en Vlaanderen	7
1.6	Beleidstraject inzake eerste lijn in Vlaanderen tot en met 2014	8
2.	Veranderingstraject 2014-2019	9
2.1	Reorganisatie van het mesoniveau in de eerste lijn	9
2.2	Doelstellingen en opdrachten van de 6 werkgroepen en begeleiding door stuurgroep en wetenschappelijke reflectiekamer:	9
2.3	Timing van het veranderingstraject	13
	Geraadpleegde bronnen	14
	Lijst van gebruikte afkortingen en begripsomschrijving	15
	Bijkomende bevoegdheden na de 6 ^e staatshervorming	19
	Detail van de overgekomen bevoegdheden gezondheidszorg	20
	Samenstelling van het Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg dd 09/02/2015	22

1. Situering

In het Vlaams Regeerakkoord en de beleidsnota van minister Vandeuren 2014-2019 wordt een hervorming van de structuren in de eerstelijnsgezondheidszorg beschreven. Om deze hervorming gedragen aan te pakken, stellen we een participatief traject voor met de sector uitmondend in een eerstelijnsconferentie in het voorjaar 2017. Op deze conferentie maken verschillende werkgroepen hun realistische en beleidsvoorbereidende voorstellen bekend. Deze voorstellen moeten uitmonden in nieuwe Vlaamse regelgeving die het eerstelijnszorglandschap zullen hertekenen.

De scope van de eerstelijnsconferentie is het Vlaams beleid inzake eerstelijnszorg. Dit veranderingstraject moet ook aansluiten bij andere lopende of nog te initiëren hervormingen, met name: de uitbouw van de Vlaamse sociale bescherming, de ontwikkeling van een nieuw organisatie- en financieringsmodel voor de ouderenzorg, de implementatie van de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap, de inkanteling van de nieuwe bevoegdheden inzake de geestelijke gezondheidszorg en de verbreding van de scope van de zorgstrategische planning van ziekenhuizen.

We houden ook rekening met het veranderingsproces rond chronische zieken dat de federale overheid in nauwe samenspraak en afstemming met de gemeenschappen wil realiseren. Ook de hertekening van de financiering van de ziekenhuissector en de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (KB 78) zijn belangrijke hervormingen die op het federale niveau plaatsvinden en een substantiële invloed zullen uitoefenen op de organisatie van de eerste lijn.

Er zal beleidsmatig moeten gewaakt worden op voldoende afstemming tussen al deze processen. Ook de sector heeft de belangrijke taak om op de verschillende overlegfora te zorgen voor consistente input en informatie.

1.1 Het Vlaams Regeerakkoord 2014-2019

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

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

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

Voortbouwend op de mogelijkheden van het zorgregiodecreet en de conclusies van de 2 eerstelijnsgezondheidsconferenties, willen we op het regionaal stedelijk niveau alle zorgsectoren samenbrengen en de zorgdoelstellingen die op Vlaams niveau bepaald worden, verfijnen in kwantitatieve termen (bv. % reductie of % vooruitgang), hun uitvoering bevorderen en de toegankelijkheid van het zorgaanbod in de zorgregio bewaken (signaleren van dreigend overaanbod of lacunes in de zorg). Tenslotte willen we op dat niveau de dialoog tussen de verschillende subsectoren van gezondheid en welzijn in de zorgregio stimuleren. Op het klein-stedelijk niveau willen we ervoor zorgen dat de praktijk-ondersteunende en patiëntgerichte functies voor de eerste lijn worden opgenomen (kringwerkingen onderhouden, multidisciplinair overleg faciliteren, permanenties aanbieden....). Om dit te realiseren zullen we het mesoniveau beter gaan structureren. We zetten de werking van het Impulso-fonds dat voorziet in incentives voor opstartende huisartsen en ondersteuning van huisartsen en huisartsengroeperingen verder en zien hoe we dit nog kunnen

verbeteren. We creëren een kader voor organisatiemodellen voor praktijkvoering in de eerste lijn die duurzame antwoorden kunnen zijn voor chronische zorgnoden.'

1.2 De Beleidsnota van minister Vandeuren 2014-2019

'Regionaal overleg stroomlijnen

Een toegankelijke hulp veronderstelt herkenbaarheid voor de burgers. Om die versterkt te realiseren, herstructureren en vereenvoudigen we verschillende netwerk- en overlegstructuren in de eerste lijn. We willen daarbij vertrekken van de sterktes van ons zorgaanbod met zijn verscheidenheid aan vormen waarin zorgverstrekkers in de eerste lijn actief zijn. Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg, de palliatieve netwerken, LOGO's, de netwerkstructuren die met de staatshervorming overgeheveld worden naar de Vlaamse Gemeenschap zoals de lokale multidisciplinaire netwerken, de samenwerkingsverbanden inzake palliatieve zorg, de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging) vormen we om naar twee structuren met een heroriëntatie van opdrachten om, vanuit een netwerkgegeven, meer zorg op maat te kunnen aanbieden. We onderzoeken hierbij ook de mogelijke integratie van de Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg.

- Op het regionaalstedelijk niveau¹ willen we de verschillende multidisciplinaire samenwerkingsstructuren integreren in één structuur zodat de samenwerking vereenvoudigd en de efficiëntie verhoogd wordt. Ook de afstemming met de woonzorgsector, de welzijnssector en de ziekenhuiszorg wordt hieraan gelieerd. Op dit niveau kunnen Vlaamse zorgdoelstellingen worden gekwantificeerd.
- Op het kleinstedelijk niveau² worden de praktijk ondersteunende en patiëntgerichte functies opgenomen. Tevens wordt er een kader geboden voor samenwerkingsmodellen in de eerste lijn om de kwaliteit van de chronische zorg te versterken.

Op die manier wordt de herkenbaarheid van deze structuren beter voor de burger en voor wie zorg behoeft. Ook voor de zorgverleners en de overheid leidt de vereenvoudigde structuur tot efficiëntiewinst zoals het beperken van het aantal overlegmomenten.

Deze herstructurering van de eerste lijn zal in gezamenlijk overleg met de stakeholders, ook vertegenwoordigers van de gezondheidszorgactoren op de eerste lijn voorbereid worden. Het Vlaams Patiëntenplatform zal in het overleg vertegenwoordigd zijn. Dit proces zal een aanpassing vragen van het decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg. De herstructurering van de eerstelijnsgezondheidszorg zal worden voorbereid en bevestigd tijdens een nieuwe conferentie voor de eerste lijn.'

1.3 Definitie eerste lijn³:

- Verwijst naar rechtstreeks toegankelijke, ambulante, generalistische zorg voor niet-gespecificeerde gezondheids- of welzijns(gerelateerde)problemen, zowel van fysieke, psychologische en sociale aard;
- Vormt in de regel het eerste contact met professionele zorg;

¹ Het regionaalstedelijk niveau wordt vaak aanzien als het huidige niveau van de SEL's en LOGO's die in 15 eenheden opgedeeld zijn. Deze zijn echter qua grootte ongelijk verdeeld.

² Het kleinstedelijk niveau is het niveau gedefinieerd in het zorgregiodecreet met 75.000 a 125.000 inwoners

³ Obv SAR WGG, Reflectienota Eerstelijnszorg. Bijdrage naar aanleiding van de Vlaamse conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg, Brussel, 4 november 2010, pg. 6-7.

- Kan diagnostische, curatieve, revaliderende en palliatieve zorgverlening aanbieden voor het overgrote deel van de problemen;
- Biedt preventie voor individuen en risicogroepen in de eigen populatie;
- Houdt rekening met de persoonlijke en sociale context van mensen;
- Verzekert continuïteit van zorg over de tijd en tussen zorgaanbieders.
- Ondersteunt de informele zorg rondom de patiënt/cliënt

1.4 Korte schets van het denkkader rond de toekomst van de zorg: evolutie van acute en ad hoc zorg naar integrale zorg en ondersteuning

Gezien de huidige maatschappelijke context met een toename van het aantal personen met een langdurige zorgnood, chronische ziekte en multimorbiditeit (meerdere chronische ziekten), willen we in de organisatie van de eerstelijnszorg uitgaan van een persoonsgerichte en geïntegreerde benadering en niet langer van een ziektegeoriënteerde aanpak. Het centraal stellen van de persoon met een zorgbehoefte betekent dat zorgverlener en zorgvrager in wederzijdse dialoog gaan over de noden en doelstellingen op vlak van welzijn en gezondheid. Het betekent ook dat we de eerstelijnszorg als een geheel zien (inclusief de brede welzijnszorg, geestelijke gezondheidszorg, gespecialiseerde zorg, preventie) tot zelfs andere beleidsdomeinen dan Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (onder andere werk, onderwijs, huisvesting, ...).

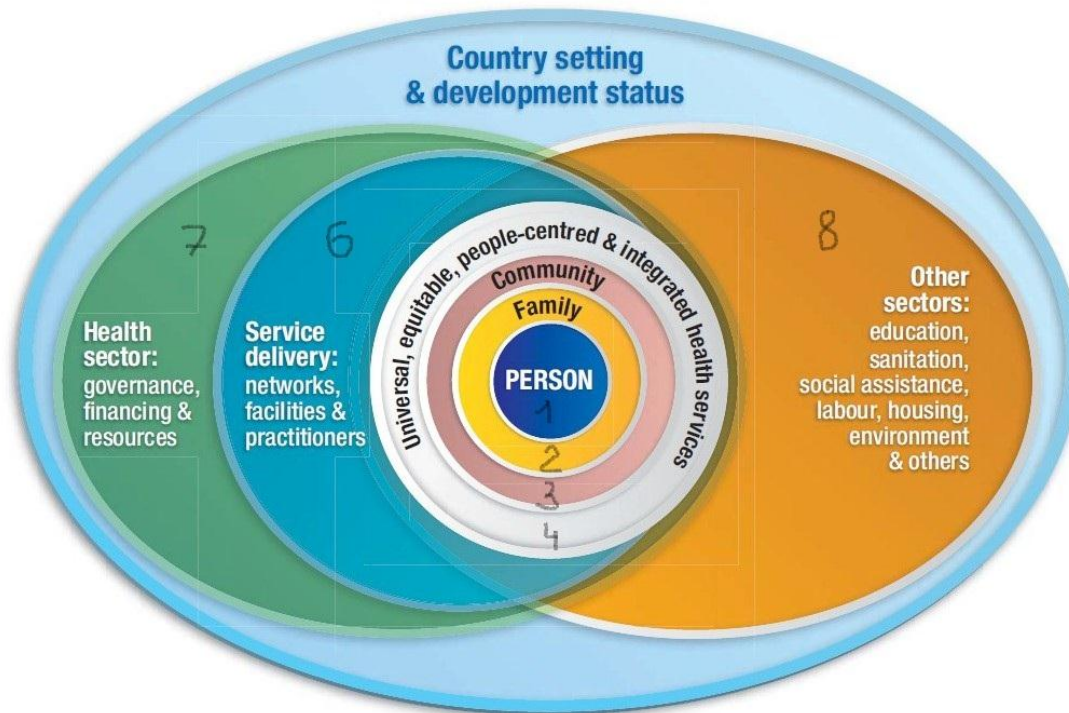
Voor de ondersteuning van een persoon met een langdurige zorgbehoefte gaan we uit van het **ondersteuningsmodel van de American Association on Mental Retardation (AAMR) en van de Wereldgezondheidsorganisatie⁴**.

In deze modellen staat de cliënt centraal en bepaalt deze, indien mogelijk in overleg met zijn informele en formele zorgverleners, welke ondersteuningsniveaus een bijdrage kunnen leveren aan zijn gezondheid, welzijn en kwaliteit van leven. Volgens het principe van de complementariteit en subsidiariteit bouwen de verschillende ondersteuningsniveaus in dit model op elkaar verder en groeit het ondersteuningsniveau mee met de behoefte van de cliënt. Het cirkelmodel veronderstelt ook dat de cliënt kan schakelen tussen diverse zorgvormen naargelang zijn evoluerende noden. Dit vereist niet enkel een goede beoordeling van de ondersteuningsbehoeften maar ook een performante gegevensuitwisseling tussen actoren (met instemming van de cliënt). Ook de opstelling van een zorgplan is voor een aantal complexere situaties aangewezen.

Het financieringssysteem en de eigen bijdrageregeling moeten toelaten dat er makkelijker tussen zorgvormen kan worden geschakeld, op maat van de noden van de cliënt. Het financieringsmodel moet bovendien incentives omvatten om zorgvormen met elkaar te laten samenwerken, zodat een aanbod van integrale zorg kan gegarandeerd worden.

⁴ WHO global strategy on people-centred and integrated health services, interim report WHO/HIS/SDS/2015.6: conceptual framework for people-centred and integrated health services (pg 13)

Fig 1. Conceptual framework for people-centred and integrated health services



Cirkel 1 **zelfzorg** nl. de zorg en ondersteuning die de persoon met een zorgnood zelf opneemt. Om die zelfzorg te maximaliseren heeft de zorgbehoevende toegang tot **hulpmiddelen om de thuiszorg mogelijk te maken**.

Cirkel 2 zorg en ondersteuning die geboden worden door **mantelzorgers** thuis: familie en/of vrienden

Cirkel 3 informele zorg door **vrijwilligers** en **buurtgerichte** ondersteuning. We zien hier een expliciete rol weggelegd voor de lokale overheid, het middenveld en de lokale zorgnetwerken.

Cirkel 1 tem 3 vormen samen het primair sociaal netwerk en kaderen in de vermaatschappelijking van de zorg. Hieronder verstaan we o.a. dat de patiënt en zijn mantelzorgers de nodige instrumenten aangereikt krijgen en de nodige ondersteuning kunnen krijgen om die zorg waar te maken. Vermaatschappelijking betekent ook dat inclusie in de maatschappij van personen met langdurige zorgnood en personen met een handicap mogelijk wordt gemaakt.

Cirkel 4 **professionele zorg en ondersteuning**: hieronder vallen zorgverleners en zorgorganisaties die onder federale bevoegdheid vallen: eerstelijnsgezondheidszorgverstrekkers (huisartsen, thuisverpleging, kinesitherapeuten, ...), algemene en universitaire ziekenhuizen, revalidatiediensten en –ziekenhuizen; alsook diensten die onder Vlaamse bevoegdheid vallen: centra algemeen welzijnswerk, centra geestelijke gezondheidszorg, thuiszorgvoorzieningen⁵ (diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, diensten voor logistieke hulp, diensten voor oppashulp, diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds, lokale dienstencentra, regionale dienstencentra, diensten voor gastopvang, verenigingen van gebruikers en mantelzorgers), ouderenvoorzieningen⁶

⁵ Dit zijn voorzieningen die zijn opgenomen in het woonzorgdecreet van 13 maart 2009

⁶ Dit zijn voorzieningen die zijn opgenomen in het woonzorgdecreet van 13 maart 2009

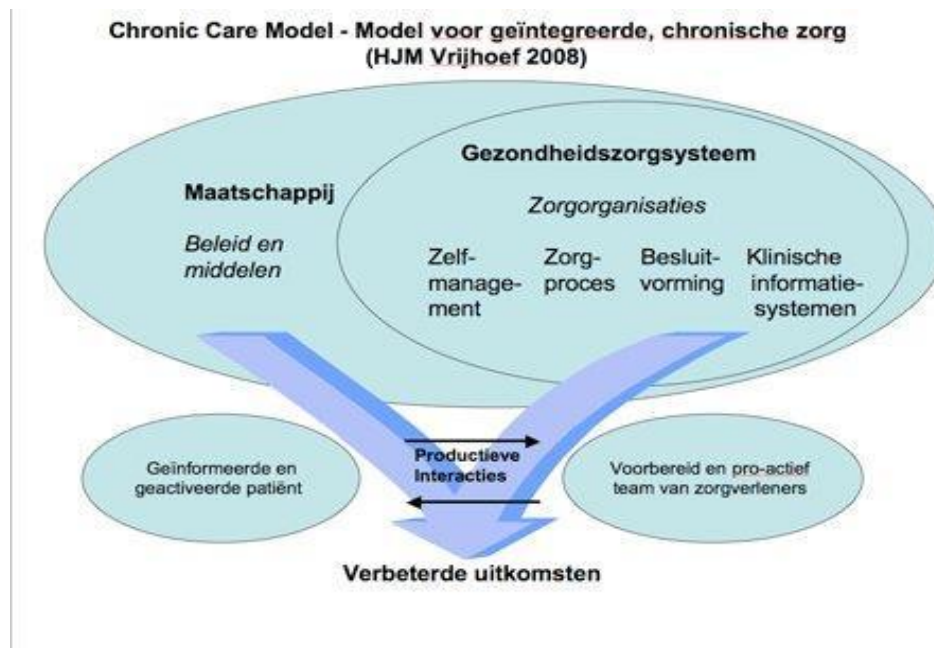
(dagverzorgingscentra, centra voor herstelverblijf, centra voor kortverblijf, woonzorgcentra, groepen van assistentiewoningen) en ander thuismilieu vervangend aanbod (psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven beschut wonen, ...), een aantal revalidatie initiatieven (Sp diensten, centra ambulante revalidatie ...)⁷.

Het cirkelmodel mag niet gezien worden als een mechanistisch systeem, waarbij de krachten in een bepaalde cirkel volledig moeten uitgeput zijn vooraleer een volgende cirkel kan worden aangesproken. Het is telkenmale een zeer individuele oefening waarbij wordt nagegaan wat wenselijk en haalbaar is, rekening houdende met de wensen van de verzekerde en de draagkracht van alle cirkels.

In het WGO model wordt ook duidelijk hoe de formele en informele zorg zich organiseert in een netwerk (nr 6) en hoe de organisatie van de zorg onderhevig is aan het gevoerde beleid en de beschikbare middelen (nr 7). Het model illustreert eveneens hoe ook andere levensdomeinen zoals onderwijs, tewerkstelling, wonen, omgeving, ... een belangrijke impact hebben op de gezondheid en het welbevinden van de persoon (Health in all policies – nr 8).

Naast dit cirkelmodel, dat een visie formuleert op de zorg is er ook het **Chronic Care model van Wagner dat een model voor de organisatie van de zorg** aanreikt. In dit model wordt de medische en niet-medische zorg omgevormd van een acute, reactieve zorg naar een proactieve, geplande zorg. Dit model is gebaseerd op een combinatie van effectieve zorg geboden door een zorgteam en is gericht op de stimulering van zelfmanagement. Empowerment van de persoon met een zorgbehoefte loopt als een rode draad doorheen dit model. Het model zelf is opgebouwd uit de pijlers van de zorg: klinische informatiesystemen, beslissingsondersteuning en zorgprocessen, de pijler beleid en middelen en empowerment (van de zorgvrager) dat door deze beide pijlers heen loopt.

⁷ Opmerking: De zorg voor personen met een handicap en een grote ondersteuningsnood, ook indien dit gebeurt in een thuisvervangend milieu, gebeurt via gespecialiseerde en professionele zorgaanbieders (de zogenaamde trap 2 van het decreet persoonsvolgende financiering). Hierbij wordt de toegang tot deze zorg via een geëigende procedure en volgens vastgelegde criteria bepaald (cfr. het decreet Persoonsvolgende Financiering voor Personen met een Handicap). Om deze redenen wordt deze zorg buiten beschouwing gelaten en wordt deze zorg ondergebracht in een aparte vijfde cirkel in het AAMR model. Trap 1 van het decreet persoonsvolgende financiering, het basisondersteuningsbudget, situeert zich wel in cirkel 1 tem 4.



De **Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid en Gezin** (SARWGG) van de Vlaamse Gemeenschap formuleerde in de Visienota “Maatschappelijk Verantwoorde Zorg” vijf belangrijke uitgangspunten: kwaliteit, prestatie, rechtvaardigheid, relevantie en toegankelijkheid. Een toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg staat of valt met de beschikbaarheid in het zorgaanbod.

1.5 Afstemming tussen federale overheid en Vlaanderen

Goede afstemming tussen het Vlaams en federaal niveau is cruciaal. Dit gebeurde reeds voor de 6^e staatshervorming maar wordt nog belangrijker omdat de bevoegdheden voor patiënten met chronische zorgnoden zeer sterk verweven zijn tussen de federale en Vlaamse overheid.

De oriëntatienota ‘Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België’ van 2013 bekrachtigd in de nationale conferentie Zorg voor Chronisch zieken van 28 november 2013 en de Interministeriële Conferentie van 24 februari 2014, omvat zes actiedomeinen: multidisciplinair patiëntendossier, case management, multidisciplinaire zorg, opleiding en onderwijs, kwaliteit en evaluatie van de zorg en tot slot operationaliseren, begeleiden en evalueren van de acties. Hierbinnen worden 20 actiepunten geformuleerd. Heel wat van deze actiepunten vinden aansluiting bij initiatieven op Vlaams niveau.

Deze legislatuur wordt het denkproces rond chronische zorg op het federaal niveau in nauwe samenwerking met de gemeenschappen en gewesten verdergezet en voorbereid in een interadministratieve cel tussen de FOD Volksgezondheid en het RIZIV. In de Interministeriële conferentie van 30 maart 2015 werd een gemeenschappelijke verklaring chronisch zieken goedgekeurd door alle betrokken overheden. Bedoeling is om een gezamenlijk actieplan en gemeenschappelijke acties rond chronische zorg te ontwikkelen. De gemeenschappen en gewesten zullen hierin hun eigen accenten kunnen leggen. In het kader van dit plan zal een gemeenschappelijke oproep gelanceerd worden voor pilootprojecten chronische zorg. Ook inzake de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de pilootprojecten in het kader van de afbouw van de ligduur, zal er zeer nauw samengewerkt worden.

1.6 Beleidstraject inzake eerste lijn in Vlaanderen tot en met 2014

In 2004 ging het Eerstelijnsdecreet van kracht. De Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL's) werden opgericht in 2008 via Besluit Vlaamse Regering. Ook werden het Zorgregiodecreet (2008) en het Woonzorgdecreet (2009) aangenomen.

Eind 2010 werd een conferentie eerstelijnsgezondheidszorg georganiseerd. Een voorbereidingstraject met verschillende werkgroepen werd gevolgd en mondde uit in rapporten per werkgroep en een overkoepelend syntheserapport. Doelstelling van de conferentie was tweeledig:

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

In navolging van deze conferentie werd zwaar ingezet op de ontwikkeling van ICT-ondersteuning voor de eerste lijn. Ook werden projecten eerstelijnspsychologische functie in het leven roepen, trad een Zorgambassadeur naar voor, ontstond het Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg, werd nagedacht over multidisciplinaire samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering en groeide het besef dat het ondersteunende mesoniveau aan herstructurering toe is.

Op 7 december 2013 ging een symposium eerstelijnsgezondheidszorg door, waarin een stand van zaken werd naar voor gebracht van het beleid ter zake.

Op 25 april 2014 bekrachtigde de Vlaamse Regering het decreet betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg. Dit decreet slaat op gegevensdeling binnen de eerste lijn en binnen de tweede lijn en de residentiële zorg. Op die manier levert dit decreet een directe bijdrage tot een meer integraal en continu zorgproces.

De Zesde Staatshervorming geeft de mogelijkheid en opportuniteit om grondig na te denken over de reorganisatie van de eerste lijn zowel op vlak van structuren als inhoud. In het regeerakkoord van de Vlaamse Regering en de beleidsnota 2014-2019 van minister Vandeuren wordt aangegeven dat we hier werk willen van maken in samenspraak met de stakeholders op het terrein.

2. Veranderingstraject 2014-2019

2.1 Reorganisatie van het mesoniveau in de eerste lijn

Ons baserend op de ontwikkelde visie op integrale zorg en ondersteuning en het traject dat reeds werd afgelegd, kunnen we bepalen hoe het eerstelijns mesoniveau moet functioneren en welke ondersteuning het biedt. In het verlengde daarvan wordt ook de ondersteuning van het beleidsniveau (macroniveau) hertekend.

Om een veranderingstraject af te leggen dat kan steunen op een voldoende breed draagvlak, moet de nodige tijd besteed worden aan het ontwikkelen van modellen die niet alleen theoretisch degelijk onderbouwd zijn, maar ook de praktijktoets doorstaan (haalbaar, realistisch).

We starten hiervoor een voorbereidingstraject in samenspraak met zorgaanbieders en patiënten op basis van werkgroepen, met een duidelijk omschreven doelstelling. We stellen een inhoudelijk kader en een voorbereidingstraject met 6 werkgroepen voor, begeleid door een stuurgroep en waar wenselijk met toetsing aan een wetenschappelijke reflectiekamer. Dit traject zal onder externe begeleiding plaatsvinden.

2.2 Doelstellingen en opdrachten van de 6 werkgroepen en begeleiding door stuurgroep en wetenschappelijke reflectiekamer:

Om het mesoniveau voldoende onderbouwd te herstructureren is het belangrijk om duidelijk te formuleren hoe we in Vlaanderen integrale zorg willen organiseren, hoe we de patiënt/burger echt centraal willen stellen in het zorgproces. We moeten eveneens bepalen welke gegevens er nodig zijn om dit op een kwalitatieve manier te kunnen doen in een welbepaalde zone en welke randvoorwaarden er nodig zijn om de zorgverstrekkers hiertoe te mobiliseren. Daarom worden naast de werkgroep taakstelling en structuurintegratie en regioafbakening, ook 4 andere werkgroepen opgestart die parallel lopen. Het geheel van de 6 werkgroepen wordt gesuperviseerd door een stuurgroep.

Werkgroep 1: “Taakstelling en Structuurintegratie”

Doelstelling Taakstelling:

Het toewijzen van duidelijk afgelijnde functies en concrete opdrachten en taken, noodzakelijk voor de realisatie van een integrale zorgbenadering, aan de niveaus die het praktijkvoerende niveau moeten ondersteunen.

De huidige niveaus zijn het kleinstedelijke niveau van 60 eenheden, het regionaalstedelijke niveau van 15 eenheden en het macroniveau met 1 eenheid. Bij de toewijzing van de opdrachten en taken wordt gestreefd naar complementariteit, afwezigheid van overlapping en een zo groot mogelijke mate van exhaustiviteit.

Doelstelling Structuurintegratie:

Het maken van een voorstel van ondersteuningsstructuur (-structuren?), op basis van het voorstel uit de oefening ‘taakstelling’. Doel is de realisatie van de integrale zorgbenadering en efficiëntiewinst, transparantie en eenvoud zowel voor de zorgaanbieders als voor de burgers en zorggebruikers.

Hiertoe vervult de werkgroep volgende opdrachten:

1. Het vaststellen in welke mate de bestaande Vlaamse structuren (SEL's, GDT's, LMN's, HAK's, PN, PSV, MBE, LOGO's, ...) nu al inhoudelijk (dus op vlak van werking) beantwoorden aan de opdrachten en taken die op een bepaald ondersteuningsniveau geplaatst werden in de doelstelling ‘taakintegratie’.

Noot: uit deze oefening kan blijken dat er overlapping of hiaten bestaan, met andere woorden: functies, opdrachten en taken die ofwel door verschillende structuren worden uitgevoerd ofwel nog door geen enkele structuur worden opgenomen.

2. Bekijken in welke mate de bestaande structuren beantwoorden aan het voorstel van ondersteuningsstructuur. Uitgangspunt is budgettaire neutraliteit.
3. Het bepalen van de voorwaarden die moeten gerealiseerd worden om het voorstel van structuur te kunnen realiseren.
4. Het opmaken van een tijdspad om de nieuwe structuur in realiteit om te zetten.

De werkgroep formuleert in consensus een advies aan de conferentie die na politieke validatie leidt tot aanpassing van het decreet eerstelijnsgezondheidszorg en mogelijks het woonzorgdecreet.

Werkgroep 2: “Geografische afbakening van de zorgregio’s”

Doelstelling:

Het opmaken van een voorstel van zorgregio’s op basis van de resultaten van werkgroep 1. Hierbij wordt rekening gehouden met het volgende:

- a. Het zorgregiodecreet met zijn verschillende niveaus (kleinstedelijk, regionaalstedelijk, fusiegemeente, subniveau 1 en subniveau 2) worden als referentiepunt gebruikt voor de afbakening;
- b. Volledige dekking van het Vlaamse grondgebied;
- c. Kubusprincipe: een duidelijke, niet territoriale overlappende organisatiestructuur waarbij elk kleiner organisatieterritorium een onderdeel moet zijn van slechts één groter organisatieterritorium;
- d. Respect voor gemeentegrenzen (en mogelijk ook provinciegrenzen);
- e. Aandacht voor randgebieden.

Deze werkgroep spreekt zich niet uit over het inhoudelijke aspect.

Uitgangspunt is hier de mogelijkheden tot samenwerking binnen een model van integrale zorg.

De werkgroep formuleert in consensus een advies aan de conferentie die na politieke validatie leidt tot een (mogelijke) aanpassing van het zorgregiodecreet.

Werkgroep 3: “modellen voor integrale zorg”

Doelstelling:

De reorganisatie van ons eerstelijnslandschap moet meer tegemoet komen aan de noodzaak aan een meer persoonsgerichte en geïntegreerde benadering van personen met een complexe en langdurige zorgvraag. Daartoe wordt een Vlaams model van integrale zorg uitgewerkt, op basis van bestaande modellen, met oog voor de afstemming met het federale traject geïntegreerde zorg voor chronisch zieken. Alle deelaspecten/pijlers van het wenselijke Vlaamse model worden met het nodige detail uitgewerkt: zelfzorg en patiëntenparticipatie, informele zorg, professionele zorg, (multidisciplinair) overleg, samenwerkingsvoorwaarden, zorgpaden, zorgprocessen, zorgcoördinatie, zorgcontinuïteit (multidisciplinair binnen eerste lijn, transmuraal, intramuraal), ondersteuning,

Hiertoe vervult de werkgroep volgende opdrachten:

1. Omschrijven van het wenselijke Vlaamse model van integrale zorg.
2. Het beschrijven van de huidige modellen van zorgverlening in Vlaanderen inclusief proefprojecten rond integrale zorg
3. De gapanalyse maken tussen het huidige zorgverleningsmodel en het wenselijke Vlaamse model van integrale zorg: randvoorwaarden die nodig zijn voor een paradigma-shift van een ziektegeoriënteerde naar een doelstellingengerichte benadering van zorg
4. Het formuleren van de randvoorwaarden voor het realiseren van het wenselijke Vlaamse model van integrale zorg.

Werkgroep 4: “de patiënt centraal”

De centrale positie van de patiënt/cliënt⁸ en zijn omgeving wordt vandaag als een evident uitgangsprincipe aanzien terwijl we in realiteit vaak vaststellen dat de zorg nog veel ‘rond’ of ‘boven’ de patiënt/cliënt wordt georganiseerd.

Doelstelling:

Het uitwerken van een visie en draaiboek om de burger en de patiënt in de integrale zorg, op vlak van alle aspecten van die zorg waarin die patiënt/cliënt betrokken moet worden, een hoofdrol te geven.

Hiertoe vervult de werkgroep volgende opdrachten:

1. Het bepalen van de rol van de burger en patiënt in het beleidsontwikkelingsproces.
2. Het vaststellen van de werkwijze om de burger en patiënt structureel te betrekken bij het beleidsontwikkelingsproces.
3. Het formuleren van voorstellen rond
 - a. een model of modellen van buurtgerichte zorg en de wijze waarop de noodzakelijke actoren hierbij betrokken kunnen worden.
 - b. klachtenbemiddeling en –behandeling op een niveau dat het praktijkvoerende niveau overstijgt.
 - c. de uitbouw en versterking van de informele zorg en welke voorwaarden hiervoor moeten vervuld worden.
 - d. Toegang tot eerstelijnszorg (hieronder verstaan we rekening houdend met de bevoegdheden vnl toegankelijkheid van zorg vanuit socio-cultureel perspectief)
 - e. Eenvormige en transparante toeleiding naar zorg

Er zal een vertegenwoordiger uit deze werkgroep in elk van de 5 andere werkgroepen aanwezig zijn om de positie van de patiënt/cliënt in deze werkgroepen veilig te stellen.

Werkgroep 5: “Gegevensdeling en Kwaliteit van zorg”

Het principe van gegevensdeling in de zorg is ondertussen decretaal verankerd. Er zijn diverse ICT initiatieven om dit te faciliteren, de essentie ervan dringt langzaam maar zeker door bij alle zorgverleners, ondersteuning wordt gefaciliteerd en de campagnes inzake geïnformeerde toestemming vanwege de cliënt/patiënt zijn lopend.

Daarnaast evolueert ons denken, ook t.a.v. de eerste lijn, meer naar ‘meetbare’ (output van) kwaliteit van zorg. De initiatieven daaromtrent binnen het ziekenhuislandschap en de woonzorgcentra hebben daarbij een voortrekkersrol in Vlaanderen.

Doelstelling:

Het uitwerken van een model voor evaluatie van de kwaliteit van de zorg binnen een integrale zorgbenadering.

Hiertoe vervult de werkgroep volgende opdrachten:

1. Het bepalen van de elementen die de kwaliteit van zorg binnen een integrale zorgbenadering uitmaken.
2. Het bepalen van kwaliteitsindicatoren voor alle elementen van kwaliteit van zorg binnen deze integrale zorgbenadering.
3. Het bepalen van welke gegevens noodzakelijk zijn om de kwaliteitsindicatoren te kunnen meten.

⁸ In de conferenties rond ‘Slimmer zorgen voor morgen’ wordt geopteerd om de terminologie cliënt (en niet patiënt/burger/gebruiker) te gebruiken om aan te duiden dat het om welzijns- en gezondheidszorg gaat, en dat het niet om het commerciële begrip ‘klant’ gaat. Het begrip ‘cliënt’ is nog niet ingeburgerd in de gezondheidswereld. Vandaar de keuze om beide naast elkaar te gebruiken. Vaak zullen initiatieven ook gericht zijn naar de brede bevolking of naar personen die nog niet ziek zijn. In dergelijke gevallen zullen we eerder over de burger spreken.

4. De randvoorwaarden bepalen voor het verzamelen, analyseren en rapporteren van de gegevens uit opdracht 3.

Werkgroep 6: “innovatie en ondernemerschap in de zorg”

Innovatie en ondernemerschap blijven in de zorg nog te vaak slogan en te weinig geïmplementeerd op de realiteit van de zorgverstrekker. Bovendien moet men zich hoeden voor een overmaat aan pilootprojecten, demonstratieprojecten en proeftuinen die achteraf te weinig of niet geïmplementeerd geraken.

Doelstelling:

Het komen tot oplossingen voor de uitrol van de positief beoordeelde innovatie- en vernieuwingsprojecten in de zorg.

Hiertoe vervult de werkgroep volgende opdrachten:

1. Het opmaken van een inventaris van de resultaten van innovatieprojecten, proeftuinen, vernieuwingsprojecten en innovatieve technologieën die in Vlaanderen al plaatsvonden en de mate van realisatie/uitrol op grote schaal.
2. Op basis van de inventaris bepalen welke projecten, die nog niet uitgerold werden, de moeite waard zijn om nog op grote schaal uit te rollen en welke voorwaarden hiervoor moeten vervuld zijn.
3. Op basis van een integrale zorgbenadering bekijken welke andere innovaties (die nog niet opgenomen zijn in opdracht 1) kunnen bijdragen aan de realisatie van deze zorgbenadering en welke voorwaarden hiervoor moeten vervuld zijn.
4. Het doen van voorstellen van initiatieven om de samenwerking op niveau van de praktijkvoering in de eerste lijn te ondersteunen, zodat van een integrale zorg sprake kan zijn.

De werkgroep staat in nauw overleg met Flanders' Care en houdt rekening met de verwezenlijkingen en opdrachten van de werkgroep ICT van het Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg.

Algemene opmerking: we kiezen niet voor een aparte werkgroep geestelijke gezondheidszorg. We menen dat geestelijke gezondheidszorg integraal deel uitmaakt van zorg en gaan er bijgevolg van uit dat geestelijke gezondheidszorg in alle werkgroepen aan bod komt. We zullen er bijgevolg voor zorgen dat er een gemandateerde vanuit deze sector aanwezig is in alle werkgroepen.

Samenstelling werkgroepen

Voorzitter: moet voldoende neutraliteit uitstralen en behoort bij voorkeur niet tot één van de rechtstreeks belanghebbende organisaties. De voorkeur gaat uit naar een onafhankelijk deskundige/academicus

Leden:

- Eén vertegenwoordiger per belangrijke belanghebbende eerstelijnsorganisatie, -voorziening, beroepsgroep;
- deskundigen uit de sector;
- agentschap

Belanghebbenden en betrokkenen (niet limitatief): SEL's (samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg), GDT's (Geïntegreerde diensten voor thuisverzorging), palliatieve netwerken en samenwerkingsverbanden, palliatieve begeleidingsequipes, LMN's (lokale multidisciplinaire netwerken), expertisecentra dementie en kraamzorg, (platforms) geestelijke gezondheidszorg, LOGO's, beroepsorganisaties van o.a. huisartsen, apothekers, tandartsen, thuisverpleegkundigen, kinesitherapeuten, ...diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, Vlaams Patiëntenplatform, mantelzorgverenigingen, ziekenhuissector, diensten voor gezinszorg en

aanvullende thuiszorg, lokale dienstencentra, woonzorgcentra, lokale besturen (VVSG), Centra Algemeen Welzijn, ...

Een evenwichtige vertegenwoordiging van de relevante belanghebbenden is van cruciaal belang om tot gedragen (consensus)voorstellen te komen binnen de werkgroepen.

Aan de leden van het Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg en aan betrokken organisaties ikv de staatshervorming maar die nog niet in het platform opgenomen werden, werd gevraagd namen voor te dragen.

Stuurgroep

Een stuurgroep die o.a. bestaat uit de voorzitters van de werkgroepen, volgt de werkzaamheden van de werkgroepen op en zorgt voor bijsturing ervan indien nodig. De stuurgroep zorgt ook voor afstemming met andere processen waaronder de hervorming in de ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg en de werkzaamheden rond chronische zorg op federaal niveau.

Eenzelfde thema kan in verschillende werkgroepen naar voor komen. De stuurgroep kan beslissen in welke werkgroep dit verder uitgediept wordt.

Doel van de stuurgroep is op het einde van het voorbereidingstraject een logisch samenhangend geheel van maatregelen te hebben om het veranderingstraject te starten.

Binnen de stuurgroep moet gelijktijdig nagedacht worden over alle randvoorwaarden die noodzakelijk zullen zijn om de voorstellen van de werkgroepen in praktijk om te zetten. Dat gaat dan om regelgeving, financiële middelen, overleg met andere beleidsdomeinen en beleidsniveaus, communicatiemiddelen, eventuele projectwerking, en zo verder.

Wetenschappelijke reflectiekamer

Groep van academici die de rapporten van de werkgroepen becommentariëren en er een advies over formuleren.

2.3 Timing van het veranderingstraject

De aanpak met werkgroepen ter voorbereiding van de eerstelijnsconferentie werd gevalideerd door het Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg van 25 februari 2015. Op dat moment wordt aan het samenwerkingsplatform gevraagd om suggesties door te geven voor deelname aan de verschillende werkgroepen.

De werkgroepen ronden hun werkzaamheden af tegen oktober-november 2016.

Met de voorstellen uit de werkgroepen zullen alle provincies bezocht worden door de minister. Het brede werkveld krijgt op die manier de kans te reflecteren op de voorstellen van de werkgroepen.

De herstructurering en inhoudelijke oriëntatie van de Eerste lijn in Vlaanderen moet zijn beslag krijgen op een “conferentie Reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen” in het voorjaar 2017. Deze conferentie is het orgelpunt van het voorbereidingstraject. Tijdens de conferentie worden de modellen van reorganisatie van de eerste lijn en alle randvoorwaarden die hiertoe nodig zijn, voorgesteld. Het Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg van 25 februari 2015 gaf duidelijk aan om na deze conferentie tot effectieve besluitvorming over te gaan.

Na de conferentie start het uiteindelijke veranderingstraject, waarvoor enkele jaren en een degelijke ondersteuning vanuit het beleidsniveau moeten voorzien worden.

Geraadpleegde bronnen

1. SAR WGG. Reflectienota Eerstelijnsgezondheidszorg. Bijdrage naar aanleiding van de Vlaamse conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg, Brussel, 4 november 2010.
2. SAR WGG. Visienota Maatschappelijk verantwoorde zorg. Brussel, 24 februari 2011.
3. SAR WGG. Integratie zorg en ondersteuning in Vlaanderen. Brussel, 7 december 2012.
4. Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg KCE reports 190A, 2012: position paper Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België
5. Oriëntatienota 'Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België', 28 november 2013.
6. Yvo Nuyens. De eerste lijn in beweging? Voortgangsrapport 2010-2013. Symposium eerstelijnsgezondheidszorg, Brussel, 7 december 2013.
7. Regeerakkoord Vlaamse Regering 2014-2019.
8. Beleidsnota minister Vandeuren 2014-2019.
9. De Maeseneer J., Aertgeerts B., Remmen R., Devroey D. Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! Brussel, 9 december 2014.
10. SEL's. Conceptnota: taken en opdrachten van het strategisch en het operationeel mesoniveau, december 2014.
11. De Maeseneer J. Van SEL naar Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn. Nota ter discussie voorbereid. 21 december 2014.
12. Dewolf D. Reorganisatie van structuren van de eerste lijn en ordening van het regionaalstedelijk zorgniveau. Visie-elementen en afbakening van de opdracht ter voorbereiding van de denkdag van 22 januari 2015. Brussel, 23 december 2014.

Lijst van gebruikte afkortingen en begripsomschrijving

Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL)

Een SEL is een samenwerking tussen zorgaanbieders, met name:

- de diensten voor gezinszorg;
- de huisartsen;
- de lokale dienstencentra;
- de openbare centra voor maatschappelijk welzijn;
- de woonzorgcentra;
- de verpleegkundigen en vroedvrouwen;
- de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, al dan niet in samenwerking met één of meerdere regionale dienstencentra.

De andere zorgaanbieders, verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers en vrijwilligersorganisaties, die actief zijn in het werkgebied van een SEL, worden uitgenodigd om lid te worden van een SEL. Door samen te werken, willen deze zorgaanbieders hun dienst- en zorgverlening rond de patiënt zo veel mogelijk verbeteren. Ze nemen initiatieven om hun zorgverlening af te stemmen op de behoeften van de patiënten in hun regio en maken afspraken om hun dienstverlening ook op elkaar af te stemmen. Een SEL kan ook vorming voor de zorgaanbieders organiseren en biedt nuttige informatie.

Geïntegreerde dienst voor thuisverzorging (GDT)

Een GDT is een gezondheidszorgvoorziening die het geheel van patiëntenzorg versterkt. Een GDT doet dat onder andere via de praktische organisatie en ondersteuning van het multidisciplinaire overleg rond een zorgbehoevende patiënt. Enkel erkende SEL's kunnen erkend worden als GDT.

Palliatief Netwerk/Palliatief Samenwerkingsverband (PN/PSV)

Een PN/PSV is een samenwerkingsverband rond palliatieve zorg tussen verschillende zorgverleners en zorgvoorzieningen in een bepaalde regio. Het netwerk biedt advies, informatie, ondersteuning en coördinatie aan alle zorgverleners die met palliatieve zorg te maken krijgen. Het doel van die samenwerking is om bij de hulpverleners deskundigheid op te bouwen over palliatieve zorg. Dat gaat o.a. over pijn- en symptoomcontrole, sociale en levensbeschouwelijke aspecten, zorg voor de nabestaanden enz.

De hulpverlening zelf is ondersteunend: het netwerk helpt de zorgverlener in zijn begeleiding van een palliatieve patiënt, maar neemt zijn rol niet over.

Daarnaast biedt een PN/PSV informatie aan de burger over de mogelijkheden in de palliatieve zorg. De netwerken sensibiliseren de bevolking voor het belang van palliatieve zorg.

De hoofdbedoeling is ervoor te zorgen dat de patiënt op een menswaardige manier kan sterven in de omgeving waar hij dat wenst.

Multidisciplinaire begeleidingsequipe (MBE)

Een MBE is een team met deskundigen in de palliatieve zorg. Ze bieden ondersteuning en hulp aan andere zorgverleners die palliatieve zorg verlenen aan hun patiënten. Het team werkt samen met de huisartsen en met andere zorgverleners, zoals verpleegkundigen, kinesitherapeuten en psychologen. Hoewel de ondersteuning van andere zorgverleners hun eerste taak is, kan het team ook rechtstreeks ingeschakeld worden in de palliatieve zorg van een patiënt.

Een begeleidingsteam heeft dus 2 basisopdrachten:

- adviezen over palliatieve verzorging geven aan de zorgverleners van de eerste lijn;
- psychologische en morele steun verlenen aan de patiënt, de mantelzorgers en eventueel aan de zorgverleners van de eerste lijn.

De MBE's zijn verbonden aan de palliatieve samenwerkingsverbanden. Daar zijn alle palliatieve zorgverleners van een bepaalde regio in vertegenwoordigd.

Lokaal Multidisciplinair Netwerk (LMN)

De LMN's zijn pilootprojecten die door het RIZIV werden opgestart ter ondersteuning van zgn. zorgtrajecten (ZT). De zorgtrajecten, ook RIZIV projecten, zijn in 2009 gestart en zijn gericht op 2 chronische ziekten: diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie. De zorgtrajecten beogen een betere samenwerking tussen huisarts, specialist en alle andere betrokken zorgverleners (bv. voor diabetes: diabetes educatoren, podologen, diëtisten, oogartsen, ...), alsook een verbetering van de kwaliteit van zorgverlening. De huisarts is de spilfiguur binnen het zorgtraject, terwijl de specialist een ondersteunende (coachende) rol heeft. Het is ook de bedoeling dat de patiënt een actieve rol vervult binnen zijn zorgtraject (cf. empowerment door een beter inzicht in ziekte en zorgtraject, vergroten van self-management). De huisarts initieert het afsluiten van een zorgtrajectcontract tussen huisarts, specialist en patiënt. Vervolgens maakt hij in samenspraak met de patiënt een zorgplan op, waarin verdere raadplegingen bij huisarts en specialist worden gepland, alsook consultaties bij andere paramedici, technische onderzoeken, ...

Om het afsluiten van zorgtrajectcontracten te bevorderen, werd er in 2009 gestart met de pilootprojecten LMN. Een LMN moet lokaal een multidisciplinair netwerk uitbouwen en moet alle actoren die meewerken aan de zorgtrajecten ondersteunen. Een LMN is een initiatief dat georganiseerd wordt door een lokale huisartsenkring (HAK), bij voorkeur in samenwerking met een geïntegreerde dienst voor thuiszorg (GDT). Een HAK (soms meerdere HAK's) sluit hiervoor een overeenkomst af met het RIZIV, waardoor een HAK middelen krijgt om een arbeidsovereenkomst af te sluiten met één of meerdere zorgtrajectpromotors (ZTP). De ZTP staat o.a. in voor het bekendmaken van ZT in de regio, het verzamelen van informatie over de werking van het LMN, het inventariseren van de partners uit de regio, organiseren van vergaderingen, administratie, faciliteren van informatieverstrekking en communicatie, rapportage van uitgevoerde taken aan de stuurgroep, ... De doelstellingen en activiteiten van een LMN, evenals het werkingsgebied en de rol van de ZTP, worden ook bepaald in de overeenkomsten die het RIZIV afsluit met de initiatiefnemers van de LMN (HAK). Elke LMN moet ook een multidisciplinaire stuurgroep oprichten, waarin alle medische en paramedische disciplines die deelnemen aan de ZT vertegenwoordigd moeten zijn. De GDT moet altijd vertegenwoordigd zijn in de stuurgroep, behoudens hun uitdrukkelijke weigering daartoe.

Expertisecentrum dementie

De expertisecentra dementie bieden informatie en begeleiding aan iedereen die geconfronteerd wordt met dementie. Er bestaan nog veel misverstanden en vooroordelen over dementie. De expertisecentra gaan daar tegenin door burgers en hulpverleners te informeren en te sensibiliseren. U kunt bij zo'n expertisecentrum dus o.a. terecht met vragen over dementie, over zorgverlening voor dementie enz. Bovendien zijn de expertisecentra een permanent aanspreekpunt voor al wie met dementie te maken krijgt. Vele direct betrokkenen durven er niet over praten uit schaamte of schuldgevoel. Die drempel was mede de aanleiding tot het oprichten van de expertisecentra.

Tot slot verzamelen de expertisecentra de informatie en expertise die er in Vlaanderen aanwezig is over dementie.

Expertisecentrum Kraamzorg

De expertisecentra bieden:

- Een documentatiecentrum met boeken en beeldmateriaal over zwangerschap, geboorte, kraamtijd, borstvoeding, opvoeding, ..
- Een deskundig antwoord op je vragen over kraamzorg, de babyverzorging, de dienstverlening rond zwangerschap en geboorte in de regio, ..
- Een aanbod aan kraammateriaal
- Workshops en infosessies voor zwangeren en jonge ouders
- Vorming en bijscholing voor professionele zorgverleners

De expertisecentra kraamzorg zijn een partnerorganisatie van Kind & Gezin.

Huisartsenkring (HAK)

Een HAK is een vereniging van praktijkvoerende erkende huisartsen die binnen een bepaald werkgebied, de huisartsenzone, hun beroepsactiviteiten uitoefenen. De huisartsenzone is een aaneengesloten geografisch gebied van één of meerdere gemeenten, of een deel van een gemeente in de grote agglomeraties van Antwerpen en Gent.

Overlegplatform geestelijke gezondheidszorg

De overlegplatforms groeperen de volgende voorzieningen van de geestelijke gezondheidszorg:

- algemene ziekenhuizen die over een erkende psychiatrische ziekenhuisdienst beschikken (PAAZ),
- psychiatrische ziekenhuizen (PZ),
- psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT),
- centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG),
- initiatieven Beschut Wonen (BW),
- voorzieningen met een RIZIV-conventie die tot opdracht hebben een specifiek aanbod binnen de geestelijke gezondheidszorg te organiseren.

Samenwerkingsverband voor locoregionaal gezondheidsoverleg en –organisatie (Logo)

De Logo's vormen geografisch afgebakende netwerken waarbinnen verschillende organisaties samenwerken om het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid (de zes gezondheidsdoelstellingen) uit te voeren op locoregionaal niveau. Logo's helpen dus in hun werkgebied de initiatieven en methodieken bekend te maken die de Vlaamse overheid aanbiedt om de gezondheid van de bevolking te bevorderen, te beschermen of te behouden.

Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW)

Het CAW helpt mensen met al hun vragen en problemen die te maken hebben met welzijn (persoonlijke problemen, financiële, administratieve, juridische of materiële problemen, problemen in je gezin, familie of buurt,...). Ze bieden ook hulp aan slachtoffers van geweld en misbruik, slachtoffers en betrokkenen van verkeersongevallen en misdrijven, en aan gedetineerden en hun naasten. Het wil diegenen die het moeilijk hebben de nodige steun geven om zelf terug verder te kunnen. Het wil rust bieden aan diegenen die dat kwijt zijn. Het wil de mogelijkheden van mensen versterken. Het wil

mensen bijstaan in het benutten van hun basisrechten. Het wil elke vorm van uitsluiting tegengaan. Het vecht voor een menswaardig leven voor iedereen. Het komt op voor gelijke kansen en streeft naar een harmonieuze samenleving.

Bijkomende bevoegdheden na de 6^e staatshervorming

bevoegdheden zesde staatshervorming	budget 2015 (in deuro)
Gezinsbijslag	3.620
FCUD	42
residentiële ouderenzorg	1.868
Geïsoleerde G of SP diensten	102
Ziekenhuisinfrastructuur	0
Revalidatiecentra	150
MAF	7
THAB	388
Mobiliteitshulpmiddelen	57
Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT)	79
Initiatieven Beschut Wonen (IBW)	40
Overlegplatform geestelijke gezondheidszorg	5
Preventie en eerstelijns hulp	47
werkingskosten FO en RIZIV	2
Justitiehuisen en eerstelijns hulp	42
Elektronische enkelband	0
Jeugdbescherming	9
Totaal	6.458

Bevoegdheden in de gezondheidszorg

Detail van de overgekomen bevoegdheden gezondheidszorg

bevoegdheidscluster	thema	Transitie periode tot:
Ziekenhuisbeleid	normering	31/12/2014
	categorale: Geïsoleerde (G- en) Sp-diensten	31/12/2017
Ouderenbeleid	Rustoord voor bejaarden (ROB)	31/12/2017
	Rust- en Verzorgingstehuizen (RVT)	31/12/2017
	centra dagverzorging	31/12/2017
	centra voor kortverblijf	31/12/2017
	Prijzenbeleid	31/12/2014
	Tegemoetkoming hulp aan bejaarden (THAB)	31/12/2015
Geestelijke gezondheidszorg	Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT)	31/12/2017
	Initiatieven beschut wonen (IBW)	31/12/2017
	Overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg	31/12/2014
Eerstelijnsgezondheidszorg	Huisartsenkringen	31/12/2014
	Impulsefondsen	31/12/2014
	Lokale multidisciplinaire netwerken	31/12/2015
	Palliatieve samenwerkingsverbanden	31/12/2014
	Multidisciplinaire palliatieve teams	31/12/2017
	GDT (geïntegreerde diensten voor thuisverzorging)	31/12/2015
	Overleg over de psychiatrische patiënt in de thuissituatie	31/12/2015
Erkenning gezondheidszorgberoepen	Erkenning gezondheidsberoepen	31/12/2015
Revalidatie overeenkomsten	Centra ambulante revalidatie (CAR)	31/12/2017
	Geestelijke gezondheidszorg	31/12/2017
	overige	31/12/2017
	gespecialiseerde drughulpverlening	31/12/2017
Preventiebeleid	Tabaksontwenning	31/12/2015
	fonds verslavingen: tabak	31/12/2014
	fonds verslavingen: drugs	31/12/2014
	Screening colorectalkanker	31/12/2014
	HPV vaccinatie	31/12/2014

	financiële tegemoetkoming vaccinatiecampagne	31/12/2014
	Preventieacties gevoerd door de tandheekundigen	31/12/2014
	ozonplan	31/12/2014
	Plan voeding-gezondheid	31/12/2014

Bevoegdheden die zullen behandeld worden de werkgroepen en de conferentie eerstelijnszorg

Samenstelling van het Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg dd 09/02/2015

BVR houdende de aanwijzing van de leden van het Samenwerkingsplatform Eerstelijnsgezondheidszorg	effectief / plaatsvervangend	voornaam	familienaam
Universiteit Gent	effectief	Jan	De Maeseneer
Universiteit Gent	plaatsvervangend	Bruno	Art
Katholieke Universiteit Leuven	effectief	Bernard	Himpens
Katholieke Universiteit Leuven	plaatsvervangend	Dominique	Declerck
Katholieke Universiteit Leuven - LUCAS	effectief	Chantal	Van Audenhove
Katholieke Universiteit Leuven - LUCAS	plaatsvervangend	Evelien	Coppens
Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde	effectief	Jan	De Lepeleire
Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde	plaatsvervangend	Frank	Buntinx
Axxon - Kwaliteit in kinesitherapie vzw	effectief	Dirk	Verleyen
Axxon - Kwaliteit in kinesitherapie vzw	plaatsvervangend	Stefaan	Peeters
Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid	effectief	Dirk	Dewolf
Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid	effectief	Tom	Vermeire
Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid	effectief	Bob	Ide
Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (ASGB)	effectief	Reinier	Hueting
Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (ASGB)	plaatsvervangend	Michel	Creemers
Syndicaat van Vlaamse Huisartsen (SVH)	effectief	Rufy	Baeke
Syndicaat van Vlaamse Huisartsen (SVH)	plaatsvervangend	Herman	Moeremans
Vlaams Artsensyndicaat (VAS)	effectief	Georges	Casteur
Vlaams Artsensyndicaat (VAS)	plaatsvervangend	Hilde	Roels
SOM de federatie van sociale ondernemingen vzw	effectief	Anita	Cautaers
SOM de federatie van sociale ondernemingen vzw	plaatsvervangend	Lieve	Van Den Bossche
Domus Medica	effectief	Jozef	De Smedt
Domus Medica	plaatsvervangend	Peter	Dieleman
Jong Domus Medica	effectief	Erika	Van Nuffel
Jong Domus Medica	plaatsvervangend	Gijs	Van Pottelbergh

Huis voor Gezondheid	effectief	Greta	De Geest
Huis voor Gezondheid	plaatsvervangend	Tine	Dusauchoit
Nationaal Intermutualistisch College	effectief	Luc	Cools
Nationaal Intermutualistisch College	plaatsvervangend	Bernard	Landtmeters
Nationaal Intermutualistisch College	effectief	Ivan	Van Der Meeren
Nationaal Intermutualistisch College	plaatsvervangend	Jean-Pierre	Bronckaers
Kabinet minister Vandeurzen	effectief	Caroline	Verlinde
Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen (NVKVV)	effectief	Ellen	De Wandeler
Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen (NVKVV)	plaatsvervangend	Kris	Vaneerdewegh
Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)	effectief	Ri	De Ridder
Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)	plaatsvervangend	Jo	De Cock
SEL Zuid-West-Vlaanderen	effectief	Julie	Descamps
SEL TOM	plaatsvervangend	An	Nauwelaerts
SEL Hasselt	effectief	Nele	van Meer
SEL Hasselt	plaatsvervangend	Kristel	Vanden Driessche
Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR WGG)	effectief	Gunter	Naets
Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR WGG)	plaatsvervangend	Barbara	Krekels
Vlaams Apothekers Netwerk (VAN)	effectief	Hilde	Deneyer
Vlaams Apothekers Netwerk (VAN)	plaatsvervangend	Dirk	Vos
Vlaams Eerste Lijns Overleg (VELO)	effectief	Christian	Devlies
Vlaams Eerste Lijns Overleg (VELO)	plaatsvervangend	Laura	Picard
Verbond Vlaamse Tandartsen	effectief	Stefaan	Hanson
Verbond Vlaamse Tandartsen	plaatsvervangend	Jean-Paul	Michiels
Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen	effectief	Guido	Lysens
Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen	plaatsvervangend	Robert	Schockaert
Vereniging van Diensten voor Gezinszorg van de VI Gemeenschap	effectief	Agnes	Bode
Vereniging van Diensten voor Gezinszorg van de VI Gemeenschap	plaatsvervangend	Robert	Geeraert

Vlaams Network van verenigingen waar armen het woord nemen	effectief	Griet	Briels
Vlaams Network van verenigingen waar armen het woord nemen	plaatsvervangend	Frederic	Vanhauwaert
Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG)	effectief	Veerle	Cortebeeck
Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG)	plaatsvervangend	Tine	De Vriendt
Vlaamse Beroepsvereniging voor Zelfstandige Verpleegkundigen (VBZV)	effectief	Hugo	Baert
Vlaamse Beroepsvereniging voor Zelfstandige Verpleegkundigen (VBZV)	plaatsvervangend	Lucien	Speeckaert
Vlaams Ergotherapeutenverbond vzw	effectief	Pierre	Seeuws
Vlaams Ergotherapeutenverbond vzw	plaatsvervangend	Jan	Lambrecht
Vlaams Patiëntenplatform	effectief	Ilse	Weeghmans
Vlaams Patiëntenplatform	plaatsvervangend	Els	Meerbergen
Unie van Vlaamse Vroedvrouwen	effectief	Kathleen	Vanholen
Vlaamse organisatie van Vroedvrouwen	plaatsvervangend	Marlene	Reyns
Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging	effectief	Hendrik	Van Gansbeke
Vlaamse Federatie voor Diensten van Thuisverpleging	plaatsvervangend	Jannie	Hespeel
Zorgnet – ouderenzorg	effectief	Tarsi	Windey
Vlaams Onafhankelijk Zorgnetwerk (VLOZO)	plaatsvervangend	Frank	Foucart
Zorgnet	effectief	Johan	Pauwels
Icuro	plaatsvervangend	Vera	De Troyer
Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten	effectief	Karin	Van Mossevelde
Landsbond van Liberale Mutualiteiten	plaatsvervangend	Karin	Van Roy
Landsbond der Christelijke Mutualiteiten	effectief	Katrien	Van Kets
Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen	plaatsvervangend	Annemie	Coeme
Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen	effectief	Koen	Lowet
Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen	plaatsvervangend	Joeri	Calsius