Synthese van de tussentijdse rapporten van de werkgroepen

Conferentie eerste lijn

Sarah Misplon, Sofie De Coninck

Möbius

Inhoudsopgave

1. Inleiding 3

1.1. Situering 3

1.2. Participatief traject met de sector 4

1.3. Timing en volgende stappen 5

2. Samenvatting 7

3. Essentiële bouwstenen voor geïntegreerde zorg 9

3.1. Bouwstenen voor geïntegreerde zorg op het niveau van de individuele persoon 9

3.1.1. Noden en doelstellingen 9

3.1.2. Doelstellingsgeoriënteerd zorg- en ondersteuningsplan 10

3.1.3. Empowerment en toegang tot zorg 11

3.1.4. Mantelzorg en informele zorg 13

3.1.5. Preventie, vroegdetectie en vroeginterventie 13

3.1.6. Zorg en ondersteuning 14

3.1.7. Wonen, werken, onderwijs, mobiliteit 15

3.1.8. Samenwerking, overleg en coördinatie 16

Samenwerking, overleg en coördinatie binnen de eerste lijn 16

Zorgcoördinatie 17

Case management 18

3.1.9. Gegevensdeling en digitale support 19

3.1.10. Verbeterde outcome 19

3.2. Bouwstenen op het vlak van de organisatie van zorg 20

3.2.1. Een model voor samenwerking tussen de verschillende niveaus. 20

3.2.2. Samenwerking, overleg en coördinatie binnen de eerste lijn (praktijkvoering) 21

3.2.3. Samenwerking op het niveau van de wijk en de gemeente 21

Buurtgerichte zorg 21

Lokale informatiepunten 21

Klachtenbehandeling 22

3.2.4. Samenwerking op het kleinstedelijk en regionaalstedelijk niveau (het mesoniveau) 23

Taakstelling 23

Structuurintegratie 25

Geografische afbakening 28

3.2.5. Kernvoorwaarden op beleidsniveau 30

Integraal beleid 30

Kwaliteitsbeleid 30

Succesfactoren voor het meten van kwaliteit 31

Randvoorwaarden 32
Aangepast financieringssysteem 33
E-gezondheid: een geïntegreerd systeem van management van informatie en beslissingsondersteuning 33
Innovatie en ondernemerschap 35
Participatie door de persoon met een zorgnood/burger 37
Gezondheids- en welzijnsdoelstellingen 37

4. Doelstellingen van de werkgroepen en stand van zaken 38

5. Bijlage 44

5.1. Bijlage 1 – Tussentijdse rapporten 44
5.2. Bijlage 2 – Overzicht deelnemers werkgroepen 45
5.2.1. Werkgroep 'Taakstelling en Structuurintegratie' *(voorzitter Roel Van Giel)* 45
5.2.2. Werkgroep 'Geografische afbakening van de zorgregio's' *(voorzitter Joris Voets)* 46
5.2.3. Werkgroep 'Modellen voor integrale zorg' *(voorzitter Ilse Weeghmans)* 47
5.2.4. Werkgroep 'De patiënt centraal' *(voorzitter Guy Tegenbos)* 48
5.2.5. Werkgroep 'Gegevensdeling en kwaliteit van zorg' *(voorzitter Dirk Ramaekers)* 49
5.2.6. Werkgroep 'Innovatie en Ondernemerschap in de zorg' *(voorzitter Johan Hellings)* 50
5.3. Bijlage 3 – Overzicht academici wetenschappelijke reflectiekamer 51
5.4. Bijlage 4 – Voorstel afbakening kleinstedelijk en regionaalstedelijk niveau 52
5.4.1. Vlaams-Brabant (kleinstedelijk) 52
5.4.2. Antwerpen (kleinstedelijk) 53
5.4.3. Limburg (kleinstedelijk) 54
5.4.4. West-Vlaanderen (kleinstedelijk) 55
5.4.5. Oost-Vlaanderen (kleinstedelijk) 56
5.4.6. Vlaams-Brabant (regionaalstedelijk) 57
5.4.7. Limburg (regionaalstedelijk) 58
5.4.8. West-Vlaanderen (regionaalstedelijk) 59

1. Inleiding

1.1. Situering[1]

Na de conferentie eerstelijnsgezondheidszorg in 2010 en het symposium eerstelijnsgezondheidszorg in 2013 wordt op 16 februari 2017 opnieuw een eerstelijnsconferentie georganiseerd. Deze conferentie heeft als doelstelling de Vlaamse eerstelijnszorg te hertekenen. Om deze hervorming gedragen aan te pakken, werd er een participatief traject met de sector opgezet. Dit syntheserapport is een weerslag van de besprekingen in de werkgroepen.

Deze hervorming wordt beschreven in zowel het Vlaams Regeerakkoord als in de beleidsnota van minister Vandeurzen 2014-2019. In de nota 'Reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen 2015-2019 – Situering en veranderingstraject' worden de doelstellingen van dit veranderingstraject toegelicht. Deze veranderingen situeren zich zowel op het niveau van de individuele persoon met een zorgnood als op het niveau van de structuren op de eerste lijn.

Op het niveau van de individuele persoon met een zorgnood wenst men uit te gaan van een meer persoonsgerichte en geïntegreerde benadering en niet langer van een ziektegeoriënteerde aanpak. Het centraal stellen van de persoon met een zorgbehoefte betekent dat zorgaanbieder en zorgvrager in werderzijdse 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 en aanpalende beleidsdomeinen zoals werk, onderwijs, huisvesting,...

Op het niveau van de structuren op de eerste lijn wenst men werk te maken van een operationeel plan voor de versterking, afstemming, vereenvoudiging en integratie van de structuren op de eerste lijn uitgaande van budgetneutraliteit. 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).

Er is ook aansluiting nodig voor dit veranderingstraject met andere lopende of nog te initiëren hervormingen, zoals 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

[1] Zie: 'Reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen - situering en veranderingstraject 2015-2019'

geestelijke gezondheidszorg en de verbreding van het concept van de zorgstrategische planning van ziekenhuizen. Er wordt ook rekening gehouden met het veranderingsproces rond chronisch zieken dat de federale overheid in nauwe samenspraak en afstemming met de gemeenschappen wil realiseren. De hertekening van de financiering van de ziekenhuissector en de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (KB 78) zijn eveneens belangrijke hervormingen die op het federale niveau plaatsvinden en een invloed zullen uitoefenen op de organisatie van de eerste lijn.

1.2. Participatief traject met de sector

Om deze hervorming gedragen aan te pakken, werden er 6 werkgroepen opgericht. In elke werkgroep is er een evenwichtige vertegenwoordiging van onder andere belanghebbende eerstelijnsorganisaties, -voorzieningen, beroepsgroepen, deskundigen uit de sector,...[2] Elke werkgroep kreeg een aantal doelstellingen mee en formuleerde tijdens verschillende werksessies een antwoord op de geformuleerde vragen.

Doelstellingen van de werkgroepen:

Werkgroep 1 - Taakstelling en structuurintegratie

- Het toewijzen van duidelijk afgelijnde functies en taken noodzakelijk voor de realisatie van een integrale zorgbenadering aan de niveaus die het praktijkvoerende niveau ondersteunen
- Het maken van een voorstel van ondersteuningsstructuur (of -structuren), op basis van het voorstel uit de oefening 'taakstelling'.

Werkgroep 2 - Geografische afbakening van de zorgregio's

Het opmaken van een voorstel van zorgregio's op basis van de resultaten van werkgroep 1

Werkgroep 3 - Modellen voor integrale zorg

Het uitwerken van een Vlaams model van integrale zorg, op basis van bestaande modellen, met oog voor de afstemming met het federale traject geïntegreerde zorg voor chronisch zieken.

Werkgroep 4 - De patiënt/burger centraal

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

Werkgroep 5 – Gegevensdeling en kwaliteit van zorg

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

[2] De samenstelling van de werkgroepen kan teruggevonden worden in de bijlage.

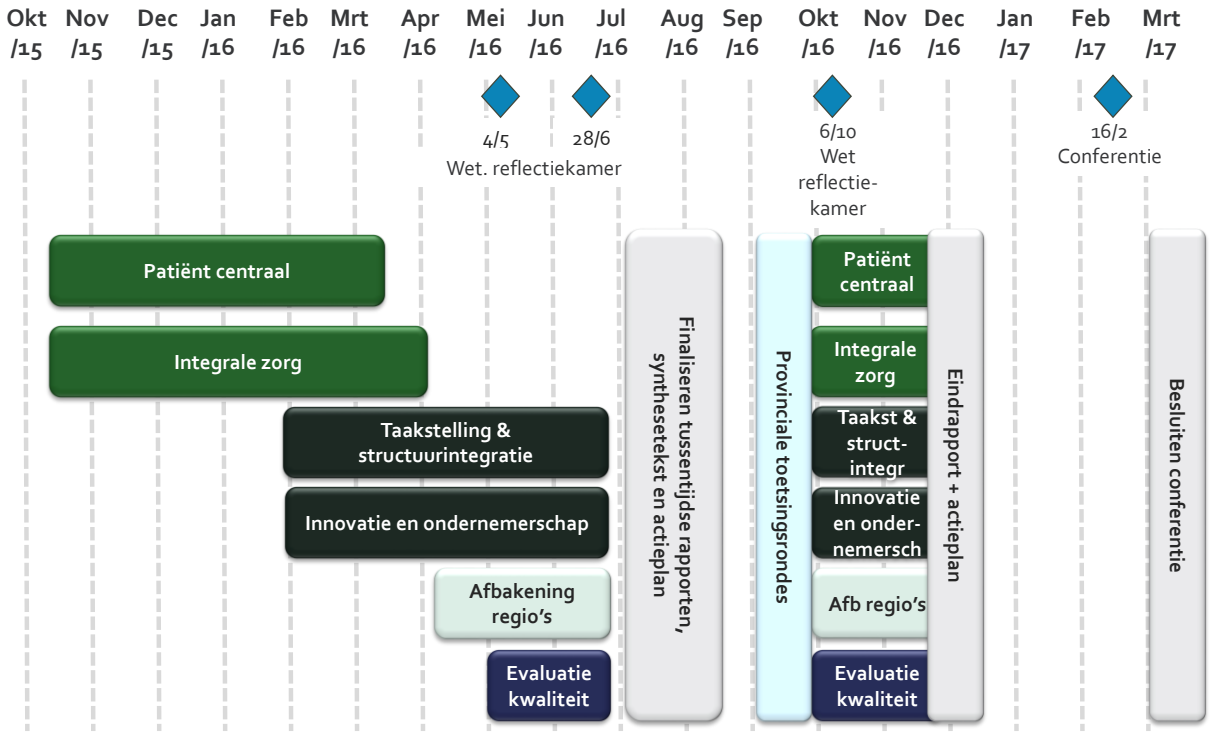
Werkgroep 6 - Innovatie en ondernemerschap in de zorg

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

In het onderdeel *'4. Doelstellingen van de werkgroepen en stand van zaken'* wordt een volledig overzicht gegeven van de doelstellingen en de stand van zaken van elke werkgroep.

1.3. Timing en volgende stappen

Onderstaand schema geeft de timing weer van het volledige traject. In de maanden oktober 2015 tot juli 2016 kwam elk van de werkgroepen een aantal keer samen om voorstellen te formuleren op de gestelde vragen. Deze voorstellen werden gebundeld in een tussentijds rapport per werkgroep. De tussentijdse rapporten zijn beschikbaar op het informatieplatform en kunnen verdere achtergrondinformatie bieden[3]. In dit syntheserapport werden de aanbevelingen van de verschillende werkgroepen samengevat.



Figuur 1 – Timing van het traject

[3] zie: https://drive.google.com/drive/folders/0B3VXgv_X6KrtaXJMLW9jeHhINDg

Tussentijds werden de voorstellen van de werkgroepen afgetoetst bij een groep van academici in de wetenschappelijke reflectiekamer. Voor de samenstelling van deze wetenschappelijke reflectiekamer verwijzen we naar de bijlage. De inzichten van de wetenschappelijke reflectiekamer zullen worden opgenomen in een rapport waarvan de inhoud mee de beslissingen van de eerstelijnsconferentie zal bepalen.

Op de provinciale toetsingsrondes worden de voorlopige conclusies van de werkgroepen afgetoetst bij het werkveld. Doelstelling is om feedback te ontvangen op de voorstellen die vanuit de verschillende werkgroepen geformuleerd werden. Op basis van deze feedback kunnen de werkgroepen de voorstellen bijsturen en vervolgens een eindrapport opleveren.

In het najaar worden de aanbevelingen van de verschillende werkgroepen geconcretiseerd, geprioriteerd en vertaald naar beleidsaanbevelingen.

2. Samenvatting

Bouwstenen voor geïntegreerde zorg op het niveau van de individuele persoon

Het eerste luik van de synthesetekst gaat in op een aantal essentiële bouwstenen om op het niveau van de persoon met een zorgnood tot meer geïntegreerde zorg te komen. De focus ligt hierbij op **personen met een complexe en langdurige zorgvraag**.

Het nastreven van een goede kwaliteit van leven is het ultieme doel van een geïntegreerde zorg en ondersteuning voor personen met een complexe en langdurige zorgvraag. We vertrekken daarom vanuit de **noden, doelstellingen, mogelijkheden en context** van de persoon met een zorgnood en zijn omgeving. Deze doelstellingen vormen de basis van het **doelstellingsgeoriënteerd zorg- en ondersteuningsplan**. Dit plan is een belangrijk middel om interdisciplinair vast te leggen wat er nodig is om de afgesproken doelstellingen te realiseren en om te verduidelijken wie waarvoor verantwoordelijk is. Het is belangrijk dat de verschillende aspecten van geïntegreerde zorg opgenomen zijn in dit plan, zoals **preventie, vroegdetectie en interventie, ondersteuning door mantelzorg en informele zorg, zorg en ondersteuning, wonen, werken, onderwijs en mobiliteit**.

De persoon met een zorgnood dient duidelijk geïnformeerd te worden en dient betrokken te worden bij de besluitvorming over zijn zorg- en ondersteuningsproces (**shared decision making**). Daarnaast moet de zorg en ondersteuning volkomen **toegankelijk** zijn voor iedereen ongeacht zijn cultuur en achtergrond.
Via **interdisciplinair overleg en in overleg met de persoon met een zorgnood** wordt het doelstellingsgeoriënteerd zorg- en ondersteuningsplan uitgewerkt en opgevolgd. Daarenboven is er op het niveau van de buurt of gemeente nood aan **samenwerkingsafspraken** tussen de **eerstelijnszorgaanbieders en voorzieningen**. Deze samenwerkingsafspraken dienen gezondheid en welzijn te omvatten en dit voor preventie, curatie en palliatie. **Eerstelijnsnetwerken** zijn een vergaande vorm van samenwerking.

Bij meerdere aandoeningen, problemen of zorgen kan een zorgaanbieder binnen het team de rol van **zorgcoördinator** opnemen. In een beperkt aantal complexe situaties kan een neutrale en onafhankelijke **case manager** aangewezen zijn om het zorgproces te ondersteunen.

Om tot geïntegreerde zorg te komen is het belangrijk om tot **één interdisciplinair elektronisch dossier** te komen met lees- en schrijfrechten voor de persoon met een zorgnood. Daarnaast zijn **support tools** nodig die eerstelijnswerkers ondersteunen en advies geven.

Ultiem dient de ervaren **kwaliteit** van de persoon met een zorgnood en kwaliteit van de zorg en ondersteuning **meetbaar** te **verbeteren**.

Bouwstenen op het vlak van de organisatie van zorg

Om tot meer geïntegreerde zorg te komen is het noodzakelijk dat acties worden gecoördineerd, zowel op het niveau van de zorg rond de individuele persoon, als op het niveau van de buurt en gemeente, op kleinstedelijk/regionaalstedelijk niveau en op beleidsniveau.

Niveau buurt of gemeente

Op buurtniveau is het nodig om behoeften te capteren en op te vangen, samenwerking te faciliteren en informele zorg te promoten en te ondersteunen. Daarnaast is er op het niveau van de gemeente nood aan één informatiepunt waar mensen met hun vragen over zorg en welzijn terecht kunnen en dat kan helpen bij het indienen en bemiddelen bij klachten. Ook is het aangewezen dat er een lokale raad van woordvoerders van personen met een zorgnood samengesteld wordt die het gemeentebestuur adviseert op het vlak van welzijn en gezondheid.

Niveau kleinstedelijk en regionaalstedelijk

Op het regionaalstedelijk niveau zijn taken voorzien op het vlak van intervisie, vorming en ondersteuning van de kleinstedelijke niveaus. Het kleinstedelijk niveau ondersteunt de zorgaanbieders, bv. bij het uitwerken van zorgpaden, het beheren en actueel houden van het zorgaanbod, het realiseren van gezondheids- en welzijnsdoelstellingen.... Daarnaast zijn deze niveaus belangrijk voor het in kaart brengen van de noden van die regio en het uitwerken van de lokale samenwerkingsverbanden.

Op het kleinstedelijk en regionaalstedelijk niveau dienen nieuwe ondersteuningsstructuren uitgewerkt te worden. Momenteel liggen twee voorstellen op tafel: een structuur op elk kleinstedelijk niveau en een structuur op elk regionaalstedelijk niveau.

Tot slot werd nagedacht hoe de zorgregio's kunnen worden afgebakend op kleinstedelijk en regionaalstedelijk niveau. Hiervoor werden tussentijdse kaarten met consensus- en discussiegebieden uitgetekend.

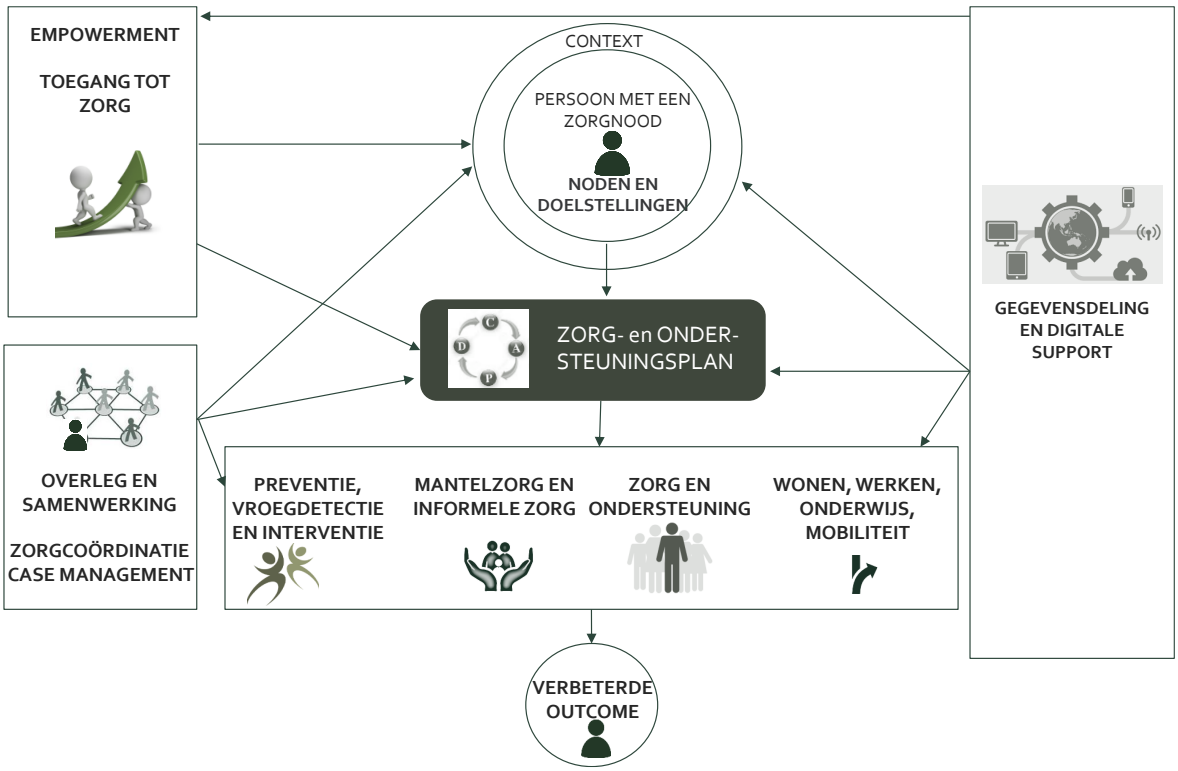
Niveau beleid

Het beleidsniveau zal een belangrijke rol spelen bij het uittekenen van een kader waarbinnen men kan werken. Dit gaat over het opbouwen van regelgeving rond bv. buurtgerichte zorg, klachten en patiëntenparticipatie, het uittekenen van een kwaliteitsbeleid, het opzetten van zorg- en welzijnsdoelstellingen, voorzien van stimuli om te komen tot een geïntegreerd systeem van gegevensdeling, het uitwerken van een financieringssysteem, het stimuleren van innovatie en ondernemerschap...

3. Essentiële bouwstenen voor geïntegreerde zorg

3.1. Bouwstenen voor geïntegreerde zorg op het niveau van de individuele persoon

Het eerste luik van de synthesetekst gaat in op een aantal essentiële bouwstenen om op het niveau van de persoon met een zorgnood tot meer **geïntegreerde zorg** te komen. De focus ligt hierbij op personen met een **complexe en langdurige zorgvraag**.



Figuur 2 - Essentiële bouwstenen voor geïntegreerde zorg op het niveau van de individuele persoon

3.1.1. Noden en doelstellingen

Het nastreven van een goede kwaliteit van leven voor en door elke burger is het ultieme doel van een geïntegreerde zorg en ondersteuning. We vertrekken daarom vanuit de **noden, doelstellingen, mogelijkheden en context** van de persoon met een zorgnood en zijn omgeving. Dit betekent dat naast de **geobjectiveerde zorgnood/zorgbehoefte** zelf ook **kwaliteit van leven en autonomie, sociale participatie en re-integratie** worden meegenomen. De persoon met een zorgnood is meer dan enkel zijn hulpvraag en wordt als persoon in zijn geheel (holistisch) benaderd.

Dit impliceert een paradigmashift van een ziektegeoriënteerde naar een **doelstellingsgeoriënteerde aanpak**. De doelstellingen, noden en behoeften van de persoon met een zorgnood vormen het

vertrekpunt in elke interactie met een zorgaanbieder. De zorgaanbieders hebben een coachende en luisterende rol. Om deze paradigmashift te realiseren is er opleiding nodig voor zorgaanbieders rond doelstellingsgericht werken en hebben zorgaanbieders tijd nodig om deze c**oachende en luisterende rol** op te nemen.

Ook is er een **instrument** nodig waardoor de doelstellingen van de persoon met een zorgnood door de persoon zelf of met ondersteuning in kaart kunnen worden gebracht (bv. op het vlak van kwaliteit van leven, sociale participatie,...). Hierbij is afstemming met het BELRAI instrument nodig. Het is belangrijk dat deze doelstellingen geïntegreerd worden in het **interdisciplinair Elektronisch Patiëntendossier** zodat elke zorgaanbieder zicht heeft op de doelstellingen van deze persoon. Deze doelstellingen zouden de persoon met een zorgnood en de zorgaanbieders als eerste moeten kunnen zien als ze het Elektronisch Patiëntendossier openen.

3.1.2. Doelstellingsgeoriënteerd zorg- en ondersteuningsplan

Vertrekkend vanuit de **doelstellingen** van de persoon met een zorgnood wordt er een zorg- en ondersteuningsplan uitgewerkt. Dit plan is een belangrijk middel om **interdisciplinair**[4] vast te leggen wat er nodig is om de afgesproken doelstellingen te realiseren en om te verduidelijken wie waarvoor **verantwoordelijk** is. Het kan ook vastleggen welk aandeel de persoon met een zorgnood zelf of zijn mantelzorger voor zijn rekening neemt. Het is belangrijk dat in functie van de doelstellingen van de persoon en de context de verschillende aspecten van geïntegreerde zorg opgenomen zijn in dit plan, namelijk:

- preventie, vroegdetectie en interventie
- ondersteuning door mantelzorg en informele zorg
- zorg en ondersteuning
- wonen, werken, onderwijs en mobiliteit

De mate waarin deze aspecten aan bod komen, zal afhankelijk zijn van de noden en doelstellingen van de persoon. Dit plan kan door de persoon met een zorgnood worden vormgegeven met ondersteuning

---

[4] Veyt, A. (2014) Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn, Antwerpen, Garant Uitgevers: *"Bij multidisciplinair samenwerken heeft elke discipline vanuit zijn eigen professionaliteit en expertise een inbreng. Het multidisciplinaire team kan zichzelf verheffen tot een interdisciplinair team wanneer er via intercollegiaal overleg en overleg met de patiënt en zijn vertegenwoordigers naar gezamenlijke doelstellingen en een zorgplan toe wordt gewerkt. Het vereist inzicht in de deskundigheid van de andere disciplines en de bereidheid de eigen werkzaamheden ter discussie te laten stellen. Naarmate er meer gemeenschappelijkheid van taken is en er meer disciplines actief samenwerken, is er meer interdisciplinariteit."*

van een interdisciplinair team en wordt geëvalueerd en bijgestuurd indien zaken wijzigen (Plan – Do – Check – Act).

De bestaande zorgplannen dienen hiertoe geëvalueerd te worden en geïntegreerd te worden in het interdisciplinair Elektronisch patiëntendossier.

3.1.3. Empowerment en toegang tot zorg

In het 'Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken. Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid.' werd **empowerment** als volgt gedefinieerd: "*aan elke persoon de ondersteuning en informatie geven die nodig zijn om hem in staat te stellen, rekening houdend met de grenzen van zijn mogelijkheden en in functie van zijn eigen doelen en motivatie, voor zichzelf te zorgen en een actieve rol op te nemen in zijn zorgproces en in zijn leven (zelfmanagement). Hiervoor is het nodig de persoon en zijn mantelzorger te informeren, naar hem/haar te luisteren, hem/haar op te leiden en te ondersteunen,...*". Het is een proces van zelfversterking die de persoon een actieve rol geeft in zijn eigen zorgproces en leven.

Bij kwaliteitsvolle integrale zorg is empowerment **het uitgangspunt bij elk contact van een persoon met een zorgaanbieder, een dienst, een organisatie of overheid**. Iedereen betrokken bij zorg- en hulpverlening dient de focus op het "zorgend" aspect om te zetten naar een focus op de **verhoging van de zelfredzaamheid** van de persoon met een zorgnood. Er dient ook voldoende aandacht geschonken te worden aan personen met een zorgnood die niet meer in staat zijn om de regie zelf op te nemen en/of personen die niet over voldoende mantelzorg beschikken.

De persoon met een zorgnood dient **duidelijk geïnformeerd** te worden (**informed consent**). Door de zorgaanbieder dient tijd voorzien te worden voor dialoog, met respect voor het tempo van de persoon met een zorgnood. Ook dient de persoon met een zorgnood betrokken te worden bij de besluitvorming over zijn zorg- en ondersteuningsproces (**shared decision making**). Een geïnformeerde toestemming betekent vooral een toestemming op basis van mondelinge informatie. Het betekent dus niet dat alles schriftelijk dient worden vastgelegd.

De persoon dient **betrouwbare informatie** te kunnen raadplegen. Het is daarbij belangrijk dat de overheid erover waakt dat er kwaliteitsvolle gezondheidsinformatie beschikbaar is. Ook op het vlak van **elektronische toepassingen en apps** dient de overheid ervoor te zorgen dat de persoon met een zorgnood kan achterhalen wat waardevol is en wat niet. Ook een **elektronisch patiëntendossier** met lees- en schrijfrechten voor de persoon met een zorgnood is een belangrijk middel in het empoweren van de persoon met een zorgnood.

De persoon dient te weten waar hij/zij terecht kan voor een vraag over zorg en organisatie van zorg. Daarom pleiten we voor **één gemeentelijk informatiepunt** – met één algemeen telefoonnummer, één overzichtelijke website,... – dat fungeert als voordeur voor het hele gamma van diensten *(zie 2.2.3 Lokale informatiepunten).*

Daarnaast moet de zorgverlening volkomen **toegankelijk** zijn, in alle betekenissen van dat woord. Iedereen, ongeacht zijn zorgbehoefte, zijn graad van empowerment, zijn geletterdheid, zijn inkomen, zijn afkomst en herkomst, zijn sociaaleconomische status,... heeft recht op de beste zorgverlening en dus moet die zorgverlening, ook in de taal die ze hanteert, aangepast zijn aan iedereen. Ook de moeilijkst bereikbare mensen dienen bereikt te worden. Hierbij wordt vertrokken vanuit een universele benadering waarbij verhoudingsgewijs sterker wordt ingezet op die groepen die iets meer of iets anders nodig hebben (proportioneel universalisme[5]).

Het is nodig om te investeren in **cultuursensitieve zorg en ondersteuning**, wat integraal behoort tot kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning. Cultuurgevoeligheid gaat over de houding, kennis en methodes die de hulpverlener zelf bezit en hanteert opdat de hulpverlening toegankelijk en kwalitatief zou zijn voor iedereen ongeacht zijn cultuur en achtergrond. Er dient meer aandacht besteed te worden aan de basisopleiding, tolken, informatie in verschillende talen,...

Ook op het vlak van **financiële toegankelijkheid** werden een aantal aanbevelingen geformuleerd:

- 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 eerstelijn (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 aanrekenen.

[5] Deze term werd door Michael Marmot voor het eerst gebruikt. “Focusing solely on the most disadvantaged will not reduce health inequalities sufficiently. To reduce the steepness of the social gradient in health, actions must be universal, but with a scale and intensity that is proportionate to the level of disadvantage. We call this proportionate universalism.” Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Executive Summary. February 2010.

3.1.4. Mantelzorg en informele zorg

Het staat vast dat de demografische ontwikkelingen de nood aan en het gebruik van langdurige zorg en ondersteuning zullen doen stijgen. In deze context zal de zorg verstrekt door de familieleden, vrienden en buren een steeds belangrijkere plaats innemen. In het recent gepubliceerde **Mantelzorgplan**[6] worden een heel aantal acties naar voor geschoven om dit te bewerkstellingen. Het verder versterken van een ondersteunend beleid voor mantelzorg en informele zorg dat drempels wegwerkt (sociale wetgeving, tijdskrediet, fiscaliteit rond wonen, fiscaliteit vrijwilligerswerk,...) is noodzakelijk.

Het is ook van belang dat mantelzorgers en informele zorgaanbieders een **plaats** hebben in het **doelstellingsgeoriënteerd zorg- en ondersteuningsplan.** Ook zou de informele zorgaanbieder **toegang** kunnen krijgen tot een **elektronisch zorgdossier**. Deze hoeft daarom niet alles te kunnen inkijken, maar we houden rekening met privacy en efficiëntie: wat is nuttige informatie om op te nemen en wat niet. Belangrijk hierbij is dat de persoon met een zorgnood, indien mogelijk, ook altijd zelf toegang heeft tot zijn/haar zorgdossier.

We dienen ook in te zetten op sensibilisering om **mantelzorgers te leren herkennen**. Hulpverleners, zoals apothekers, huisartsen,... maar ook andere zoals bv. gezinszorg en thuiszorg kunnen hierin een belangrijke rol spelen en dienen de nodige opleiding te krijgen. Ook dient de draagkracht en draaglast van de mantelzorger gemonitord te worden, zodat op een systematische manier de vinger aan de pols kan worden gehouden.

Tot slot bevelen we aan dat personen met een zorgnood hun **persoonsvolgend budget** ook deels kunnen inzetten voor het verkrijgen van **informele zorg en ondersteuning**.

3.1.5. Preventie, vroegdetectie en vroeginterventie

Elke zorgaanbieder heeft een belangrijke **rol** op vlak van **vroegtijdige en evidence based detectie en interventie** bij risicogroepen. Het aanbod aan bevolkingsonderzoeken, georganiseerd door de Vlaamse Overheid, moet bij deze risicogroepen kenbaar gemaakt worden. Een gerichte doorverwijzing naar en opvolging van de resultaten van deze bevolkingsonderzoeken behoort tot de taak van de zorgaanbieder (voornamelijk de huisarts).

[6] http://www.jovandeurzen.be/nl/vlaanderen-zet-op-waardering-en-ondersteuning-van-mantelzorgers

Bij personen met een complexe en langdurige zorgnood moet er ook ruimte zijn voor een preventieve aanpak. Hier gaat het dan concreet over interventies die gericht zijn op het voorkomen van het verergeren van de situatie, waardoor de zorg nog toeneemt in complexiteit. De preventieve aanpak overstijgt hier het louter medische. Om een antwoord te kunnen bieden op de gedetecteerde noden moeten concrete **afspraken** gemaakt worden tussen zorgaanbieders. Voorbeelden hiervan zijn: een lokaal dienstencentrum dat wordt ingezet rond vereenzaming of de huisarts die vroegtijdig depressie signaleert bij een eerstelijnspsycholoog. Ook gezinszorg, thuiszorg en maatschappelijk werk kunnen een belangrijke taak opnemen op het vlak van risicosignalering en vroegsignalering aangezien zij vaak langdurig aanwezig zijn bij een gezin. Daarnaast is het ook mogelijk dat zaken doorgegeven worden vanuit maatschappelijke noodzaak, bijvoorbeeld binnen de jeugdhulp wanneer de integriteit van kinderen in gevaar is.

Beleidsmatig kan nagedacht worden over het uitwerken en opvolgen van **resultaatsgebonden doelstellingen** rond vroegdetectie en vroeginterventie bij personen met een complexe en langdurige zorgnood. Het lijkt eveneens aangewezen dat bekeken wordt hoe **e-health, slimme EPD's of besliskundige support tools** structureel kunnen bijdragen hieraan. Ook dient er meer aandacht te zijn voor de **detectie van lokale noden** en het uitwerken en evalueren van **lokale initiatieven** op vlak van bv. bewegen, gezonde voeding, (geestelijke) zelfzorg, sociale netwerken en buurtzorg.

3.1.6. Zorg en ondersteuning

Deze bouwsteen[7] omvat de diverse activiteiten van de zorgaanbieders en organisaties die ertoe bijdragen dat algemene zorg en ondersteuning wordt aangeboden aan de persoon met een zorgnood, ongeacht de plaats waar hij verblijft (thuis of in een thuisvervangende omgeving) en ongeacht de aard van zijn zorg- en ondersteuningsvraag.

Over deze bouwsteen formuleerden de verschillende werkgroepen een aantal aanbevelingen:

- Er is nood aan **flexibilisering van de thuiszorg**, aangepast aan het ritme en leven van de persoon met een zorgnood: per uur, 's avonds en 's nachts.
- Er dient werk gemaakt te worden van de **financiering van de eerstelijnsgeestelijke gezondheidzorg**, inclusief de terugbetaling van de klinisch psycholoog als een verruiming van het

[7] Van den Heuvel, B. (2014). *Netwerkzorg. Een nieuw organisatieconcept voor personen met een complexe, langdurige zorg- en ondersteuningsvraag*

eerstelijnsaanbod, gebruik makend van innovatieve financieringsmechanismen in plaats van de klassieke prestatiefinanciering.

- Het is wenselijk om, vanuit de specifieke vragen inzake zorg en welzijn, zorgzaam gebruik te maken van een combinatie van een **offline- en online hulp- en zorgaanbod**. Hierbij kan de persoon met een zorgnood mee bepalen welke kanalen voor hulp en zorg ingezet worden.

Ook naar de **zorgaanbieders** werden een aantal aanbevelingen geformuleerd:

- In de huisartsenpraktijk elke chronische patiënt screenen op **GGZ comorbiditeit** en ook daar de eerste zorg aanbieden.
- Aandacht geven aan psychische problemen bij somatische vragen en noden omdat ze vaak worden afgedaan als 'psychisch' en vice versa.

3.1.7. Wonen, werken, onderwijs, mobiliteit

In veel gevallen betekent het omgaan met een chronische aandoening of beperking, met al zijn gevolgen en daaraan gekoppelde risico's, een hele aanpassing in de levensstijl van de persoon (bv. verminderde mobiliteit, beperkte fysieke capaciteit, nood aan rusttijd, aangepast dieet, innemen van geneesmiddelen, aangepaste medische zorgen en opvolgen,...). Deze aanpassingen houden dan ook vaak in dat sociale en/of beroepsmatige participatie moeilijk wordt en dit kan leiden tot arbeidsongeschiktheid, minder inkomsten, vermindering van de kwaliteit van leven, gevoel van maatschappelijke nutteloosheid,... Specifieke maatregelen zijn nodig om deze vicieuze cirkel te doorbreken.[8] Hierbij is het belangrijk dat vertrokken wordt van de mogelijkheden van de persoon en niet van zijn beperkingen.

Het is daarom belangrijk dat wonen, werken, onderwijs en mobiliteit een plaats krijgen bij het opmaken en uitvoeren van het **zorg- en ondersteuningsplan** van de persoon met een zorgnood. Hiervoor dient de opleiding en attitude te wijzigen. Ook dient **levenslang thuis wonen** gestimuleerd te worden door het inzetten van technologie (bv. telecoaching), hulpmiddelen en deskundigen in het kader van woningaanpassingen (bv. ergotherapeuten). Ook is het belangrijk dat de scholen, de begeleiding in het kader van het **M-decreet** en het **CLB** betrokken worden bij het **interdisciplinair overleg rond kinderen met een zorgnood**. Het is aan te bevelen dat er hiervoor in overleg gegaan wordt met de betrokken beleidsdomeinen, aangezien zij geen deel uitmaakten van de werkgroepen.

[8] Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken – geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid

3.1.8. Samenwerking, overleg en coördinatie

Samenwerking, overleg en coördinatie binnen de eerste lijn

Om de zorg en ondersteuning van personen met een zorgnood te verbeteren is er meer nood aan **samenwerking**. Via **interdisciplinair overleg en in overleg met de persoon met een zorgnood** dient het doelstellingsgeoriënteerd zorg- en ondersteuningsplan uitgewerkt en opgevolgd te worden.

Daarenboven is er op het niveau van de buurt of gemeente nood aan samenwerkingsafspraken tussen de **eerstelijnszorgaanbieders en -voorzieningen**. Deze samenwerkingsafspraken dienen gezondheid en welzijn te omvatten en dit voor preventie, curatie en palliatie. Er zijn ook afspraken nodig over de communicatie met de andere zorglijnen en de begeleiding van de persoon met een zorgnood/burger in zijn tocht doorheen de andere lijnen.

Een vergaande vorm van samenwerking die door een deel van de leden van de werkgroepen integrale zorg en personen met een zorgnood naar voor geschoven wordt, zijn eerstelijnsnetwerken op het niveau van de buurt of gemeente[9]. **Kenmerken** van een dergelijk eerstelijnsnetwerk zijn:

- De persoon met een zorgnood komt in het netwerk via zijn inschrijving bij één van de zorgaanbieders. Het veranderen van netwerk is vlot mogelijk.
- Het eerstelijnsnetwerk is verantwoordelijk voor de personen met een zorgnood die ingeschreven zijn binnen het netwerk. De persoon met een zorgnood moet er terechtkunnen met zijn zorg- en/of ondersteuningsvraag en de garantie hebben om proactief opgevolgd te worden.
- Het eerstelijnsnetwerk is multidisciplinair: de persoon met een hulpvraag krijgt binnen dit netwerk de garantie dat elk soort voorziening aanwezig is (ergotherapie, kinesitherapie, verpleegpraktijk, gezinszorg,...).
- Het is aangewezen dat de netwerken voldoende groot zijn zodat de persoon binnen het netwerk keuze heeft per discipline.
- De zorgaanbieders hoeven niet op één plaats gelokaliseerd te zijn.
- De toegankelijkheid wordt gewaarborgd.
- Deze voorzieningen dienen transparant te zijn over het zorgaanbod en de kwaliteit.

[9] In het voorstel dat uitgewerkt werd door De Maeseneer J, Aertgeerts B., Remmen R. & Devroey D. (2015) in 'Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit' verzorgt een eerstelijnsnetwerk in een ruraal gebied minimaal 5.000 burgers, in een stedelijk gebied minimaal 10.000.

- Als de persoon met een zorgnood een zorgaanbieder kiest uit één discipline die geen deel uitmaakt van het netwerk wordt de kwaliteit van zorg en afstemming zo goed mogelijk gegarandeerd.
- Bij aanmelding van nieuwe problemen kan 85 à 95% van deze problemen op niveau van de eerste lijn samen met de persoon met een zorgnood opgelost worden. Een tijdige, gerichte doorverwijzing wordt gewaarborgd waar nodig.
- Een zorgaanbieder kan bij meerdere netwerken aangesloten zijn.
- Er zijn structurele samenwerkingsafspraken tussen de zorgaanbieders binnen het netwerk.

Zorgcoördinatie

De persoon met een zorgnood neemt naar eigen draagkracht zelf regie op in zijn zorg en ondersteuning. Als hij dit niet zelf wenst of kan opnemen dan kan de mantelzorger, mits akkoord van de persoon met een zorgnood, een regierol opnemen. De persoon met een zorgnood of mantelzorger heeft echter niet altijd zelf het overzicht over welke zorg ontbreekt of in de toekomst nodig kan zijn. Het is daarom belangrijk dat de zorgaanbieders aangeven wat toekomstige stappen en mogelijkheden zijn en dit bespreken met de persoon met een zorgnood. Op basis van deze informatie kan de persoon met een zorgnood regie blijven houden en keuzes maken op basis van transparante informatie.

Bij meerdere aandoeningen, problemen of zorgen kan het zijn dat dit niet volstaat en is het belangrijk dat elke persoon met een zorgnood een zorgcoördinator kan aanduiden. Deze zorgcoördinator neemt de regie van de persoon met een zorgnood NIET over maar werkt samen met de persoon met een zorgnood.

De zorgcoördinator is geen nieuw te creëren functie. Het is een zorgaanbieder die actief zorg of ondersteuning verleent aan de persoon met een zorgnood en zijn mantelzorger(s) en die de rol van zorgcoördinator opneemt. De persoon met een zorgnood kan deze persoon uit zijn zorgteam zelf aanduiden. Meestal zal het gaan om een zorgaanbieder die kort bij de persoon zelf staat en die een goede vertrouwensband heeft met de persoon met een zorgnood en zijn mantelzorger(s). Elke discipline of dienst komt in aanmerking. Afhankelijk van de hoofdproblematiek(en) kan een bepaalde discipline meer aangewezen zijn om deze rol op te nemen. Weliswaar blijft het de persoon met een zorgnood zelf die kiest.

Door de verschillende werkgroepen werd volgende input meegegeven voor de rol van de zorgcoördinator:

- Exploreert wat de doelstellingen van de persoon met een zorgnood zijn en of de zorg en ondersteuning daarmee overeenstemt.

- Krijgt het mandaat en neemt dit ook op om andere teamleden van het multidisciplinaire team aan te spreken of erbij te halen.
- Stelt op basis van deze doelstellingen een zorg- en ondersteuningsplan op, en volgt de realisatie van de afspraken gemaakt in het plan op. Gaat na of de gemaakte afspraken tussen de zorgaanbieders en ondersteuningsdiensten in het netwerk worden opgevolgd.
- Bespreekt een tekort aan zorg en ondersteuning of overbodige zorg en ondersteuning met de persoon met een zorgnood op basis van zijn doelstellingen.
- Werkt nauw samen met de mantelzorger en biedt ondersteuning aan de mantelzorger.
- Gaat regelmatig na of elke component van geïntegreerde zorg van toepassing is (vb. preventie, aanwezigheid en ondersteuning van mantelzorger,…).
- Heeft een signaalfunctie naar de bovenliggende structuren *(zie: 2.2.4 samenwerking op het mesoniveau),* met het oog op het remediëren van structurele knelpunten.
- Heeft geen aparte opleiding nodig. Zorgcoördinatie dient deel uit te maken van de basisopleiding.
- Wordt vergoed om deze rol en taak op te nemen.

Voor zeldzame ziektes ligt een coördinerende rol niet altijd in de eerste lijn. Het kan zijn dat een huisarts in heel zijn loopbaan maar één patiënt met een bepaalde zeldzame ziekte als patiënt tegenkomt. De coördinerende rol ligt dan meestal elders. Het is wel belangrijk dat de zorgaanbieders op de hoogte worden gehouden van de zorg voor en rond de persoon met een zeldzame ziekte en zo expertise kunnen opdoen, de aandoening kunnen plaatsen binnen de multimorbiditeit van de persoon met een zorgnood en de noodzakelijke continuïteit kunnen realiseren.

Ook voor personen met een chronische ziekte die pas gediagnosticeerd zijn en buiten de huisarts en specialist weinig zorgaanbieders rond zich hebben, dient bekeken te worden hoe dit kan ingevuld worden.

Case management

In sommige situaties worden gemaakte zorg- en ondersteuningsafspraken niet nagekomen (door tijdsgebrek, onduidelijkheid, miscommunicatie,...) en is een intensievere mate van opvolging nodig. In dat geval zal een zorgcoördinator alleen niet volstaan om de zorg optimaal te laten verlopen. In een beperkt aantal complexe, niet goed lopende zorgsituaties kan een case manager aangewezen zijn om het zorgproces te ondersteunen totdat de zorgcoördinator het terug kan overnemen. Zowel de persoon met een zorgnood, zijn mantelzorger, een zorgaanbieder of ondersteuningsdienst kunnen alarm slaan en – in overleg met het zorgteam – een case manager inroepen. Deze case manager ondersteunt de persoon met een zorgnood in nauwe samenspraak met de persoon zelf, zijn mantelzorger(s) en de andere zorgaanbieders. Personen met meerdere zorgnoden, zonder

mantelzorger of met lage gezondheidsvaardigheden kunnen sneller nood hebben aan zorgcoördinatie en eventueel ook case management.

Deze case manager zien we als:

- Een aparte functie, met een eigen professionele kwalificatie.
- Een neutrale en onafhankelijke functie.
- Een persoon die in team werkt op een mesoniveau.
- Iemand die geen zorg- of ondersteuningstaak op zich neemt.
- Iemand die kan genieten van supervisie en intervisie.
- Iemand die naargelang de noden in de populatie zich kan toeleggen op geestelijke gezondheid, ouderenzorg, chronische zorg,…

3.1.9. **Gegevensdeling en digitale support**

Een goede en vlotte digitale deling van gegevens van en met de persoon met een zorgnood is een noodzakelijke voorwaarde voor geïntegreerde zorg. In het onderdeel *2.2.5. Kernvoorwaarden op beleidsniveau, E-gezondheid een geïntegreerd systeem van management van informatie en beslissingsondersteuning* wordt hierop dieper ingegaan.

3.1.10. **Verbeterde outcome**

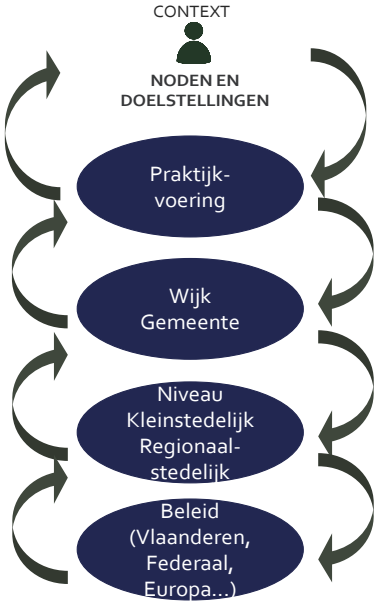
Ultiem dient de ervaren kwaliteit van de persoon met een zorgnood, de zorgkwaliteit en de patiëntveiligheid meetbaar te verbeteren. In het onderdeel kwaliteitsbeleid (zie *2.2.5 Kernvoorwaarden op beleidsniveau, Kwaliteitsbeleid*) wordt dit luik verder uitgewerkt.

3.2. Bouwstenen op het vlak van de organisatie van zorg

Zoals uit het bovenstaande luik omtrent het niveau van de individuele persoon blijkt, bestrijken de bouwstenen voor geïntegreerde zorg het volledige zorgcontinuüm van vroegtijdige zorgplanning, cure, care en palliatieve zorg. Binnen dit zorgcontinuüm beogen we een continue zorg en ondersteuning zodat de persoon met een zorgnood geen hinder ondervindt in de zorgovergangen. Dit vraagt naast een vlotte samenwerking en goede afspraken tussen de persoon met een zorgnood en de professionele zorgaanbieder binnen de eerste lijn ook een naadloze overgang tussen lijnen en sectoren. Hiervoor is interdisciplinaire en intersectorale samenwerking nodig.

3.2.1. Een model voor samenwerking tussen de verschillende niveaus.

Zoals hierboven toegelicht vertrekt een geïntegreerde aanpak van zorg vanuit de situatie van de persoon met een zorgnood (en zijn mantelzorger) en de doelstellingen die de persoon vooropstelt. Van daaruit wordt de meest geschikte zorg en ondersteuning verleend door de juiste persoon, op het juiste moment en gedurende de vereiste tijdspanne. Voor personen met zorg- en ondersteuningsnoden, waarbij verschillende actoren met betrekking tot zorg en welzijn betrokken zijn, is er overleg nodig en is het noodzakelijk dat de acties worden gecoördineerd, zowel op het niveau van zorg rond de individuele persoon (= niveau praktijkvoering, microniveau), maar ook op het niveau van de wijk en de gemeente, als op kleinstedelijk/regionaal-stedelijk niveau (= het mesoniveau) en op beleidsniveau. We willen daartoe een sterk georganiseerde eerste lijn creëren.



Figuur 3 – Model voor samenwerking tussen de verschillende niveaus

In dit kader heeft elk niveau zijn taken en verantwoordelijkheden[10] en elk niveau ontvangt input van de andere niveaus en kan op basis daarvan bijsturing of aansturing voorzien. Het betekent dat we gaan denken in cirkels waarin het ene niveau invloed heeft op het andere en zo het systeem in beweging houdt. Op elk niveau en ook tussen de niveaus wordt er aldus structureel samengewerkt.

[10] Een overzicht van de taken die werden gedefinieerd voor elk van deze niveaus kan teruggevonden worden in het tussentijds rapport van de werkgroep 'taakstelling en structuurintegratie'.

3.2.2. Samenwerking, overleg en coördinatie binnen de eerste lijn (praktijkvoering)

Samenwerking, overleg en coördinatie op het niveau van de praktijkvoering werden uitgewerkt bij de bouwstenen voor geïntegreerde zorg op het niveau van de individuele persoon (zie *2.1.8 Samenwerking, overleg en coördinatie*).

3.2.3. Samenwerking op het niveau van de wijk en de gemeente

Buurtgerichte zorg

Buurtgerichte zorg[11] wil de best mogelijke zorg en ondersteuning bieden aan iedereen in de buurt en in het bijzonder aan kwetsbare personen en personen met hulp- en zorgnoden zoals ouderen, personen met een handicap, mensen met psychische problemen,... Daartoe richt het zich tot iedereen in de buurt en bevordert het wederkerigheid.

Vertrekkende van de noden en verwachtingen van de personen met een zorgnood/burgers dient de informele en formele zorg en ondersteuning beter op elkaar afgestemd te worden. Hiervoor is een goede samenwerking nodig tussen alle professionele actoren, samen met de informele zorgaanbieders (buren, vrijwilligers en mantelzorgers). Op het niveau van de buurt is er een laagdrempelig contactpunt nodig om noden te capteren, samenwerking te faciliteren en informele zorg te promoten en te ondersteunen. Dit contactpunt organiseert overleg op wijkniveau.

Buurtgerichte zorg investeert in buurtvoorzieningen, lokale diensten en buurtmobiliteit en maakt deel uit van een recente ontwikkeling om naar 'slimme buurten' te evolueren. Er zijn al goede deelpraktijken waarvan learnings, principes en modellen moeten meegenomen worden zoals de wijkgezondheidscentra, zorgnetwerken, lokale dienstencentra, dementievriendelijke gemeenten, gezonde gemeenten (Vigez), Huizen van het kind, herstelcafés, Tejo-huizen, vrijwillige taxi-diensten, boodschappendiensten, buddywerking…

Lokale informatiepunten

Personen met een zorgbehoefte/burgers zijn vaak op zoek naar informatie over zorg en welzijn maar weten niet altijd waar ze hiervoor terecht kunnen. Er is nood aan één lokaal, neutraal punt waar mensen met hun vragen over zorg en welzijn terecht kunnen, een soort 1-loketfunctie. Dit informatiepunt dient heel de gezondheids- en welzijnssector te dekken. Het informatiepunt informeert

[11] Dit onderdeel in het tussentijds rapport van de werkgroep 'patiënt/burger centraal' is gedeeltelijk gebaseerd op de visietekst 'Buurtgerichte zorg. De actief zorgzame buurt als toekomstmodel voor Vlaanderen en Brussel.'

over het aanbod en de beschikbaarheid, over rechten en plichten, en kan verwijzen naar inhoudelijke informatie over gezondheid en welzijn. Het is als het ware de lokale GPS van de welzijns- en gezondheidssector. Het dient uiteraard te beschikken over een sociale kaart. Dit **lokaal informatiepunt** (bv. zorgloket) heeft een regierol op gemeentelijk niveau.

Klachtenbehandeling

Klachtenbemiddeling en -behandeling dient onderdeel te zijn van een kwaliteitsbeleid dat de zorg wil optimaliseren en ook structurele verbeteringen wil aanbrengen. Om dit te realiseren dient er een getrapt model van klachtenbemiddeling en -behandeling ontwikkeld te worden, bestaande uit volgende stappen:

a. Aandacht om preventief aan kwaliteitsvolle zorg te werken (transparant communiceren, meten van tevredenheid,...).
b. Intern klachtenmanagement.
c. Klachtenbemiddeling en –behandeling bij een onafhankelijke klachteninstantie.

Er is nood aan een neutraal lokaal informatie- en ondersteuningspunt waar personen met een zorgnood informatie krijgen en geholpen worden bij het neerleggen van een klacht. Dit kan opgenomen worden door het lokaal informatiepunt, zoals in het vorig punt beschreven. Klachten kunnen ingediend worden door burgers/personen met een zorgnood, mantelzorgers, zorgaanbieders, ...

Over deze lokale punten heen, dient een netwerk van regionale contactpunten klachtenbehandeling georganiseerd te worden. Deze contactpunten dienen alle klachten te kunnen bemiddelen en behandelen die te maken hebben met zorg en welzijn, ook klachten die betrekking hebben op federale bevoegdheden (bv. patiëntenrechten). Een regionaal contactpunt klachtenbehandeling moet op een fysieke, toegankelijke locatie georganiseerd worden zodat de burgers hun klacht face-to-face kunnen bespreken.

Deze regionale contactpunten dienen aan de volgende voorwaarden te voldoen:

- Onafhankelijk zijn van een zorgaanbieder of zorginstantie.
- Uniform georganiseerd zijn over heel Vlaanderen.
- Laagdrempelig en toegankelijk zijn.

Op basis van een klachteninventarisatie en goede voorbeelden formuleren zij beleidsaanbevelingen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Het is dan aan de overheid, de lokale groepspraktijken en de mesostructuren om de aanbevelingen aan te grijpen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

3.2.4. Samenwerking op het kleinstedelijk en regionaalstedelijk niveau (het mesoniveau)

Taakstelling

In de werkgroep 'Taakstelling en structuurintegratie' vond een uitgebreide denkoefening plaats over de taken/functies die door ondersteunende diensten in het hertekende gezondheidslandschap moeten uitgeoefend worden om de praktijkuitvoerende structuren/zorgaanbieders te faciliteren in hun core business: de personen met een zorgnood bijstaan. De werkgroep is daarbij doelbewust niet gestart vanuit een opsomming van de huidige taken maar is op basis van de input van de werkgroepen 'Persoon met een zorgnood centraal' en 'Bouwstenen voor geïntegreerde zorg' aan de slag gegaan om een overzicht van op te nemen taken op te stellen. Vervolgens werd elk van de taken toegewezen aan een niveau.

In het tussentijds rapport van de werkgroep 'Taakstelling en structuurintegratie' is een overzicht opgenomen van taken, inclusief het niveau waarop deze taak dient neergelegd te worden. Hierbij werd los van enige structuur gekeken welk functioneel niveau deze taak het best kan uitvoeren rekening houdende met de doelstelling om zo efficiënt mogelijk het werk te realiseren[12].

De lijst van taken is uitgebreid en hier zal initieel zeker een prioritering nodig zijn. Het geeft wel aan dat voor de ontwikkeling van de gezondheids- en welzijnszorg op de eerste lijn er nood is aan ondersteunende structuren. Vaak roepen deze structuren (zeker bij de zelfstandige zorgaanbieders) weerstand op omdat ze vrezen voor een bureaucratische middenkader en verlies van autonomie. Het is een bezorgdheid die we in deze werkgroep zeker meenemen maar het takenoverzicht toont aan dat deze taken niet meer op basis van vrijwillige engagementen kunnen opgenomen worden. Een professionalisering dringt zich hier op wil de eerste lijn (zorg en welzijn) zich verder kunnen ontwikkelen en de rol opnemen in de chronische zorg die ze claimt. Dit zal voor alle actoren een aanpassing met zich meebrengen in de manier van werken maar dat is een conditio sine qua non wil men werkelijk de overstap maken van acute naar chronische zorg, van reactieve naar proactieve zorg.

In de verdeling van de taken per niveau zijn een aantal grote lijnen te trekken.

- Het Vlaamse niveau zal een belangrijke rol krijgen in het uittekenen van een kader waarbinnen andere organisaties kunnen werken. Dit gaat onder meer over het opbouwen van regelgeving voor buurtgerichte zorg, het uitwerken van regelgeving die patiëntenparticipatie voorziet, het

[12] Hierbij werd uitgegaan van de benamingen per niveau zoals ze nu circuleren (kleinstedelijk, regionaal stedelijk) maar er is waarschijnlijk een gepastere benaming nodig

uitwerken van richtlijnen voor gegevensdeling, het uitwerken van een kader voor case management en zorgcoördinatie, het opzetten van een website/platform voor een sociale kaart, het uitwerken van een transparant klachtenbeleid, het uitwerken van een kader voor samenwerkingsverbanden (binnen de eerste lijn en tussen de eerste en tweede lijn), het ontwikkelen van multidisciplinaire aanbevelingen, het opstellen van zorg- en welzijnsdoelstellingen,…

- Op het regionaal stedelijk niveau werden taken voorzien die zich afspelen:
  - op het niveau van intervisie/vorming/ondersteuning (bv intervisie/ondersteuning case managers, vormingen organiseren grotere organisaties).
  - op het niveau van facilitatie van operationalisatie van taken (bv. faciliteren operationalistaie aanbevelingen/zorgpaden).
  - op het niveau van coördinatie (bv. goede regionale spreiding van aanbod).
- Het kleinstedelijk niveau krijgt taken in de operationele ondersteuning van zorgaanbieders. Daarnaast is dit niveau belangrijk voor het in kaart brengen van de noden van die regio en het uitwerken van de lokale samenwerkingsverbanden. Taken die aan dit niveau werden toegewezen zijn onder andere:
  - Aanbieden case management.
  - Beheren zorgaanbod.
  - Klachtenbehandeling op een tweede niveau.
  - Geformuleerde doelstellingen aansluiting laten vinden bij praktijkvoering (inclusief opvolging en evaluatie).
  - Operationaliseren samenwerkingsverbanden.
  - Ondersteunen en stimuleren gemeenschaps- en buurtwerk.
- Tenslotte werden nog een aantal taken vastgelegd op het microniveau waarbij het taken betreft die te maken hebben met de rechtstreekse interactie tussen zorgaanbieders en persoon met een zorgnood.

Deze lijst van taken is een basispakket dat zal evolueren naarmate de organisatie van de zorg evolueert. Wij zijn er ons van bewust dat deze lijst niet compleet is. De snelheid waarmee de maatschappij en dus ook het zorg- en welzijnslandschap verandert, zal maken dat deze takenlijst ook constant in evolutie is. Wij denken echter dat in deze lijst van taken een aantal belangrijke taken zitten om het praktijkuitvoerend niveau te ondersteunen.

Structuurintegratie

Daarnaast had de werkgroep de opdracht om een voorstel uit te werken voor de ondersteuningsstructuren binnen de eerste lijn en dit uitgaande van budgetneutraliteit. In de werkgroep werd geen consensus bereikt over een voorstel van ondersteuningsstructuur. In wat volgt geven we een weerslag van de bespreking van de werkgroep met betrekking tot dit onderdeel.

In de werkgroep werden een aantal uitgangspunten voor structuurintegratie vooropgesteld:

1. We willen de persoon met een zorgnood centraal stellen, daarom leggen we de autonomie zo laag mogelijk neer.
2. We willen komen tot meer geïntegreerde zorg.
3. We maken werk van de versterking, afstemming, vereenvoudiging en integratie van de structuren op de eerste lijn.

Meer autonomie op het kleinstedelijke niveau: zorg- en ondersteuningsraad

Zoals weergegeven in één van de uitgangspunten, willen we de persoon met een zorgnood centraal stellen en de autonomie zoveel mogelijk op kleinstedelijk niveau neerleggen. Dit garandeert een grotere betrokkenheid van de zorgverleners en –organisaties zodat een ondersteuning geboden wordt die voor hen echt een verschil maakt. Daarom willen we dat er op dat niveau een strategische zorg- en ondersteuningsraad opgericht wordt waarin zorg- en welzijnsverleners zetelen uit de specifieke zorgregio. Deze strategische zorg- en ondersteuningsraad heeft als doel om:

- de noden binnen de specifieke regio te detecteren en doelstellingen te formuleren.
- deze noden en doelstellingen te vertalen naar een strategisch plan voor de komende 4 à 5 jaar en een jaarlijks actieplan, welke beide nadien tot uitvoering worden gebracht op het kleinstedelijk niveau met de medewerking van een aantal stafmedewerkers.
- te zorgen voor een goede afstemming binnen de regio en met de aanpalende regio's

Het bereik van deze strategische zorg- en ondersteuningsraad gaat van preventie over curatie tot palliatie, voor welzijn en de gezondheidszorg. Aan de oprichting van deze strategische zorg- en ondersteuningsraad zijn een aantal **randvoorwaarden** verbonden:

- De strategische zorg- en ondersteuningsraad dient een duidelijk mandaat te krijgen.
- De strategische zorg- en ondersteuningsraad dient objectief, neutraal en representatief te zijn.
- Alle zorg- en welzijnsactoren uit de regio kunnen input geven bij het uitwerken van het strategisch plan.
- Er is ondersteuning nodig om de kleinstedelijke regio's te begeleiden bij het uitwerken en uitvoeren van het strategisch plan.

- Vlaanderen kan een aantal beleidslijnen meegeven waarbinnen de strategische zorg- en ondersteuningsraad zijn plannen dient uit te werken (bv. gezondheids- en welzijnsdoelstellingen).
- De autonomie van de kleinstedelijke regio's is voldoende groot om zelf invulling te kunnen geven aan de opdrachten die door Vlaanderen zijn toegewezen en om zelf te kunnen inspelen op specifieke lokale noden.

Op dit voorstel werden door de werkgroep en de wetenschappelijke reflectiekamer een aantal **sterktes en zwaktes** geformuleerd:

STERKTES	ZWAKTES
• De strategische zorg- en ondersteuningsraad laat toe om sterk behoeftegestuurd te werken, waarbij vertrokken wordt vanuit de noden, behoeften en lacunes in de eigen regio. • De acties in het actieplan zijn afgestemd op de specifieke noden van de regio. • De actoren voor zorg en ondersteuning binnen de specifieke regio worden dankzij de oprichting van deze strategische zorg- en ondersteuningsraad geresponsabiliseerd om samen te werken.	• Een aantal zaken zijn nog onvoldoende uitgewerkt, bv. samenstelling van de raad, mandaat, maximum aantal leden, gewicht van de verschillende actoren,... • Er dient nog bekeken te worden hoe er voor de opmaak van de plannen kan omgegaan worden met de input van personen met een zorgnood zelf. • Er dient nog bekeken te worden hoe er een evaluatie kan plaatsvinden van de opmaak en de implementatie van het plan, bv. pay for quality.

De bedoeling is om in het najaar dit voorstel verder uit te werken en een antwoord te bieden op de geformuleerde zwaktes.

Omtrent de **hervorming van de structuren** werden binnen de werkgroep vervolgens 2 scenario's uitgewerkt:

- Scenario 1: structuur op elk kleinstedelijk niveau
- Scenario 2: Structuur op elk regionaalstedelijk niveau

<u>Scenario 1: Structuur op elk kleinstedelijk niveau</u>

Allereerst werd een scenario naar voor geschoven waarbij op elk kleinstedelijk niveau een VZW opgericht wordt:

- Elke kleinstedelijk niveau heeft stafmedewerkers die de zorg- en ondersteuningsraad ondersteunen bij het uitvoeren van de strategische plannen.
- Voor bepaalde thema's kunnen de verschillende kleinstedelijke niveaus functioneel samenwerken met aanpalende zorgregio's (gepoold samenwerken). Dit is nodig voor taken waarvan de kritische massa om genoeg expertiseopbouw te hebben op kleinstedelijk niveau te klein is.

- Op Vlaams niveau zijn er experten nodig die methodologieën ontwikkelen, kennis beheren en de kleinstedelijke regio's ondersteunen bij het uitwerken en uitvoeren van de strategische plannen en actieplannen.

Op dit voorstel werden door de werkgroep een aantal **sterktes en zwaktes** geformuleerd.

STERKTES	ZWAKTES
• Er is een uitdrukkelijke toewijzing van de beslissingsbevoegdheid voor het actieplan aan het kleinstedelijk niveau waardoor de betrokkenheid, creativiteit en verantwoordelijkheid op kleinstedelijk niveau groter is. • Het gepoold samenwerken en de ondersteuning door experten bieden de mogelijkheid om expertise te bundelen.	• Omdat er beslissingen kunnen genomen worden op elk kleinstedelijk niveau, is er meer vertrouwen nodig. • Er is een administratieve overhead op het niveau van de 60 VZW's. • Om afstemming te bekomen tussen de kleinstedelijke regio's, is er aansturing en samenwerking nodig tussen de medewerkers op kleinstedelijk niveau. • Het gaat om een klein team op kleinstedelijk niveau, waarbij er weinig doorgroeikansen zijn en geen back up bij afwezigheid, opleiding,... • Een aantal intersectorale afstemmingen zijn georganiseerd op een hoger niveau, bv. ziekenhuizen, GGZ, artikel 107,...

Scenario 2: Structuur op elk regionaalstedelijk niveau[13]

In een tweede scenario wordt een matrixmodel voorgesteld voor de regionaalstedelijke en kleinstedelijke zorgregio's:

- Een autonome zorgraad op regionaalstedelijk niveau ondersteunt de raad op kleinstedelijk niveau en helpt om noden in kaart te brengen en acties uit te werken en te faciliteren.
- Er is één beheersstructuur op regionaalstedelijk niveau: één team met één directeur, maar met behoud van de coördinerende en inhoudelijke expertise van de verschillende thematische werkingen op vandaag.
- Deze beheersstructuur heeft als belangrijkste opdracht om de zorgnabije kleinstedelijke regio's te ondersteunen. De inhoudelijke experten op regionaalstedelijk niveau combineren dus hun functie met een coördinerende en ondersteunende rol op kleinstedelijk niveau.
- Op kleinstedelijk niveau is er de oprichting van een raad voor de ondersteuning en coördinatie van de directe zorg en organisatie van het zorgoverleg en de zorgafstemming.

[13] Gebaseerd op Nysmans, E. (2016) Een performant matrix-model voor de regionaalstedelijke en kleinstedelijke zorgregio's.

Ook op dit voorstel werden een aantal **sterktes en zwaktes** geformuleerd:

STERKTES	ZWAKTES

• Het samenbrengen van de huidige netwerken (SEL, Palliatieve Netwerken, LMN,...) creëert:
  ○ schaalvoordelen op het vlak van coördinatie, overhead en aansturing vanuit de overheid.
  ○ voldoende schaal om inhoudelijke expertise op te bouwen.
  ○ een verhoogde bestuursefficiëntie (bv. voor intersectoraal overleg met ziekenhuizen, bijzondere jeugdzorg,...).
• Operationele slagkracht door de kleinstedelijke raad.
• Structurele verbinding en afstemming tussen het regionaalstedelijk en het kleinstedelijk niveau.
• Versterken van de regierol en beleidsontwikkeling.
	• Er is geen inhoudelijke autonomie op het kleinstedelijk niveau.
	• De accountability kan mogelijks onduidelijk zijn door de dubbele structuur op zowel het kleinstedelijk als het regionaalstedelijk niveau. Wie zal finaal verant-woordelijk zijn voor de uitvoering van de plannen?
	• Er is een dubbele aansturing van medewerkers, door enerzijds de kleinstedelijke raad en anderzijds de coördinator op regionaalstedelijk niveau.
	• Het regionaalstedelijk niveau staat ver af van de praktijk wat kan leiden tot een aanbodgestuurd model.
	• Als er binnen een regionaalstedelijk gebied geen natuurlijke neiging is om samen te werken, wordt men gedwongen om samen te werken.
	• Het takenpakket op regionaalstedelijk niveau kan in principe opgenomen worden door het Vlaams of kleinstedelijk niveau.
	• Intersectoraal overleg gebeurt nu ook al op kleinstedelijk niveau (bv. samenwerkingsakkoorden tussen ziekenhuizen en huisartsenkringen).

Geografische afbakening

Op basis van bovenstaande informatie werd ook nagedacht over hoe deze zorgregio's kunnen afgebakend worden op kleinstedelijk en regionaalstedelijk niveau. Hiervoor werden een aantal criteria voor de afbakening op kleinstedelijk en regionaalstedelijk niveau vastgelegd.

Criteria voor afbakening op kleinstedelijk niveau

Principes en uitgangspunten

- De patiënt behoudt op elk moment zijn keuzevrijheid.
- Het kleinstedelijke niveau dient zo gestructureerd te worden dat dit niveau geschikt is om de directe zorg en ondersteuning aan de persoon met een zorgnood te organiseren.

Richtinggevende criteria

- Inwonersaantal: 75.000 tot 125.000.
- Door patiënten gewenste patiëntenstromen. (*De huidige patiëntenstromen, maar rekening houden met 'vreemde' patiëntenstromen die nu zijn ontstaan door het aanbod of het gebrek aan aanbod.)*
- Aanwezigheid van tweedelijnsactoren, inclusief regionaal ziekenhuis.
- Bereikbaarheid en natuurlijke/fysieke grenzen – Eerstelijnswachtdiensten.

Secundaire criteria

- Organisatie huidige Geestelijke Gezondheidszorg.
- Samenwerking lokale besturen, bv. OCMW's.
- Organisch gegroeide samenwerkingsverbanden – ziekenhuisnetwerken.

Criteria voor afbakening op regionaalstedelijk niveau

Principes en uitgangspunten

- Kubusprincipe.
- Respect voor gemeentegrenzen. *Provinciegrenzen vormen geen hard criterium.*

Richtinggevende criteria

- Minimum vier kleinstedelijke zorgregio's OF een kritische massa van minstens 350.000 inwoners. *Dit criterium is niet van toepassing op de steden Gent en Antwerpen.*
- Structurele samenwerkingsverbanden lokale besturen.
- Netwerken 107 Geestelijke Gezondheidszorg.

Secundaire criteria

- Huidige afbakening van welzijnsorganisaties en CGG.
- Organisch gegroeide samenwerkingsverbanden – ziekenhuisnetwerken, OCMW's.
- Bereikbaarheid en natuurlijke/fysieke grenzen.

De tussentijdse kaarten met een overzicht van de – op basis van de besprekingen in de werkgroep – consensusgebieden en discussiegebieden kunnen teruggevonden worden in bijlage 4. Verdere informatie kan teruggevonden worden in het tussentijdse rapport van deze specifieke werkgroep en in de feedback per provincie op de discussiegebieden. In het najaar wordt dit onderwerp verder opgenomen.

3.2.5. Kernvoorwaarden op beleidsniveau

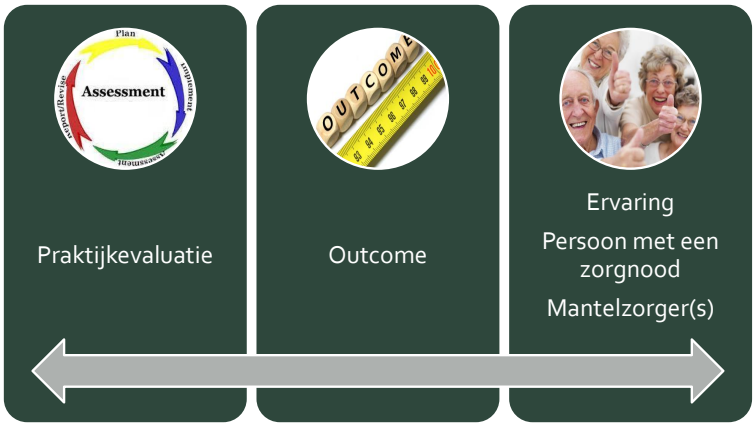
In wat volgt worden tot slot een aantal kernvoorwaarden toegelicht die noodzakelijk zijn op beleidsniveau om een geïntegreerde zorg te kunnen garanderen.

Integraal beleid

Het beleid binnen en tussen de verschillende overheden dient op elkaar aan te sluiten om tot geïntegreerde zorg te komen. Het gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken 'Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid', wat ondersteund wordt door de verschillende regeringen is hiervoor een basis en dient verder geconcretiseerd te worden. Ook is het aanbevolen om, op basis van de voorstellen rond wonen, werken, onderwijs en mobiliteit overleg te plegen met de belendende sectoren.

Kwaliteitsbeleid

Gebaseerd op internationale voorbeelden, literatuur en eerdere aanbevelingen aan de Vlaamse overheid, bestaat een toekomstig kwaliteitsbeleid bij voorkeur uit verschillende, complementaire onderdelen. Binnen een integrale zorgbenadering zien we 3 essentiële elementen in het meten van kwaliteit: praktijkevaluatie, uitkomsten- of resultatenmetingen en het peilen naar de ervaring van de patiënt, cliënt of de persoon met een zorgnood en zijn mantelzorger(s).



Figuur 4 - Essentiële elementen in het meten van kwaliteit

Succesfactoren voor het meten van kwaliteit

Gefaseerd van mono- naar interdisciplinair

Kwaliteit meten in de eerste lijn vergt een meerjarenplan. Het is daarom aangewezen om gefaseerd te werk te gaan, waarbij in eerste instantie de kwaliteit noodgedwongen discipline-gebonden gemeten wordt en er in een latere fase ook interdisciplinaire en transmurale aspecten gemeten worden. Een essentiële randvoorwaarde hierbij is dat er van bij de start methodologische afstemming is tussen de verschillende beroepsgroepen en disciplines.

Bottom up

Om tot gedragen indicatoren te komen, is het noodzakelijke om bottom up te werk te gaan, waarbij de verantwoordelijkheid bij de sectoren ligt. Per discipline wordt een kleine groep van voorlopers of early adopters gevormd die bereid zijn om het voortouw te nemen en de indicatoren uit te werken, te testen en te verbeteren. Betrokkenheid van personen met de zorgnood dient sterk aangemoedigd te worden. Een flankerende wetenschappelijke begeleiding is aangewezen.

Transparant en begrijpbaar

De zorgaanbieders dienen inzicht te krijgen in de eigen indicatoren, inclusief een benchmark met andere zorgaanbieders binnen de eigen discipline. Op termijn kan er ook extern gecommuniceerd worden aan patiënten en het brede publiek, zoals nu ook gebeurt voor de indicatoren van ziekenhuizen. Hierbij dient men gefaseerd te werk te gaan zodat de indicatoren eerst voldoende gevalideerd en vertrouwd zijn.

Continu verbeteren

Het systeem dient aan te zetten tot continu verbeteren. Het meten van kwaliteit is geen doel, maar een middel om aan kwaliteitsverbetering te werken. Het is dan ook belangrijk om met de resultaten van de metingen concreet aan de slag te gaan. Er is toegevoegde waarde voor de eigen praktijk nodig om in het systeem te stappen. De kwaliteitsindicatoren moeten in verhouding staan tot de beschikbaar gestelde middelen en mogelijkheden en het mag geen administratief log systeem zijn.

Evidence based

De ontwikkelde indicatoren zijn evidence based, dus bij voorkeur op basis van degelijk wetenschappelijk onderzoek dat aantoont dat er effectief impact mag verwacht worden op de zorgkwaliteit met de inbreng van expertise van zorgaanbieders en maximaal rekening houdend met de participatie en de voorkeuren van de persoon met een zorgnood. Een neutrale, systematische toetsing en validatie van kwaliteitsindicatoren door een derde partij is dan ook een cruciaal onderdeel.

Randvoorwaarden

Zonder vervulling van een aantal randvoorwaarden is de operationele implementatie van de voorstellen uit de werkgroep "gegevensdeling en kwaliteit van zorg" onbegonnen werk. Het zou onverstandig zijn de vele partners te mobiliseren voor een verhaal dat vervolgens niet uitvoerbaar blijkt. Meestal krijgt men ook maar één kans om zoiets te realiseren. Bij mislukking wordt het erg moeilijk om mensen terug warm te krijgen.

We onderscheiden randvoorwaarden op 3 niveaus: de overheid, het evidence based terreinonderzoek en het microniveau (= niveau praktijkvoering):

Op niveau van overheid

- Gegevens- en kennisdeling
- Governance en projectmanagement
- Middelen
- Bereidheid van de overheid, leiderschap en een uitgewerkt kwaliteitsbeleid
- Integraal beleid tussen overheden en zorgsectoren

Op niveau van het Evidence based terreinonderzoek*

- Betrokkenheid bij het uitwerken van richtlijnen en kwaliteitsindicatoren
- Leiderschap: stimuleren gebruik van richtlijnen en kwaliteitsindicatoren

Op microniveau

- Leiderschap en bereidheid om te werken aan kwaliteit (gebruik van richtlijnen, nauwkeurige registratie van data, opvolgen indicatoren...)
- Middelen
- Opleiding en ondersteuning

* beroepsgroepen, steunpunten, kenniscentra,wetenschappelijke verenigingen...

Figuur 5 – Randvoorwaarden voor het meten van kwaliteit

Aangepast financieringssysteem

Geïntegreerde zorg vraagt een financieringssysteem dat geïntegreerde zorg ook daadwerkelijk ondersteunt. Dit betekent een financiering die inzet op:

- Toegankelijkheid van zorg.
- Kwaliteit van zorg en uitkomsten van goede zorg.
- De doelstellingen en noden van de persoon met een zorgnood.
- Overleg en samenwerking.
- Empowerment en bevorderen van het herstel of het behoud van functies van de persoon met een zorgnood.

Belangrijke **aandachtspunten** voor een nieuw financieringssysteem zijn:

- Inzetten op financiering die **interdisciplinaire samenwerking** faciliteert, ondersteunt, bevordert en stimuleert, zodat teamwerk een daadwerkelijke plaats krijgt en toegevoegde waarde voor zorg en welzijnswerk in de praktijk kan realiseren.
- Inzetten op financiering die **samenwerking op afstand** faciliteert bv. overleg via beeldcommunicatie.
- De financieringsregelingen van de welzijns- en de gezondheidszorg dienen zo gemaakt te worden, dat ze de **persoon met een zorgnood** op een holistische wijze **centraal** stellen, dus niet de zorgaanbieders, niet de ziekte of de aandoening, maar wel de doelen die de persoon met een zorgnood formuleert in dialoog met de gezondheids- en welzijnswerkers en de mantelzorgers.
- Uitwerken van een geïntegreerde publieke financiering die **transparant, persoonsgericht, vraaggestuurd en rechtvaardig** is, zodat over sectoren én over beleidsdomeinen/beleidsniveaus heen de middelen kunnen worden ingezet op de meest efficiënte manier.
- **Verzamelen/monitoren/wegwerken van onbedoelde effecten van zorg** op verschillende niveaus veroorzaakt door financiële incentives (bv. overconsumptie of te weinig zorg en ondersteuning).

E-gezondheid: een geïntegreerd systeem van management van informatie en beslissingsondersteuning

In België werd het Actieplan eGezondheid 2013-2018 opgesteld, dat recent nog geactualiseerd werd. Alle overheden werkten hieraan mee. Belangrijke speerpunten uit dit plan in het kader van geïntegreerde zorg zijn onder andere:

- Het beveiligd delen van het kerndossier van de huisarts, het medicatieschema, medische documenten uit ziekenhuizen en externe labo’s,…

- De implementatie van een geïntegreerd EPD in ziekenhuizen.
- Afspraken maken over de inhoud van een digitaal patiëntendossier per beroepsgroep (bijvoorbeeld de kinesitherapeut, de thuisverpleegkundige, de eerstelijnspsycholoog,…) om zo te komen tot een multidisciplinair patiëntendossier[14].
- De toegang tot gezondheidsgegevens door de persoon met een zorgnood en zijn mantelzorger zodat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood via één keer inloggen over al zijn gegevens beschikt.
- De invoering van een uniform evaluatie-instrument (BelRAI).

Om tot geïntegreerde zorg te komen is het belangrijk om tot één interdisciplinair elektronisch dossier te komen, waarin meerdere disciplines werken en waarin ook de persoon met een zorgnood informatie kan schrijven en consulteren. Via dit dossier kunnen gegevens genoteerd en geconsulteerd worden door de zorgaanbieders binnen de eerste lijn (gezondheid en welzijn), door de eerste, tweede en derde lijn maar ook door andere sectoren, diensten en organisaties rond revalidatie, geestelijke gezondheid en verslavingszorg, ouderenzorg, preventie, welzijnsvoorzieningen,… om naadloze overgangen te realiseren en zorgcontinuïteit en goede zorg te kunnen garanderen.

Het is bovendien noodzakelijk dat de persoon zelf regie kan nemen als hij/zij dat wenst en kan. Een minimale voorwaarde is dan dat de persoon met een zorgnood zelf zijn eigen gegevens via één toegang kan inkijken en zelf aanvullingen in zijn deel kan toevoegen. Een eerste initiatief hiervoor is de “patiënt health viewer” waar de persoon zicht heeft op de vaccinaties, medicatie evenals deelname aan preventie bevolkingsonderzoeken. Op termijn zouden de doelstellingen van de persoon hier ook moeten in opgenomen worden. Wanneer het dossier geopend wordt, is het belangrijk dat deze doelstellingen als eerste verschijnen, om zo te garanderen dat er altijd vertrokken wordt vanuit deze doelstellingen. Ook het zorg- en ondersteuningsplan, naam van de mantelzorger, wilsverklaringen, informatie in verband met de zorg thuis, pijndagboek, telemonitoringresultaten,… zou de persoon met een zorgnood dienen te kunnen consulteren en aanvullen. Dit zal verder uitgewerkt worden via actiepunt 10 (Toegang tot de gegevens door de patiënt) en actiepunt 19 (Mobile Health) van het Actieplan eGezondheid 2013-2018.

Daarnaast zouden digitale support tools[15] die eerstelijnswerkers ondersteunen en advies geven over noodzakelijke en mogelijke stappen in de zorg en ondersteuning aan de hand van de componenten

[14] In het plan staat hierover het volgende: Het ‘multidisciplinaire patiëntendossier’ van een patiënt is in feite een applicatie die relevante gegevens ontsluit: het is een kijkvenster, al dan niet met schrijfrechten, dat toegang geeft tot de gepubliceerde gegevens uit de diverse Elektronische Patiëntendossiers (EPD’s) van meerdere groepen van zorgaanbieders en ziekenhuizen. (www.plan-egezondheid.be)

[15] Bv. e-zorgplan(ning), EBMpracticenet, gezondheid en wetenschap, portaalwebsite zorgpaden

van geïntegreerde zorg[16] (verder) moeten ontwikkeld worden. Daarnaast moeten deze support tools bijvoorbeeld ook richtlijnen aangeven, voorstellen doen voor multidisciplinaire samenwerking en inzicht geven in de sociale kaart.

Op basis van de voorstellen van de werkgroep moeten bestaande ICT-initiatieven onder de loep genomen worden. Deze voorstellen kunnen ertoe leiden dat deze bestaande initiatieven verder ontwikkeld moeten worden in de richting van een geïntegreerde zorgsysteem, of ook dat leemten ontdekt worden in het bestaande aanbod en dus nieuwe ICT-ontwikkelingen noodzaken.

Innovatie en ondernemerschap

Innovatie en ondernemerschap bieden een opportuniteit om zorg en welzijn, in al hun facetten, anders te organiseren en te realiseren. De missie van Flanders' Care sluit hier mooi bij aan: "Op aantoonbare wijze en door innovatie het aanbod van kwaliteitsvolle zorg verbeteren en verantwoord ondernemerschap in de zorgeconomie stimuleren."

Ondernemingszin is het vermogen om in een bepaalde situatie kansen te zien en initiatieven te bedenken. Door optimale inzet van beschikbare middelen kunnen de nodige acties opgezet worden waardoor de waargenomen kansen gerealiseerd worden. Ondernemen is grenzen verleggen, iets nieuws scheppen, iets duurzaams voortbrengen dat tot de kwaliteit van het leven bijdraagt[17].

Innovatie willen we graag breed definiëren, als zowel vernieuwende en duurzame producten en/of diensten, processen en organisatievormen in de gezondheids- en welzijnszorg, die de kwaliteit van de zorg verbeteren[18].

Hierbij is innovatie niet alleen verbonden met ondernemerschap, maar ook van toepassing op het ondernemerschap zelf, los van de modaliteit. Er zijn reeds goede voorbeelden van ondernemerschap vanuit de welzijns- en zorgsector en het is wenselijk deze verder te faciliteren, te erkennen en verder te ondersteunen. Hierbij worden zorg en welzijn op vandaag in belangrijke mate aangeboden in een social profit context, vanuit de publieke of private context (en ook steeds meer vanuit een samenwerking tussen beiden), maar er is tevens een belangrijke groei van het direct of indirect zorgaanbod vanuit de bedrijfswereld. Voorbeelden hiervan zijn leveranciers van medische uitrustingen, hulpmiddelen, geneesmiddelen, implantaten, software, verstrekkers van thuiszorg,…

[16] Deze componenten zijn uitgewerkt in het 'Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken. Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid'
[17] Unizo en KU Leuven - http://www.ondernemendeschool.be/images/res85136_1.pdf
[18] Transversaal actieplan Flanders Care

Parallel met de innovatie in de eerste lijn inzake zorg en welzijn mag er dus verwacht worden dat er ook nieuwe vormen van ondernemerschap zullen ontstaan, vaak gedreven door een financieel ondersteunde context, gelinkt aan overheden, universiteiten en onderzoeksinstellingen. Het is daarom aanbevolen om in te zetten op actief ondernemerschap, onafhankelijk van de voorziene middelen, en ook open te staan voor verschillende nieuwe vormen, maar hun werking en aanbod steeds expliciet te kaderen en op te volgen in een kwaliteitsconcept. Dit vraagt verder debat en reflectie, maar met een open vizier.

Op dit moment zijn er nog een aantal barrières die innovatie en ondernemerschap in de weg staan, waarbij een aantal aanbevelingen werden geformuleerd om deze weg te werken:

- Stimuleren van zorginnovatie en zorggericht ondernemerschap door de overheid en al haar instanties op een coherente en geïntegreerde wijze.
- Uittekenen van een **langetermijnvisie** omtrent zorginnovatie en ondernemerschap, zodat een structureel kader kan ontwikkeld worden, gekaderd in een expliciet streven naar kwaliteitsvolle zorg.
- Uittekenen van een **beleidskader** waarin initiatieven inzake innovatie en ondernemerschap zich vanuit evidence based inzichten en partnerschappen kunnen ontwikkelen en uitbouwen, ondersteund door goed geëxpliciteerde stimuli.
- **Inventarisatie** van waar **regelgeving** innovatie en ondernemerschap in de weg staat, zodat er gericht kan bijgestuurd worden, bv. in het kader van de ontwikkeling van regelluwe ruimtes[19].
- We hebben nood aan een **dynamisch forum van bestaande zorg- en welzijnsinnovatieprojecten** om er van te kunnen leren in het kader van de eerste lijn, om ons te laten inspireren, om mogelijke kruisbestuivingen met andere zorg- en welzijnscontexten te kunnen ontwikkelen, om overlap te vermijden en om de beschikbare middelen optimaal te kunnen gebruiken. Basisinformatie die hierbij telkens ter beschikking zou moeten zijn, is de titel van het project, de betrokken partners en de contactpersoon die gecontacteerd kan worden bij vragen of bij een ervaren nood aan verdere informatie. Flanders' Care 2.0 zal hierin blijvend een belangrijke rol vervullen. Een aantal elementen zijn hieromtrent alvast zinvol:
    - Het bewaken, kenbaar maken en verder aanvullen van het bestaande innovatie-instrumentarium en de mogelijke ondersteuning die kan aangeboden worden.
    - Het oplijsten van de succesfactoren van bestaande innovaties in binnen- en buitenland.

[19] Ook in het Transversaal actieplan Flanders' Care 2.0. worden hieromtrent acties gedefinieerd.

- Het voorzien van een platform waar zorgaanbieders en personen met een zorgnood tot interactie kunnen komen, gericht op specifieke projecten en initiatieven inzake innovatie.
- Zorgen voor interactie met zorgaanbieders van bij het begin (reeds in conceptionele fase) en in alle andere fases van het innovatietraject.

Participatie door de persoon met een zorgnood/burger

De persoon met een zorgnood zal niet enkel en alleen aan het stuur moeten zitten op het niveau van zijn individuele zorgvraag, maar ook op vlak van het zorg- en welzijnsbeleid, gezien zorg gewoonweg beter is als men de persoon met een zorgnood betrokken heeft bij de beslissingen.

Een aanbeveling naar de Vlaamse overheid is om ervoor te zorgen dat de nieuwe gemeentebesturen die aantreden in 2019 een lokale raad van woordvoerders van personen met een zorgnood samenstellen die de gemeentebesturen adviseren over de lokale welzijns- en gezondheidstoestanden en -beleidsmaatregelen, alsook over de uitbouw van een lokaal informatienetwerk en van buurtzorg.

Naast vertegenwoordiging via organisaties en verenigingen, zijn er echter nog veel andere methodes (bv. klankbordgroepen, tevredenheidsmetingen, online bevragingen,...) om de betrokkenheid van de persoon met een zorgnood gestalte te geven. Alle actoren van alle niveaus en 'lijnen' dienen de komende jaren te leren omgaan met al die formules. De Vlaamse overheid kan dit stimuleren en ondersteunen door een instantie de opdracht te geven de kennis over en de ervaringen met al die formules te verspreiden en nieuwe ervaringen in te zamelen.

Gezondheids- en welzijnsdoelstellingen

Zoals aangegeven willen we dat het kleinstedelijk niveau de specifieke noden en doelstellingen in een regio vertaalt naar een strategisch plan voor de komende 4 à 5 jaar en een jaarlijks actieplan. Hierbij kan Vlaanderen een aantal beleidslijnen meegeven waarbinnen de strategische zorg- en ondersteuningsraad zijn plannen dient uit te werken, waaronder gezondheids- en welzijnsdoelstellingen.

Om deze gezondheids- en welzijnsdoelstellingen te bepalen wordt er een analyse gemaakt van de beschikbare diensten en middelen en tevens van de noden en risico's van de populatie. Daarnaast worden ook gegevens uit onderzoek, klachten, kwaliteitsmetingen, BelRai, informatie van patiënten- en gebruikersverenigingen,… meegenomen. Op basis daarvan en in overleg met een breed platform van wetenschappers, stakeholders, burgers,... komen deze doelstellingen tot stand.

4. Doelstellingen van de werkgroepen en stand van zaken

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.

Stand van zaken

Dit is uitgewerkt door de werkgroep en is opgenomen in Bijlage 1 Overzicht taken en niveaus van het tussentijds rapport van de werkgroep 'Taakstelling en structuurintegratie'.

Doelstelling Structuurintegratie:

Het maken van een voorstel van ondersteuningsstructuur (of -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.

Stand van zaken

De werkgroep heeft 2 voorstellen geformuleerd met sterktes en zwaktes. Binnen de werkgroep is geen consensus hierover.

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:

1. Het zorgregiodecreet met zijn verschillende niveaus (kleinstedelijk, regionaalstedelijk, fusiegemeente, subniveau 1 en subniveau 2) worden als referentiepunt gebruikt voor de afbakening.
2. Volledige dekking van het Vlaamse grondgebied.
3. Kubusprincipe: een duidelijke, niet territoriale overlappende organisatiestructuur waarbij elk kleiner organisatieterritorium een onderdeel moet zijn van slechts één groter organisatieterritorium.
4. Respect voor gemeentegrenzen (en mogelijk ook provinciegrenzen).
5. 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.

Stand van zaken

De werkgroep heeft tussentijdse kaarten uitgewerkt met een overzicht van de consensusgebieden en discussiegebieden. Per discussiegebied werden nadien per mogelijk scenario argumenten pro en contra verzameld. Deze argumenten zijn gebundeld in een excelbestand per provincie (zie https://drive.google.com/drive/folders/0B3VXgv_X6KrtaXJMLW9jeHhINDg), werkgroep 'Geografische afbakening)

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.
5. *Stand van zaken*
6. De werkgroep heeft tussentijdse kaarten uitgewerkt met een overzicht van de – op basis van de besprekingen in de werkgroep – consensusgebieden en discussiegebieden. Per discussiegebied werd nadien een Exceltemplate verspreid om per mogelijk scenario argumenten pro en contra te verzamelen. Deze argumenten zijn gebundeld in een excelbestand per provincie (zie https://drive.google.com/drive/folders/0B3VXgv_X6KrtaXJMLW9jeHhINDg), werkgroep 'Geografische afbakening)

Stand van zaken

De werkgroep heeft in zijn tussentijds rapport antwoorden geformuleerd op elk van de vragen. In het najaar wordt op basis van de feedback van de wetenschappelijke reflectiekamer, internationale ervaringen en feedback vanuit de provinciale toetsing het tussentijds rapport gefinaliseerd.

Werkgroep 4: "de patiënt centraal"

De centrale positie van de persoon met een zorgnood 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 persoon met een zorgnood in de integrale zorg, op vlak van alle aspecten van die zorg waarin die persoon betrokken moet worden, een hoofdrol te geven.

Hiertoe vervult de werkgroep volgende opdrachten:

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

Stand van zaken

De werkgroep heeft in zijn tussentijds rapport antwoorden geformuleerd op elk van de vragen. In het najaar wordt op basis van de feedback van de wetenschappelijke reflectiekamer, internationale ervaringen en feedback vanuit de provinciale toetsing het tussentijds rapport gefinaliseerd.

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 zorgaanbieders, ondersteuning wordt gefaciliteerd en de campagnes inzake geïnformeerde toestemming vanwege de persoon met een zorgnood 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.
4. De randvoorwaarden bepalen voor het verzamelen, analyseren en rapporteren van de gegevens uit opdracht 3.

Stand van zaken

De werkgroep heeft in zijn tussentijds rapport antwoorden geformuleerd op elk van de vragen. In het najaar wordt op basis van de feedback van de wetenschappelijke reflectiekamer, internationale ervaringen en feedback vanuit de provinciale toetsing het tussentijds rapport gefinaliseerd. Daarnaast zal de werkgroep in het najaar de aanbevelingen verder concretiseren en het luik welzijn verder uitwerken.

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 zorgaanbieder. 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.

Stand van zaken

De werkgroep zal in het najaar op basis van de feedback van de wetenschappelijke reflectiekamer, internationale ervaringen en feedback vanuit de provinciale toetsing het tussentijds rapport finaliseren.

5. Bijlage

5.1. Bijlage 1 – Tussentijdse rapporten

De tussentijdse rapporten, het ontwerp syntheserapport en alle informatie van de werkgroepen is terug te vinden op: https://drive.google.com/drive/folders/0B3VXgv_X6KrtaXJMLW9jeHhINDg

5.2. Bijlage 2 – Overzicht deelnemers werkgroepen

5.2.1. Werkgroep 'Taakstelling en Structuurintegratie' *(voorzitter Roel Van Giel)*

Vereniging van Diesten voor Gezinszorg (VVDG) - Familiehulp	Agnes Bode
Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC)	An Van de Walle
VWGC	An De Sutter
Federatie van Sociale Ondernemingen (SOM)	Anita Cautaers
Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin - afdeling Beleidsontwikkeling	Anne Van Der Gucht
Domus Medica	Areski Boumendil
VVKP	Bob Cools
Kabinet minister Vandeurzen	Caroline Verlinde
Lokaal Gezondheidsoverleg (LOGO)	Dieter Deplancke
Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP)	Elke Van Hoof
VPP	Els Meerbergen
Diensten Ondersteuningsplan / Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap	Geert Dhaene
Federatie pall. zorg / MBE	Gert Huysmans
VVSG	Gil Peeters
Vlaamse Beroepsvereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten (VBVD)	Guy Van Camp
Zorgnet/ICURO	Hilde De Nutte
Socialistische Vereniging van Vlaamse Gezondheidsvoorzieningen (Sovervlag)	Ingrid Van Deuren
Vlaams Ergotherapeutenverbond	Jan Lambrecht
Interadministratieve cel FOD/RIZIV	Jolyce Bourgeois
Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL)	Julie Descamps
Expertisecentrum Dementie	Jurn Verschraegen
Agentschap Zorg en Gezondheid - team Eerste Lijn	Karen Fredrix
Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP)	Koen Lowet
Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw	Kristel De Vliegher
Intermutualistisch college	Luc Cools
Vlaams Apothekers Netwerk (VAN)	Marleen Haems
SEL	Marleen Vanhees
Vlaamse organisatie van vroedvrouwen (VLOV)	Marlene Reyns
VAN	Nico Carpriau
Huis voor Gezondheid	Nina Van Roosbroeck
Baken vzw	Petra Vandevoorde
Vlaams Ergotherapeutenverbond	Pierre Seeuws
Agentschap Zorg en Gezondheid - team Preventie	Pieter Vandenbulcke
Kartel zelfstandig thuisverpleegkundigen KZTV / Mederi	Raf Bronselaer
Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België (ASGB)	Reinier Hueting
Palliatieve netwerken	Rigo Verhaert
Vlaamse Vereniging van Steden en Gemeenten (VVSG)	Rika Verpoorten
Federatie Palliatieve Zorg - Multidisciplinaire Begeleidingsequipes (MBE)	Rosemie Van Bellingen
Palliatieve netwerken	Ruth Raes
Vlaams Patiëntenplatform (VPP)	Sabine Van Houdt
Axxon, kwaliteit in kinesitherapie - Federatie Vrije Beroepen (FVB)	Sofi Van Ussel
Lokale Multidisciplinaire Netwerken (LMN)	Sofie Corteel
Verbond der Vlaamse Tandartsen - Federatie Vrije Beroepen (FVB)	Stefaan Hanson
Huis voor Gezondheid	Stefaan Van Bever
Axxon - FVB	Stefaan Peeters
DOP/VAPH	Stefaan Mesdagh
LOGO	Tine Verfaillie
Departement WVG - afdeling Welzijn en Samenleving	Tom d'Olieslager
Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg	Vincent Vandenbussche
Kind en Gezin	Wannes Blondeel
Kartel zelfstandig thuisverpleegkundigen KZTV / Mederi	Willy Vertongen
Expertisecentrum Dementie	Wino Baeckelandt

5.2.2. **Werkgroep 'Geografische afbakening van de zorgregio's'** ***(voorzitter Joris Voets)***

Federatie van Sociale Ondernemingen (SOM)	Anita Cautaers
Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin - afdeling Beleidsontwikkeling	Anne Van Der Gucht
Agentschap Zorg en Gezondheid	Anneleen Craps
Instituut voor de overheid	Annie Hondeghem
Intermutualistisch college	Carmen Hunker
Departement WVG – afdeling Welzijn en Samenleving	Caroline Beyers
Kabinet minister Vandeurzen	Caroline Verlinde
UVV - Vlaamse Organisatie van Vroedvrouwen (VLOV)	Eefje Van Nuland
VPP	Els Meerbergen
VAN	Erik Lebacq
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)	Frank Schillewaert
SEL	Hanne Bossaer
Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL)	Hans De Beule
Koepel van Vlaams-Brabantse en Brusselse Huisartsenkringen (Vesalius)	Helena Claes
Agentschap Zorg en Gezondheid	Herwin De Kind
Ons Zorgnetwerk - Vereniging van Mantelzorgers en Gebruikers	Hilde Weckhuyzen
Vlaams Apothekers Netwerk (VAN)	Inge Huysentruyt
Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg	Jaak Poncelet
Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België (ASGB)	Jan Heeren
Brusselse Welzijns- en gezondheidsraad (BWR)	Jan Hertecant
Zorgnet/ICURO	Johan Kips
Federatie Palliatieve Zorg - Multidisciplinaire Begeleidingsequipes (MBE)	Joke Bossers
Interadministratieve cel FOD/RIZIV	Jolyce Bourgeois
Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT)	Jos Hoffbauer
Zorgnet	Karolin Vannieuwehuyze
Lokaal Gezondheidsoverleg (LOGO)	Katia De Busscher
Vlaamse Beroepsvereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten (VBVD)	Kristel De Vylder
Unie Vlaamse Vroedvrouwen (UVV)	Louis Paquay
Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP)	Lynn Delfosse
Vesaliuskoepel	Marie-Claire Nowé
LOGO	Nadine De Smet
Vereniging van Diensten voor Gezinszorg (VVDG) - Solidariteit voor het gezin	Peggy Detandt
Palliatieve netwerken	Rigo Verhaert
Palliatieve netwerkwen	Ruth Raes
Vlaams Patiëntenplatform (VPP)	Sabine Van Houdt
Axxon - FVB	Sofi Van Ussel
Lokale Multidisciplinaire Netwerken (LMN)	Sofie Corteel
Huis voor Gezondheid	Stefaan Van Bever
Axxon, kwaliteit in kinesitherapie	Theo Hamblok
VVSG	Tine De Vriendt
Vlaamse Vereniging van Steden en Gemeenten (VVSG)	Veerle Cortebeeck
Kind en Gezin	Wannes Blondeel
Domus Medica	Wim Verhoeven
Zorgnet	Yves Wuyts
Domus Medica	Yves Rosiers

5.2.3. **Werkgroep 'Modellen voor integrale zorg'** ***(voorzitter Ilse Weeghmans)***

Steunpunt Mantelzorg	Sophie Beyers
Expertisecentrum Dementie	Jurn Verschraegen
Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg	Ewout Van Hove
Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem	Kris Vaneerdewegh
Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT)	Guido Vanbelle
Vlaams Apothekers Netwerk (VAN)	Georges Verpraet
Solidariteit voor het Gezin (SvhG) - Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging	Stafaan Noreilde
Vlaamse organisatie van vroedvrouwen (VLOV)	Kathleen Van Holen
Axxon, kwaliteit in kinesitherapie	Lucas Dieleman
Vlaams Ergotherapeutenverbond	Stijn Debaets
Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP) - Federatie Vrije Beroepen (FVB)	Koen Lowet
Domus Medica	Gunther D'Hanis
Vlaamse Beroepsvereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten (VBVD)	Dimitri Declercq
Lokale Multidisciplinaire Netwerken (LMN)	Katrien Verschueren
Lokaal Gezondheidsoverleg (LOGO)	David De Vaal
Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL)	Nele Van Meer
Vlaams Eerstelijns Overleg (VELO)	Christian Devlies
Palliatieve netwerken	Rigo Verhaert
Federatie Palliatieve Zorg - Multidisciplinaire Begeleidingsequipes (MBE)	Ria Vandermaesen
Vlaamse Vereniging van Steden en Gemeenten (VVSG)	Stafan Van Eeckhout
Huis voor Gezondheid	Trees Van Cauwenberghe
Intermutualistisch college	Katrien Van Kets
Vereniging van Diensten voor Gezinszorg (VVDG) - Thuishulp	Karin Van Mossevelde
Vlaams Welzijnsverbond	Fanny De Langhe
Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW)	Bert Lambeir
Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC)	Nans Antheunis
Zorgnet	Roel Van de Wygaert
Zorgnet/ICURO	Ludewei Pauwelyn
Zorgnet	Isabel Moens
Kabinet minister Vandeurzen	Bernadette Van Den Heuvel
Agentschap Zorg en Gezondheid - team Eerste Lijn	Karen Fredrix
Agentschap Zorg en Gezondheid - team Eerste Lijn	Alexander Witpas
Kind en Gezin	Rita Eggermont
Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin - afdeling Beleidsontwikkeling	Sofie De Smet
Departement WVG - afdeling Welzijn en Samenleving	Marijke Enghien
AZ Delta	Piet Snoeck
Universiteit Gent	An De Sutter
Kabinet minister Vandeurzen	Caroline Verlinde
Kabinet minister Vandeurzen	Grieke Forceville
OCMW Hasselt	Julien Mertens
Domus Medica	Gert Merckx
VPP	Sabine Van Houdt
VAN	Geert Heungens
Solidariteit voor het Gezin (SvhG) - Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging	Lucien Speeckaert
Axxon	Ann Coppé
Vlaams Ergotherapeutenverbond – Federatie Vrije Beroepen (FVB)	Pierre Seeuws
VVKP	Joeri Calsius
LOGO	Sophie Goetghebuer
SEL	Sigrid Smets
VELO	Jos Desmedt
Palliatieve netwerken	Ruth Raes
Federatie palliatieve netwerken / MBE	Paul Cornil
VVSG	Tine De Vriendt
Federatie van Sociale Ondernemingen (SOM)	Anita Cautaers
Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg	Tino Ruyters
Solidariteit voor het Gezin (SvhG) - Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging	Stefaan Noreilde
Algmeen Syndicaat der Geneeskundigen van België (ASGB)	Jan De Lepeleire

5.2.4. **Werkgroep 'De patiënt centraal'** ***(voorzitter Guy Tegenbos)***

Netwerk tegen Armoede	Griet Briels
Vlaams Patiëntenplatform (VPP)	Els Meerbergen
Mantelzorg (Ziekenzorg CM)	Johan Tourné
Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg	Geert Van Isterdael
Domus Medica	Jo Borloo
Vlaamse Beroepsvereniging voor Zelfstandige Verpleegkundigen (VBZV) - e-VITA	Marie-Josée Van Herck
Axxon, kwaliteit in kinesitherapie - Federatie Vrije Beroepen (FVB)	Stefaan Peeters
Vlaams Ergotherapeutenverbond	Pieter Vaes
Vlaamse Beroepsvereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten (VBVD)	Katia Cornelis
Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP)	Roland Sinnaeve
Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT)	Dirk Barbier
Vlaams Apothekers Netwerk (VAN)	Sophie Liekens
Lokale Multidisciplinaire Netwerken (LMN)	Dimitri Gaethofs
Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België (ASGB)	Rita Cuypers
Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL)	Filip Vanhoutte
Vlaams Eerstelijns Overleg (VELO)	Sophie Beyers
Palliatieve netwerken	Ruth Raes
Federatie Palliatieve Zorg - Multidisciplinaire Begeleidingsequipes (MBE)	Guy Hannes
Vlaamse Vereniging van Steden en Gemeenten (VVSG)	Patrick De Saeger
Huis voor Gezondheid	Eva Leens
Intermutualistisch college	Katrien Vervoort
Vereniging van Diensten voor Gezinszorg (VVDG) - Familiezorg Oost-Vlaanderen	Anny Janssens
Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW)	Eva Mangelschots
Vereniging Wijkgezondheidscentra (VWGC)	Leen De Roo
Kabinet minister Vandeurzen	Stefaan Berteloot
Agentschap Zorg en Gezondheid	Rudi Overloop
Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin - afdeling Beleidsontwikkeling	Loes Houthuys
Departement WVG - afdeling Welzijn en Samenleving	Marijke Enghien
Zorgnet/ICURO	Veerle Van Roey
Agentschap Integratie en Inburgering	Gunther Van Neste
Kind en Gezin	Yvan Catteeuw
Samenlevingsopbouw Vlaanderen	Chris Truyens
Kabinet minister Vandeurzen	Caroline Verlinde
Koning Boudewijnstichting	Tinne Van den Sande
Vlaamse Ouderenraad vzw	Mie Moerenhout
Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België (ASGB)	Jan Heeren
Netwerk tegen Armoede	Hilde Linssen
VPP	Sabine Van Houdt
Domus Medica	Olga Van de Vloed
Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen	Ellen De Wandeler
Axxon	Nicole Timmerman
Vlaams Ergotherapeutenverbond	Luc Vercruysse
VVKP	Joeri Calsius
VAN	Marleen Haems
LMN	Katrien Verschueren
SEL	Sofi Van Ussel
Palliatieve netwerken	Rigo Verhaert
Federatie pall. zorg / MBE	Patrick Vyncke
VVSG	Rika Verpoorten
Huis voor Gezondheid	Trees Van Cauwenberghe
Dienst Maatschappelijk Werk - De Voorzorg	Jannie Hespel

5.2.5. **Werkgroep 'Gegevensdeling en kwaliteit van zorg'** ***(voorzitter Dirk Ramaekers)***

S-Plus Mantelzorg	Liliana Nikolova
Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg	Anne Roekens
Wit-Gele Kruis (WGK) – Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging (VFDT)	Hendrik Van Gansbeke
Vlaamse organisatie van vroedvrouwen	Joke Muyldermans
Axxon, kwaliteit in kinesitherapie	Dirk Verleyen
Vlaams Ergotherapeutenverbond	Leen De Coninck
Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP)	Koen Lowet
Domus Medica	Leo Geudens
Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT)	Eric Delaeter
Vlaamse Beroepsvereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten (VBVD)	Myriam Franckx
Vlaams Apothekers Netwerk (VAN)	Dirk Vos
Lokale Multidisciplinaire Netwerken (LMN)	Isabelle Messely
Koepel van Vlaams-Brabantse en Brusselse Huisartsenkringen (Vesalius)	Lieve Demuynck
Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België (ASGB)	Frank Buntinx
Vlaams Artsensyndicaat (VAS) - Federatie Vrije Beroepen (FVB)	Jos Vanhoof
Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL)	Sigrid Smets
Federatie Palliatieve Zorg - Multidisciplinaire Begeleidingsequipes (MBE)	Johan Wens
Intermutualistisch college	Dimitri Heyndrickx
Vereniging van Diensten voor Gezinszorg (VVDG) - Landelijke Thuiszorg	Marleen Vanhees
Vlaams Welzijnsverbond	Kristof Diddens
Vereniging Wijkgezondheidscentra (VWGC)	Veerle Piessens
Vlaams Onafhankelijk Zorgnetwerk (VLOZO)	An Van Wesenbeeck
Zorgnet/ICURO	Peter Raeymaekers
Kabinet minister Vandeurzen	Sandra Derieuw
Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin - afdeling Beleidsontwikkeling	Sofie De Smet
Departement WVG - afdeling Welzijn en Samenleving	Tom d'Olieslager
Kind en Gezin	Rita Eggermont
Interadministratieve cel FOD/RIZIV	Hélène Mimilidis
Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV)	Viviane Van Casteren
Socialistische mutualiteit	Luk Douliez
INAMI	Pascal Meeus
Wiv	Nicole Boffin
Kind & Gezin	Marie-Jeanne Schoofs
Domus Medica	Wim Verhoeven
ASGB	Milan Roex
SEL	Claudine Verbrugghe
VELO	Dirk Verleyen
VVSG	Sofie Maes
Huis voor Gezondheid	Melissa Vandersypen
Federatie pall. zorg / MBE	Griet Snackaert
VWGC	Nele Gerits
VLOZO	Frank Foucart

5.2.6. Werkgroep 'Innovatie en Ondernemerschap in de zorg' *(voorzitter Johan Hellings)*

Agentschap voor Innovatie door Wetenschap en Technologie	Alain Thielemans
Palliatieve netwerken	Alex De Kind
Agentschap Zorg en Gezondheid	Anneleen Craps
Lokale Multidisciplinaire Netwerken (LMN)	Annemieke Frans
Axxon, kwaliteit in kinesitherapie	Bart Ceulemans
Kabinet minister Vandeurzen	Caroline Verlinde
Palliatieve netwerken	Christine Gonissen
Domus Medica	Dieter Vercammen
LMN	Evelien Lammens
VVSG	Evi Beyl
VLOZO	Frank Foucaert
Federatie Palliatieve Zorg - Multidisciplinaire Begeleidingsequipes (MBE)	Frank Thyssen
Patient room of the future	Jan Van Hecke
SEL	Jan Palsterman
Remedus	Jo Ravelingien
Vlaams Eerstelijns Overleg (VELO)	Jos De Smedt
Federatie pall. zorg / MBE	Karina Pieters
Solidariteit voor het Gezin	Kim Van Asch
Vlaams Ergotherapeutenverbond	Leen Bouckaert
Koepel van Vlaams-Brabantse en Brusselse Huisartsenkringen (Vesalius)	Lieve Demuynck
Beleidsontwikkeling departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	Loes Houthuys
Agentschap Zorg en Gezondheid	Machteld Wauters
Vlaams Apothekers Netwerk (VAN)	Marleen Dethier
Flanders Synergy	Mieke Van Gramberen
Intermutualistisch college	Murielle Lona
Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg	Nico De Fauw
Kenniscentrum woonzorg Brussel	Olivia Van Mechelen
Zorgnet/ICURO	Peter Raeymaekers
Onelinehulp	Philippe Bocklandt
Solidariteit voor het Gezin	Pol De Brock
Kabinet minister Vandeurzen	Regine Van Ackere
Vlaams Patiëntenplatform (VPP)	Roel Heijlen
Vereniging van Diensten voor Gezinszorg (VVDG) - Gezinszorg Villers	Sonia Van den Branden
Liever Thuis LM	Sophie Lambrechts
Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT) - Federatie Vrije Beroepen (FVB)	Stefaan Hanson
Interadministratieve cel FOD/RIZIV	Tom Verhaeghe
VVKP	Tom Van Daele
Wit-Gele Kruis (WGK) – Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging (VFDT)	Tim Weltens

5.3. Bijlage 3 – Overzicht academici wetenschappelijke reflectiekamer

Caroline Verlinde	Voorzitter, Adjunct-Kabinetschef Zorg Kabinet Minister Jo Vandeurzen
Jan De Maeseneer	Universiteit Gent
Dominique Van De Velde	Universiteit Gent
Ann Van Hecke	Universiteit Gent
Lieven Annemans	Universiteit Gent - Vlaamse Universiteit Brussel - Cortex
Liesbeth Borgermans	Vlaamse Universiteit Brussel
Mark Leys	Vlaamse Universiteit Brussel – Zorgproeftuinen
Paul Van Royen	Universiteit Antwerpen
Peter Raeymaekers	Universiteit Antwerpen
Peter Van Bogaert	Universiteit Antwerpen
Patrick Kenis	Antwerp Management School
Geert Van Hootegem	Katholieke Universiteit Leuven - Cortex
Herman Nys	Katholieke Universiteit Leuven
Chantal Van Audenhove	Katholieke Universiteit Leuven - Lucas
Bert Aertgeerts	Katholieke Universiteit Leuven - Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde

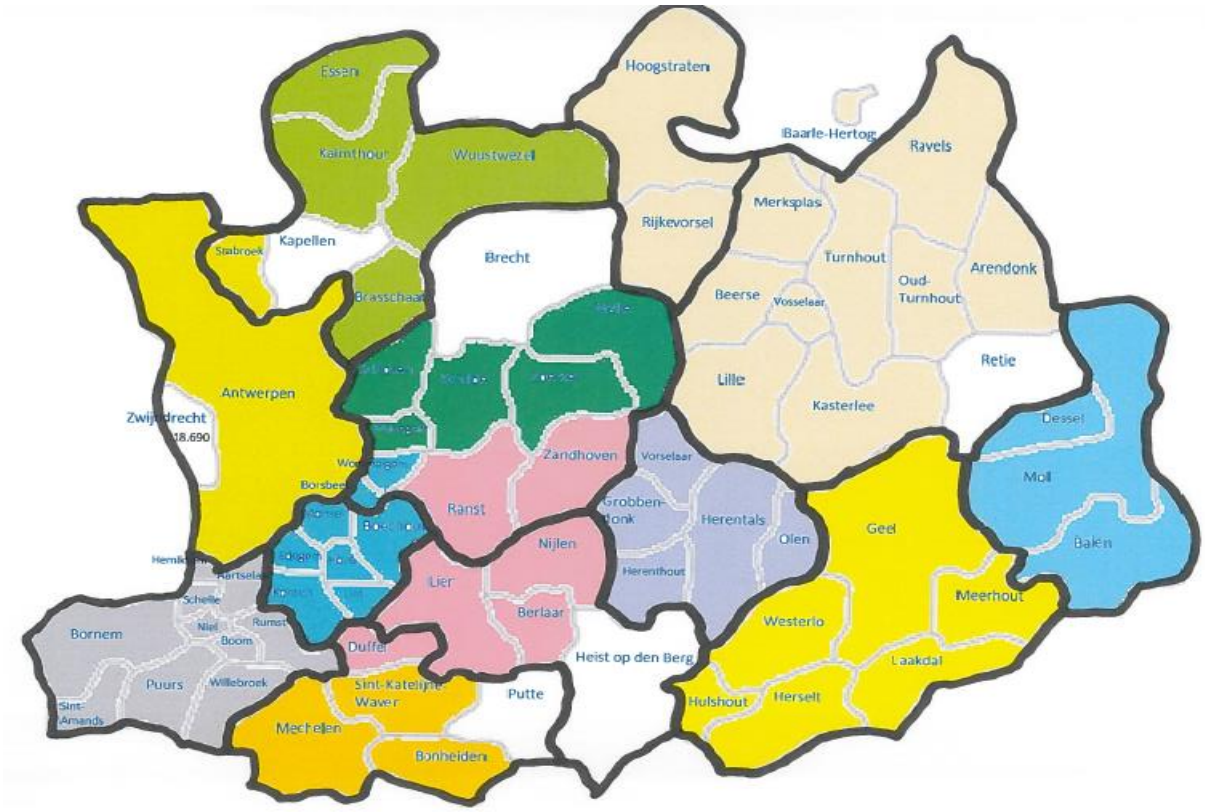
5.4. Bijlage 4 – Voorstel afbakening kleinstedelijk en regionaalstedelijk niveau

Hieronder kan een overzicht teruggevonden worden van het voorlopig voorstel tot afbakening op kleinstedelijk niveau voor alle vijf de Vlaamse provincies en op regionaalstedelijk niveau voor Vlaams-Brabant, Limburg en West-Vlaanderen. De andere twee provincies hebben omtrent dit niveau geen uitspraken gedaan.

5.4.1. Vlaams-Brabant (kleinstedelijk)

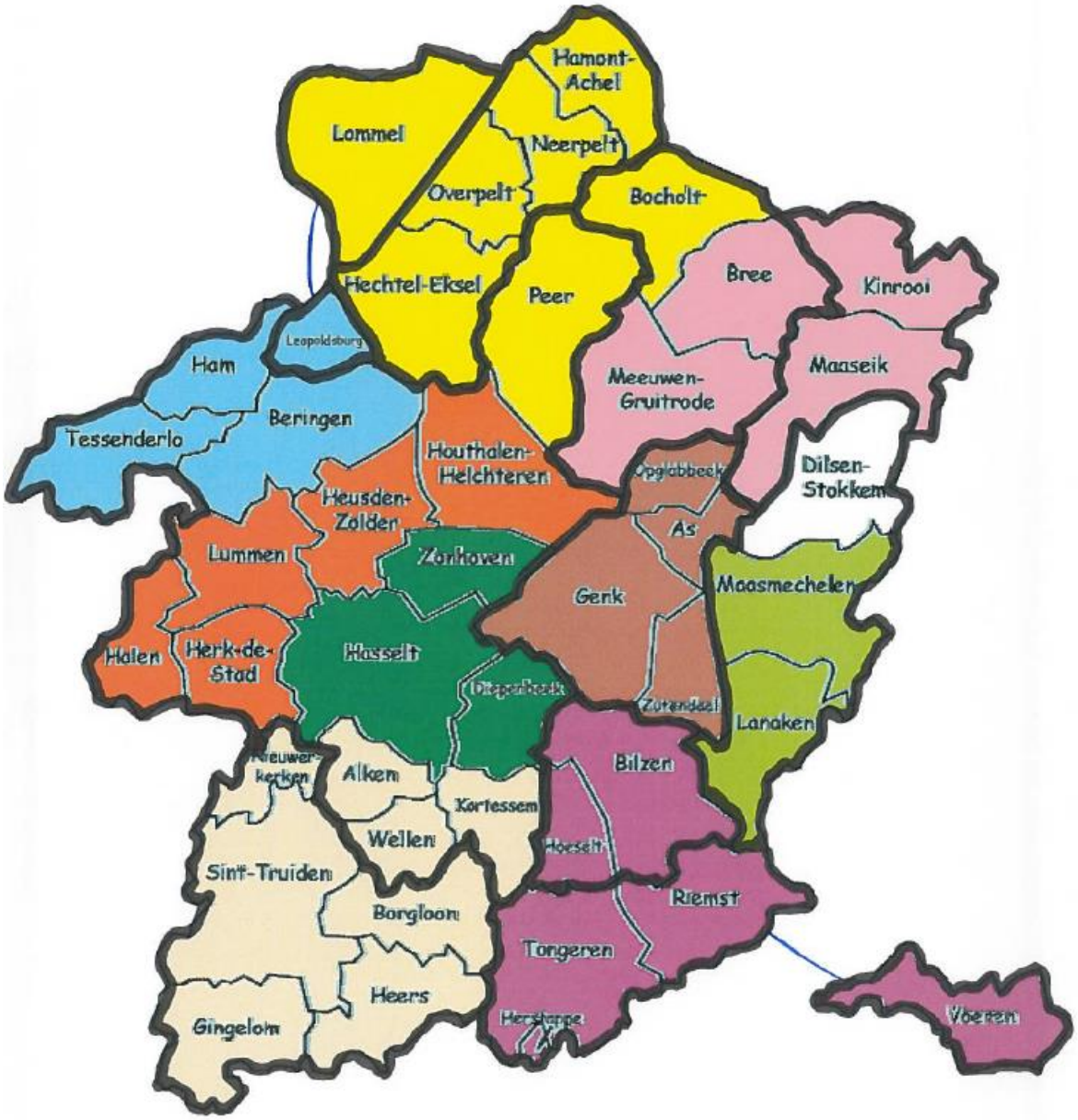
De kleuren zijn een weergave zijn van het voorstel van de werkgroep, waarbij de witte gebieden de discussiegebieden aangeven. De donkere zwarte lijnen zijn een weergave van het huidige zorgregiodecreet.

5.4.2. **Antwerpen (kleinstedelijk)**



De kleuren zijn een weergave zijn van het voorstel van de werkgroep, waarbij de witte gebieden de discussiegebieden aangeven. De donkere zwarte lijnen zijn een weergave van het huidige zorgregiodecreet.

5.4.3. **Limburg (kleinstedelijk)**



De kleuren zijn een weergave zijn van het voorstel van de werkgroep, waarbij de witte gebieden de discussiegebieden aangeven. De donkere zwarte lijnen zijn een weergave van het huidige zorgregiodecreet.

5.4.4. West-Vlaanderen (kleinstedelijk)

De kleuren zijn een weergave zijn van het voorstel van de werkgroep, waarbij de witte gebieden de discussiegebieden aangeven. De donkere zwarte lijnen zijn een weergave van het huidige zorgregiodecreet.

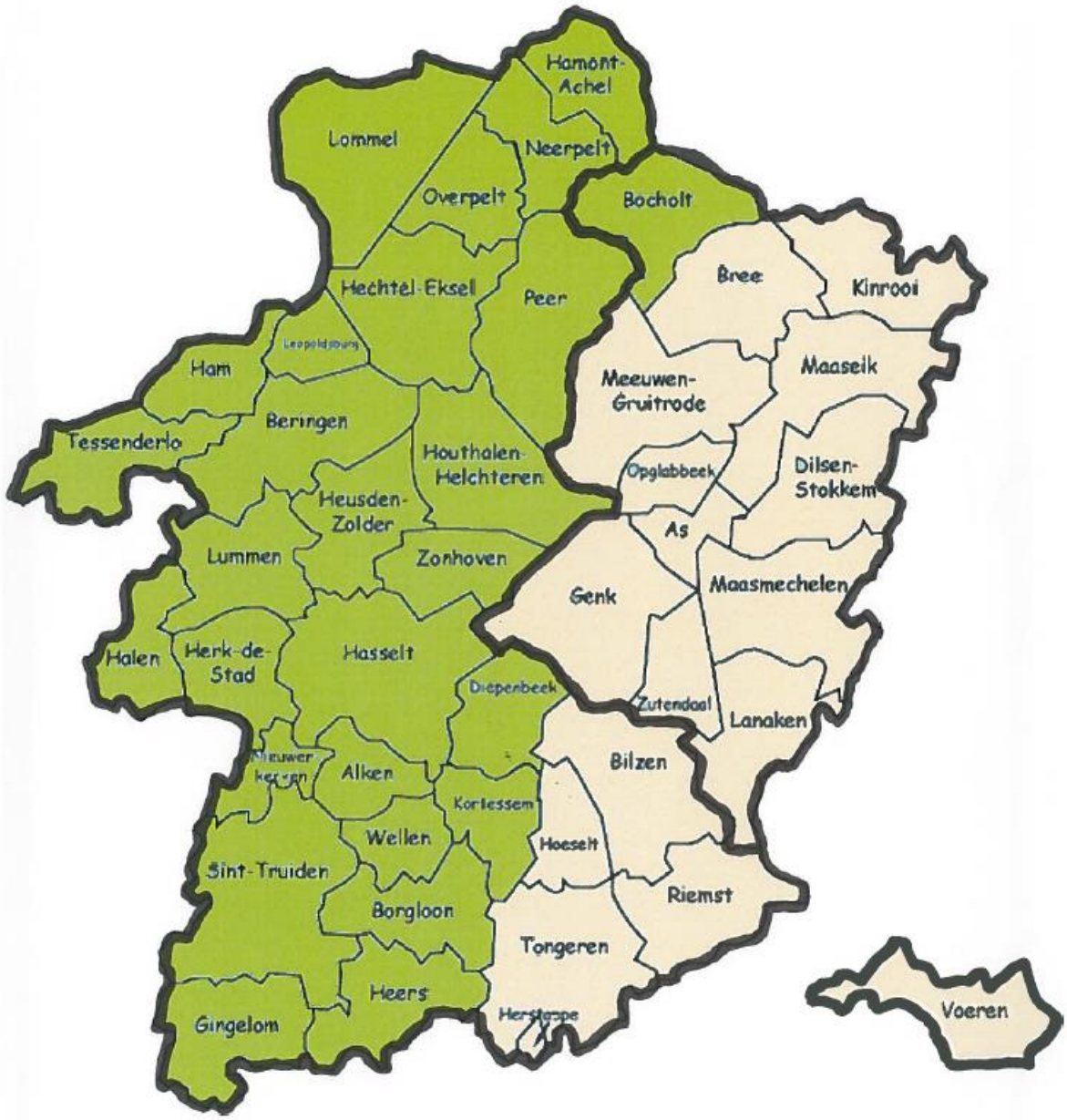
5.4.5. **Oost-Vlaanderen (kleinstedelijk)**

De kleuren zijn een weergave zijn van het voorstel van de werkgroep, waarbij de witte gebieden de discussiegebieden aangeven. De donkere zwarte lijnen zijn een weergave van het huidige zorgregiodecreet.

5.4.6. **Vlaams-Brabant (regionaalstedelijk)**

5.4.7. **Limburg (regionaalstedelijk)**

Voor de provincie Limburg gaat de voorkeur uit naar één regionaalstedelijke regio op het niveau van de provincie. Indien dit niet mogelijk is, dan stelt men voor om de huidige grenzen van artikel 107-projecten te volgen (zie kaart).



5.4.8. **West-Vlaanderen (regionaalstedelijk)**