

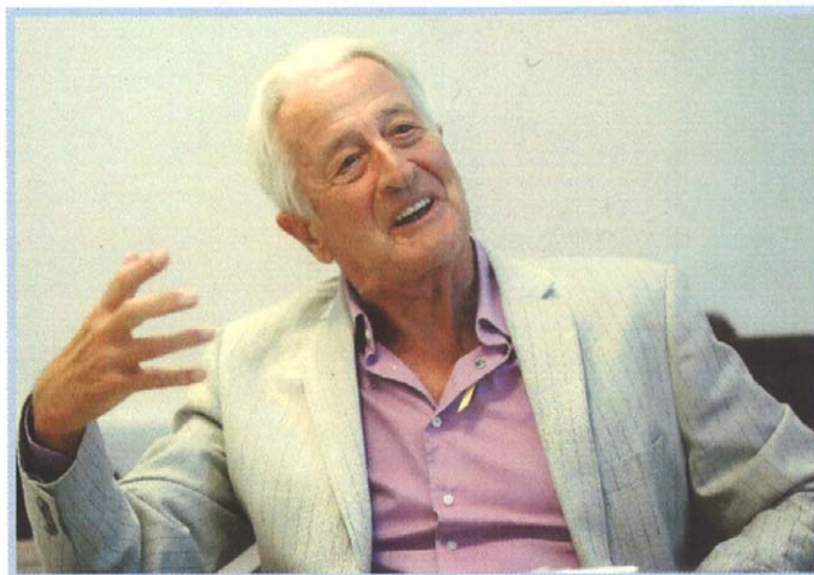
Conferentie **eerstelijnszorg**

Reorganisatie van de eerste lijn in Vlaanderen

DE HERVORMING VAN DE EERSTELIJNSZORG IN VLAANDEREN: WE MAKEN ER SAMEN WERK VAN!

Jan De Maeseneer, rapporteur Wetenschappelijke Reflectiekamer

Brussel, 16 februari 2017



Yvo Nuyens
1939-2015

1. Inleiding
2. De patiënt centraal in de zorg op micro-niveau
3. Het meso-niveau: de eerstelijnszone
4. Het macro-niveau: het Vlaams Instituut voor de Eerste lijn
5. Kwaliteit en gegevensdeling
6. Innovatie en ondernemerschap
7. Eerstelijnszorg in Brussel
8. Tot slot



HET GAAT GOED MET ONZE GEZONDHEIDSZORG...



Onze gezondheidszorg bij beste van Europa

De Belgische gezondheidszorg is de op drie na beste van Europa. Dat blijkt uit de Europese Gezondheidsindex die Health Consumer Powerhouse (HCP) al sinds 2005 publiceert. Het is de hoogste notering ooit voor België in de index, die de nationale gezondheidssystemen in 35 landen onderzoekt op 48 indicatoren. Op het vlak van toegankelijkheid scoort België de maximumscore.

Maar als het aankomt op de kostenefficiëntie van de gezondheidszorg eindigt België pas op de twaalfde plaats.

Voor het eerst scoren twee landen, Nederland en Zwitserland, meer dan 900 op 1.000: respectievelijk 927 en 904. Noorwegen eindigt op de derde plaats met 865 punten, en België volgt met 860 punten. (blg)





OECD Reviews of Health Care Quality

Caring for Quality in Health

**LESSONS LEARNT FROM 15 REVIEWS
OF HEALTH CARE QUALITY**





Lesson 1. High-performing health care systems offer primary care as a specialist service that provides comprehensive care to patients with complex needs

Across OECD countries, the population aged over 65 years increased from less than 9% in 1960 to 16% in 2014; and it is expected to nearly double in the next four decades to reach 27% in 2050. At the same time, nearly 65% of those aged 65-84 are estimated to have more than one chronic condition, a prevalence that reaches 89% for those aged 85 and over (Figure 1.1). Given the growing ageing population and the rising prevalence of multimorbidities, it is widely accepted that hospitals are neither the best settings to provide preventive care nor from which to manage multiple and complex care needs. It makes clinical and economic sense for health care systems to rebalance services towards community-based primary care. Stronger primary care requires investing in key functions of primary care (comprehensiveness, care co-ordination and care continuity), shifting care out of costly inpatient services and developing a rich information infrastructure to underpin quality monitoring and improvement.

QUADRUPLE AIM



-
1. verbeteren van de zorg zoals die door het individu wordt ervaren;
 2. verbeteren van gezondheidstoestand op bevolkingsniveau met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid;
 3. het realiseren voor de patiënt van meer "waarde" op het vlak van gezondheid met de ingezette middelen;
 4. ervoor te zorgen dat professionals in de gezondheidszorg hun werk op een goede en duurzame manier kunnen doen.

ACTUELE UITDAGINGEN



////////////////////////////////////
> Demografische en epidemiologische ontwikkelingen



Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study



Karen Barnett, Stewart W Mercer, Michael Norbury, Graham Watt, Sally Wyke, Bruce Guthrie

Summary

Background Long-term disorders are the main challenge facing health-care systems worldwide, but health systems are largely configured for individual diseases rather than multimorbidity. We examined the distribution of multimorbidity, and of comorbidity of physical and mental health disorders, in relation to age and socioeconomic deprivation.

Lancet 2012; 380: 37–43

Published Online

May 10, 2012

DOI:10.1016/S0140-



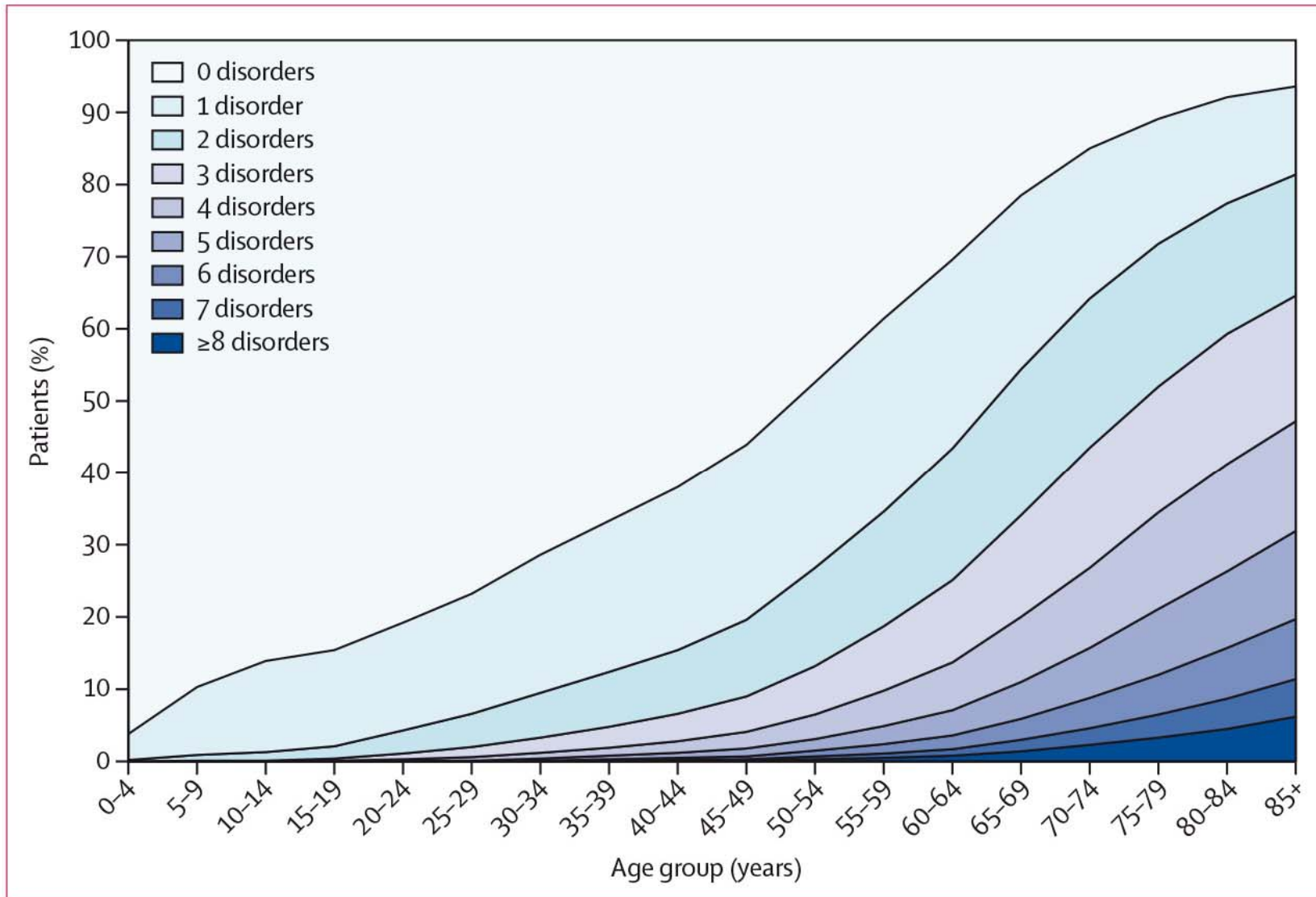


Figure 1: Number of chronic disorders by age-group

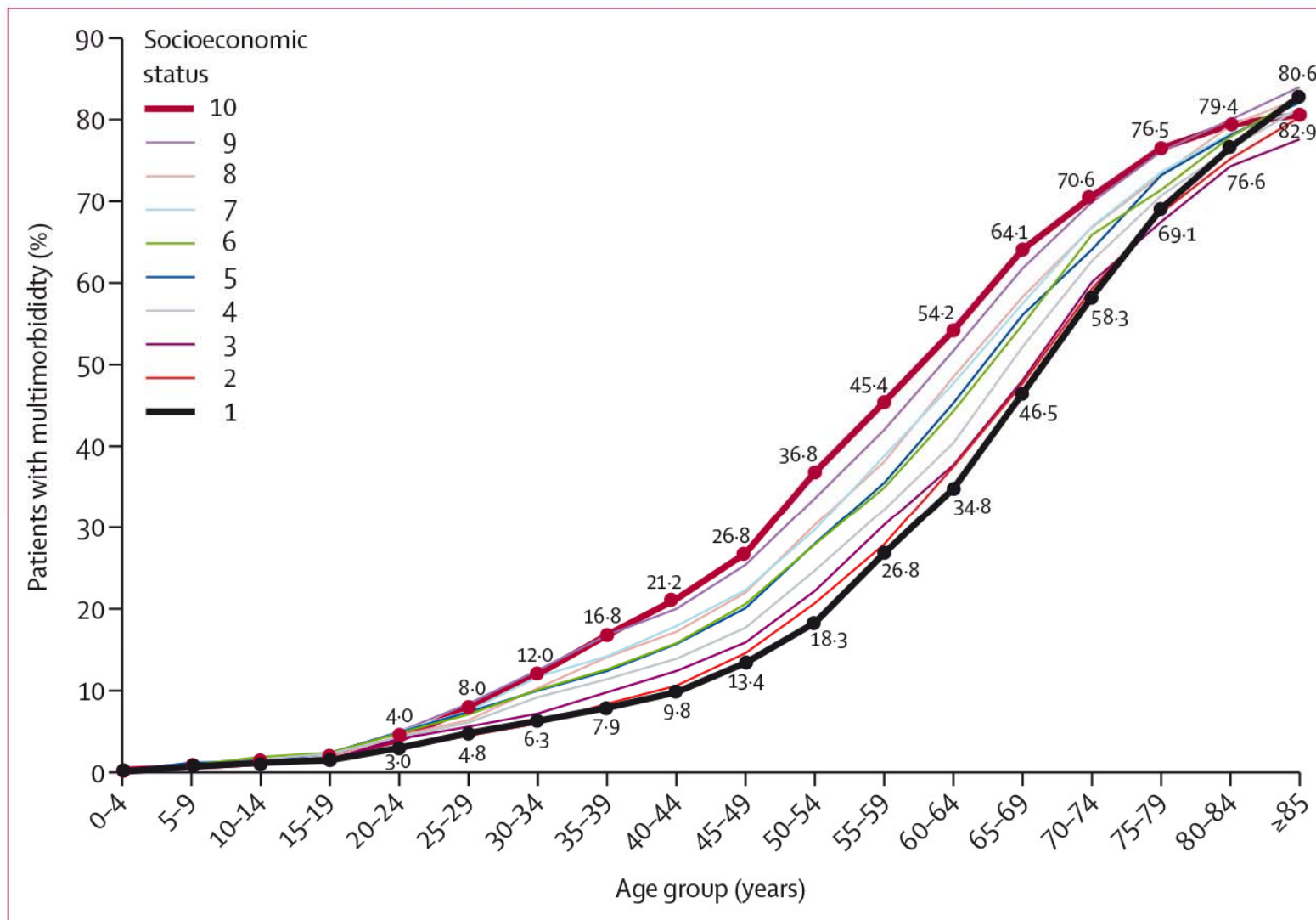


Figure 2: Prevalence of multimorbidity by age and socioeconomic status

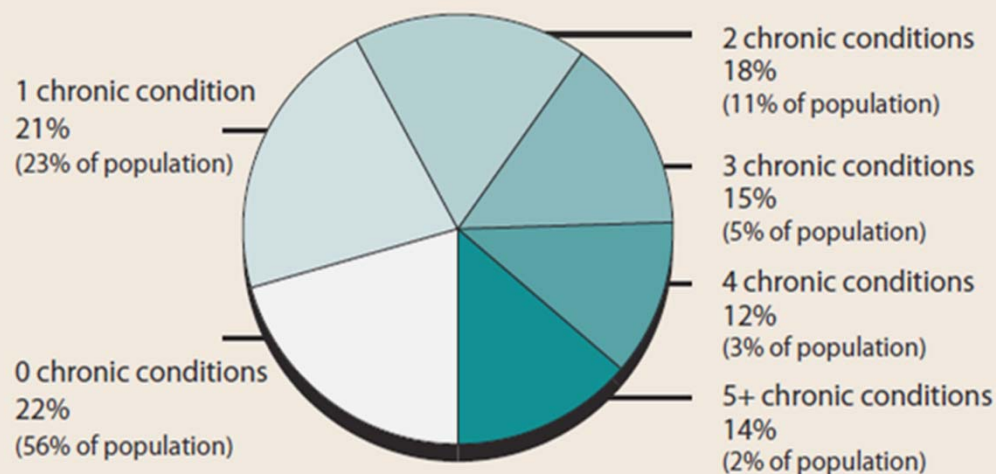
On socioeconomic status scale, 1=most affluent and 10=most deprived.

(MULTIPLE) CHRONISCHE ZIEKTEN EN UITGAVEN GEZONDHEIDSZORG



More than half of health care spending is on behalf of people with multiple chronic conditions

Percent of total health care spending by number of chronic conditions*
(Percent of population)



*Equal to more than 100% due to rounding.



Sipkoff M. Health Plans Begins To Address Chronic Care Management. Managed Care, 2003.

ACTUELE UITDAGINGEN



-
- > Demografische en epidemiologische ontwikkelingen
 - > Wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen en hun implicaties voor de betaalbaarheid van de gezondheidszorg

ZEG EENS ... APP

Ze meten de hartslag en tellen calorieën. Steeds meer gezondheidsapplicaties spelen dokter-tje. Maken ze hun beloftes waar? An app a day keeps the doctor away? De redactie deed de test.

780221 AN DOORLOOTS & VERKEER HELDEN



CARBS & CALS Calorieënteller

Bestaat voor iPhone, Android en BlackBerry. Belooft calorieën te tellen, op voorwaarde dat je plichtbewust ingeeft wat je eet. Kost 5,99 euro. Werkt onbewust als een mentale jein. Zelfs voor wie niet op dieet is, is het handig om te weten hoeveel calorieën en koolhydraten een bepaald gerecht bevat. Omdat de app telkens een foto van verschillende portiegroottes voorlegt, kun je eindelijk kiezen wat je hebt gegeten. Maar Carbs & Cals vervangt zeker geen diëtist. De applicatie stelt immers alleen vast en geeft geen advies over hoe het beter/gezonder kan.



INSTANT HEART RATE Hartslagmeter

Bestaat voor iPhone, iPad, Android en Windows Phone. Belooft accuraat je hartslag te meten. Kost niets. Er is een betakende versie zonder advertenties. Werkt verbaasgewekend simpel en accuraat. Je vinger voor de camera-lens plaatsen, een minuut wachten, en het resultaat is er al. We deden een vergelijksgetest met een echte hartslagmeter. Beide de app en de monitor gaven exact hetzelfde resultaat. Het principe achter de app is simpel en gewaagd: uit de camera-lens straalt licht en de lichtbron achter je vinger pulserende vinger. Oms bloed verandert minimaal van kleur bij elke hartslag en die veranderingen zijn onder fel licht zichtbaar.



EYEXAM Oogtest

Bestaat voor iPhone en iPad. Belooft je ogen te testen en een afspraak te regelen met de oogarts. Kost niets. Er is een betakende versie met meer oogtests. Werkt vooral optimaal in de VS, want oogartsen in de bruut opvoelen, is (nog) niet mogelijk in ons land. Maar dat is niet de belangrijkste troef van deze app. Het is altijd fijn om je zicht, het vermogen om kleuren te onderscheiden en je oogdominantie (welke van je twee ogen het meeste werk verricht) te testen. De tests lijken steek op die van de oogarts en dat draagt bij tot de geloofwaardigheid. EyeXAM is een mogelijke indicator van oogproblemen, maar vooral een leuk 'spelletje' voor de ogen.



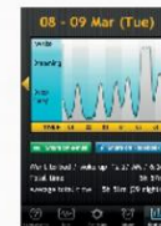
PZIZZ ENERGIZER Power napping machine

Bestaat voor iPhone, iPad en Android. Belooft je te begeleiden naar een oppeppend dutje. De app prijkt zichzelf als 'the ultimate power napping machine'. Kost 5,99 euro. Er is een Lite-versie met minder opties. Werkt op maat van je dutjevoorkeur. Je bepaalt hoelang de sessie duurt, of je gaag een begeleidend stem hoort of alleen maar muziek. Een zaa, psychodelisch bewegende figuur verschijnt op het scherm en de muziek is een medley van natuurgeluiden en gohen. Het nawaagehalte is bijzonder hoog. Echte gesla-pen hebben we niet. Maar toegegeven: het was bij momenten moeilijk.



SLEEP CYCLE Slapwaker

Bestaat voor iPhone en iPad. Belooft de slaapcyclus te registreren en je te wakken tijdens een lichte slaaphase. Kost 0,99 euro. Werkt aan het uiterste van je bed. Je legt de smartphone tussen matras en hoofdeinde. Tijdens de ene slaaphase bewegen we meer dan tijdens de andere, en de accelerometer registreert die bewegingen. Een halfuur voor je wakkeren eindelijk kiest de app het beste wakemoment. Dat gebeurt met geluid van stromend bergwater of een aedryes. Sleep Cycle kan verstand weaken. In tittel ankaal veranderd in dagelijkse nieuwsgierigheid naar de nachtgaflek. Het placebo-effect is niet te onderschatten: werd je echt minder abrupt wakker of beed je je dat in?



ACTUELE UITDAGINGEN

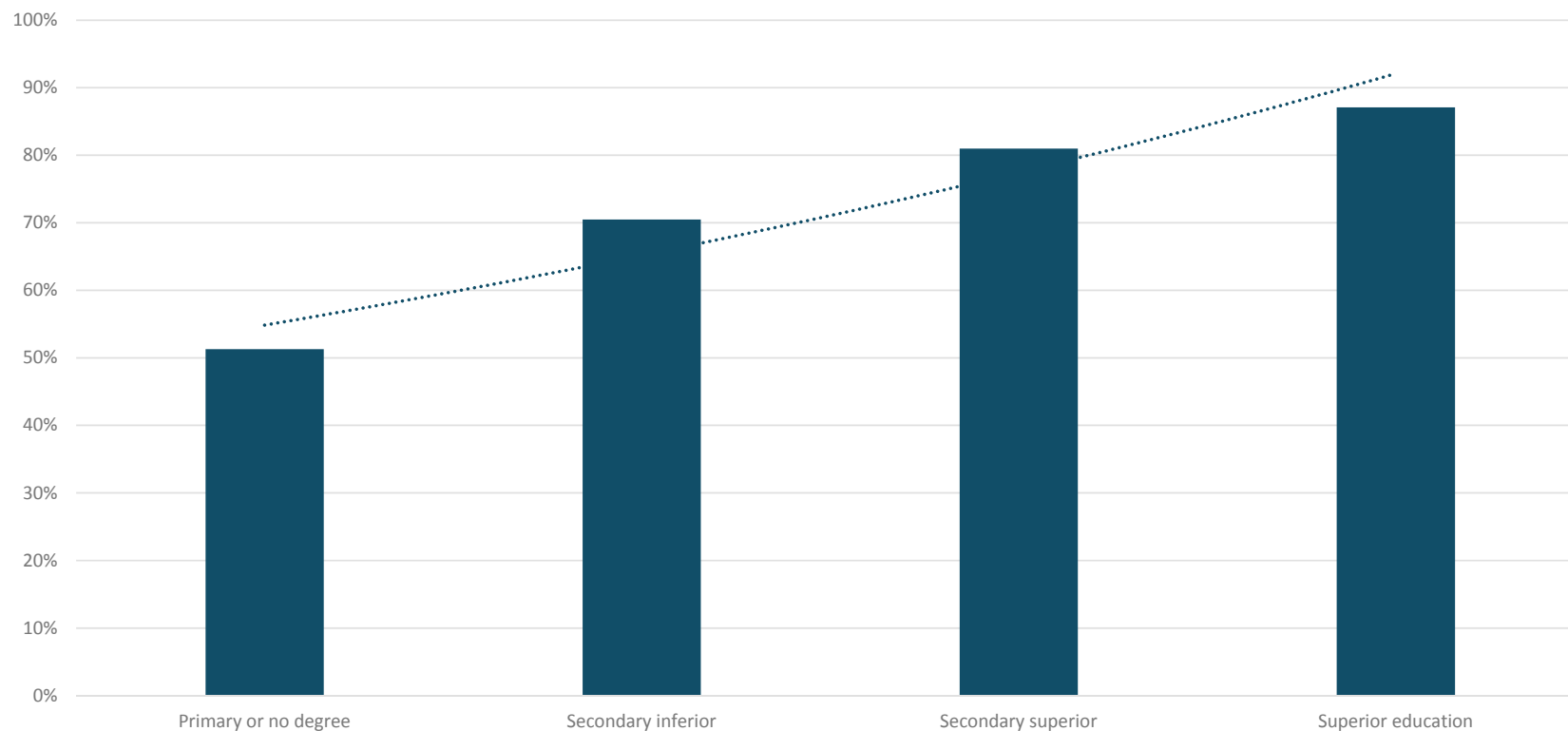


-
- > Demografische en epidemiologische ontwikkelingen
 - > Wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen en hun implicaties voor de betaalbaarheid van de gezondheidszorg
 - > Sociaal-culturele ontwikkelingen: de gewijzigde positie van de patiënt als “disruptive innovation”
 - > Op sociaal-economisch vlak: sociale gezondheidskloof

PERCENTAGE VAN DE VLAAMSE BEVOLKING MET EEN GOEDE (TOT ZEER GOEDE) SUBJECTIEVE GEZONDHEID



Percentage of the population (aged 15 years and over) with a good (to very good) subjective health, Flanders

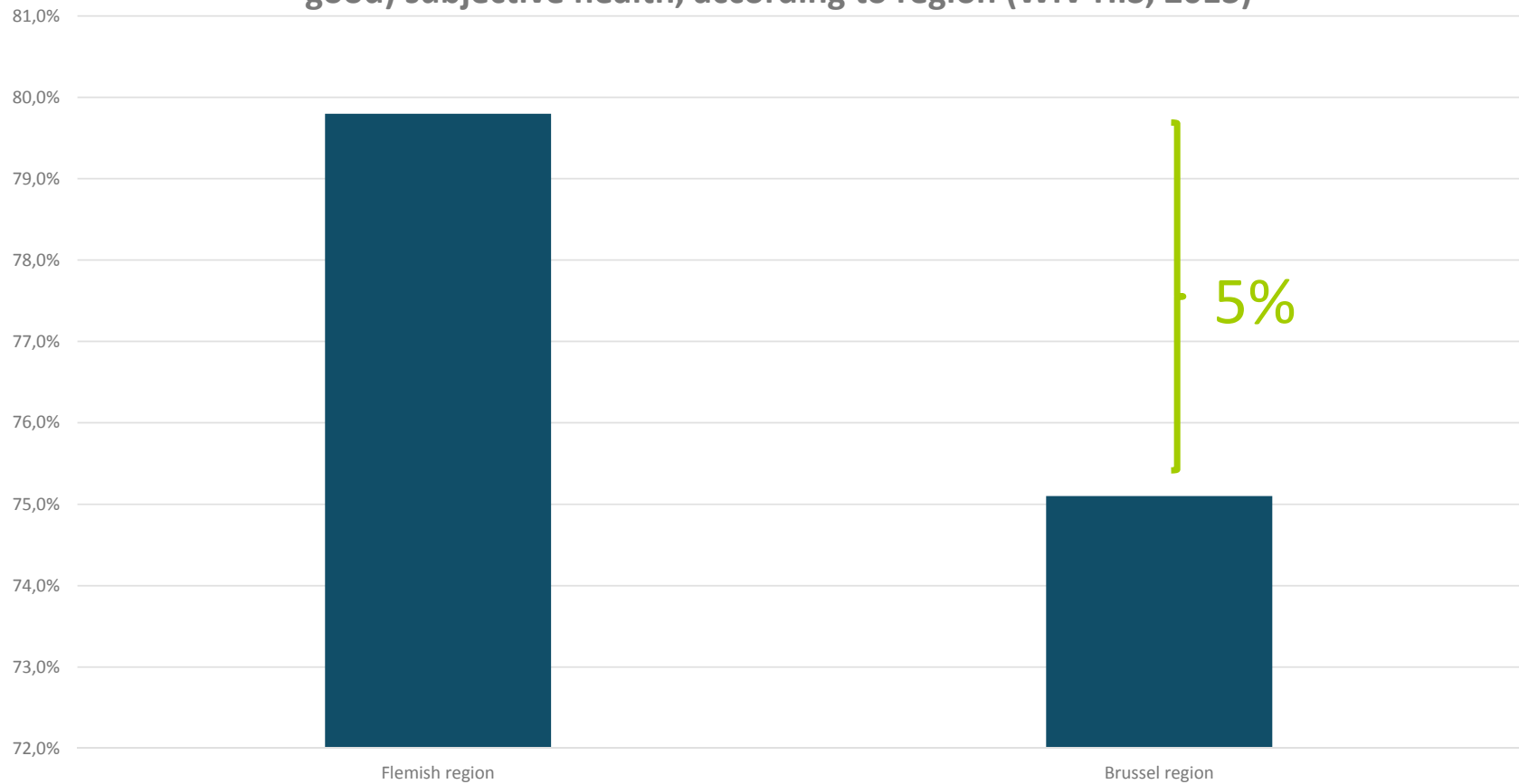


(WIV HIS, 2013)

PERCENTAGE VAN DE BEVOLKING IN GOEDE SUBJECTIEVE GEZONDHEID

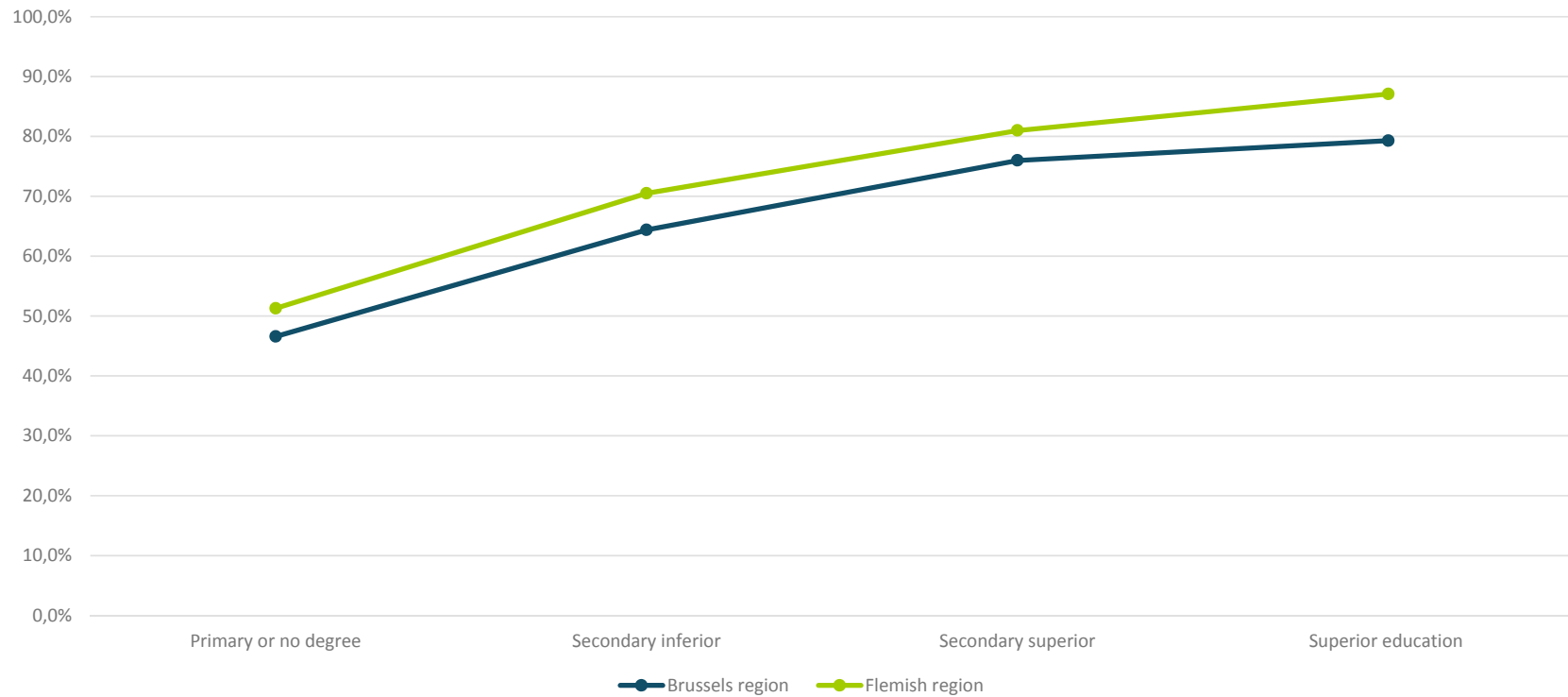


Percentage of the population (aged 15 years and older) with a good (to very good) subjective health, according to region (WIV HIS, 2013)





Percentage of the population (aged 15 years and over) with a good (to very good) subjective health, Flemish versus Brussels region (WIV HIS, 2013)





Arm Vlaanderen is ziek Vlaanderen

Hoewel het gebit van kinderen verbetert, hinken sommigen achterop. Ongelijkheid weegt op de gezondheid. Zo leven armen ook minder lang.

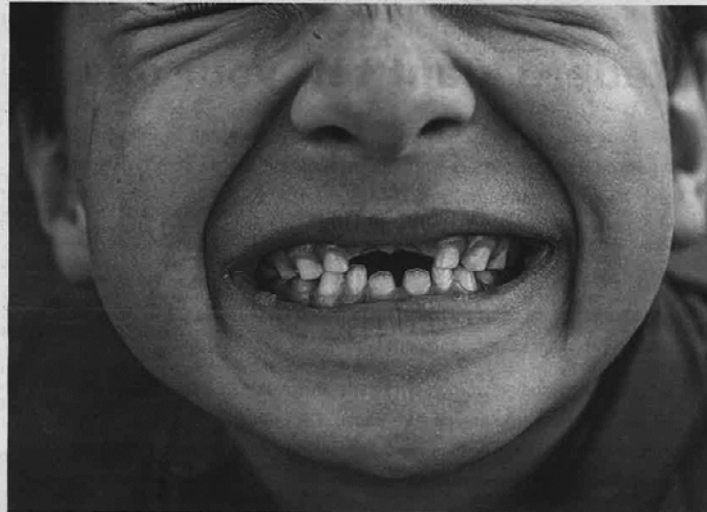
VAN ONZE REDACTRICE

MAXIE ECKERT

BRUSSEL | Een goede gezondheid is onbetaalbaar. Maar wie een hogere positie in de maatschappij heeft en niet in armoede leeft, maakt er wel meer kans op. Twee studies drukken ons met de neus op de feiten: mensen die onderaan de socio-economische ladder staan, leven gemiddeld twee jaar korter dan wie bovenaan staat, blijkt uit internationaal onderzoek. En ook in ons land zijn er al gezondheidsverschillen op jonge leeftijd. Zo hebben kinderen uit arme gezinnen een slechter gebit.

De internationale studie over het verband tussen levensverwachting en de socio-economische status bevat data van 1,7 miljoen mensen uit Europese landen, de Verenigde Staten en Australië. Het beroep - van ongeschoolde arbeider tot manager - blijkt een even groot effect op de gezondheid te hebben als ongezond gedrag of obesitas. De vorsers pleiten er in het toonaangevende vak tijdschrift *The Lancet* voor dat politici op alle niveaus de socio-economische status als een aparte risicofactor voor de gezondheid meenemen.

Uit de tweede, Belgische, studie blijkt dat minder kinderen dan vroeger gaatjes hebben, maar er is een groep die achterblijft. 'Dat zijn vooral kinderen die in



er schimmelvorming is. Dat maakt dat arme mensen vatbaarder zijn voor bepaalde gezondheidsrisico's. Ze worden door eenzelfde hoeveelheid fijn stof sneller ziek dan gemiddeld. Het is de druppel die de emmer doet overlopen. En als ze dan een gezondheidsprobleem hebben, gaan ze minder snel naar de dokter.'

Armen met gezondheidsproblemen met de vinger te wijzen gaat niet op. Ook niet voor roken en alcoholgebruik, zegt Willems. 'Onderaan de sociale ladder wordt er meer gerookt en meer gedronken, dat klopt. Armoede bezorgt veel stress en dan grijpen velen naar de sigaret of alcohol. Ook omdat ze als kind niet hebben geleerd anders met stress om te gaan: door te sporten, bijvoorbeeld, of een vriend op te bellen.'

Goedkope suiker

Of iemand voor zichzelf zorgt en gezondheidsproblemen probeert te voorkomen, is bij uitstek iets dat je aan het gebit kan zien, zegt professor tandheelkunde Peter Bottenberg. 'Vroeger was het normaal dat je pas naar de tandarts ging als je pijn had. Vandaag weet de bevolking beter hoe je dat kan voorkomen, ook door tijdig een afspraak te maken bij de tandarts. Maar die kennis zit nog niet overal.'

2,1 jaar

leven mensen met een lage socio-economische status gemiddeld minder lang.

4,8 jaar

leven mensen die roken gemiddeld minder lang. Mensen met obesitas 0,7 jaar.

71%

van de 12- tot 14-jarigen hadden in 2013 geen gaatjes. In 2009 was dat 48 procent.

ACTUELE UITDAGINGEN



-
- > Demografische en epidemiologische ontwikkelingen
 - > Wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen en hun implicaties voor de betaalbaarheid van de gezondheidszorg
 - > Sociaal-culturele ontwikkelingen
 - > Op sociaal-economisch vlak: sociale gezondheidskloof
 - > Globalisering



BELANGRIJKE KNELPUNTEN

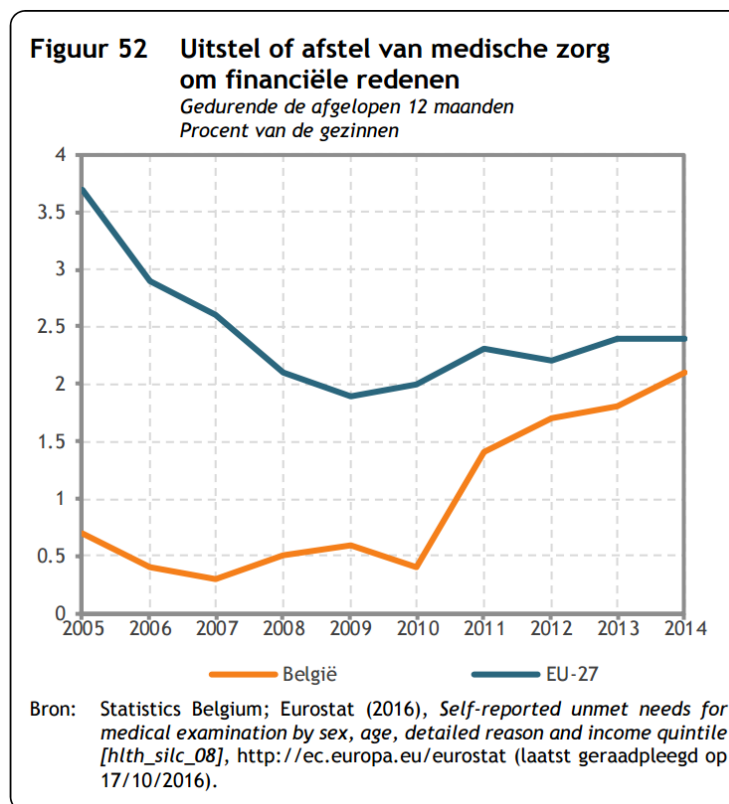


////////////////////////////////////
> Ongelijkheden op het vlak van toegang tot gezondheidszorg

SITUATIE VOOR DE MEEST KWETSBARE GROEPEN GAAT EROP ACHTERUIT (2008-2015)



Aantal huishoudens dat medische zorg uitstelt omwille van financiële redenen:
VERVIERVOLDIGING!



BELANGRIJKE KNELPUNTEN

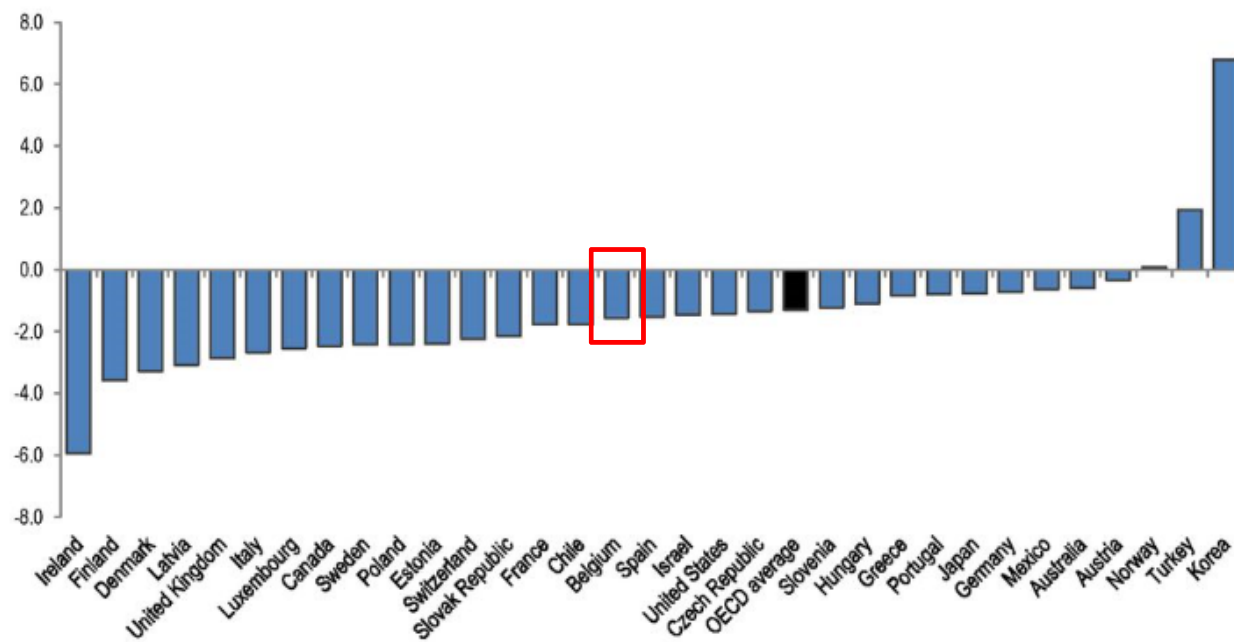


-
- > Ongelijkheden op het vlak van toegang tot gezondheidszorg
 - > Hoog aantal erkende acute ziekenhuisbedden

SHIFT VAN ZORG UIT HET ZIEKENHUIS BLIJFT NIET EENVOUDIG

Figure 1.2. Health care is progressively shifting out of hospitals but progress in some countries is still low

Panel A. Average annual growth rate of hospital beds, 2000-14 (or nearest year)



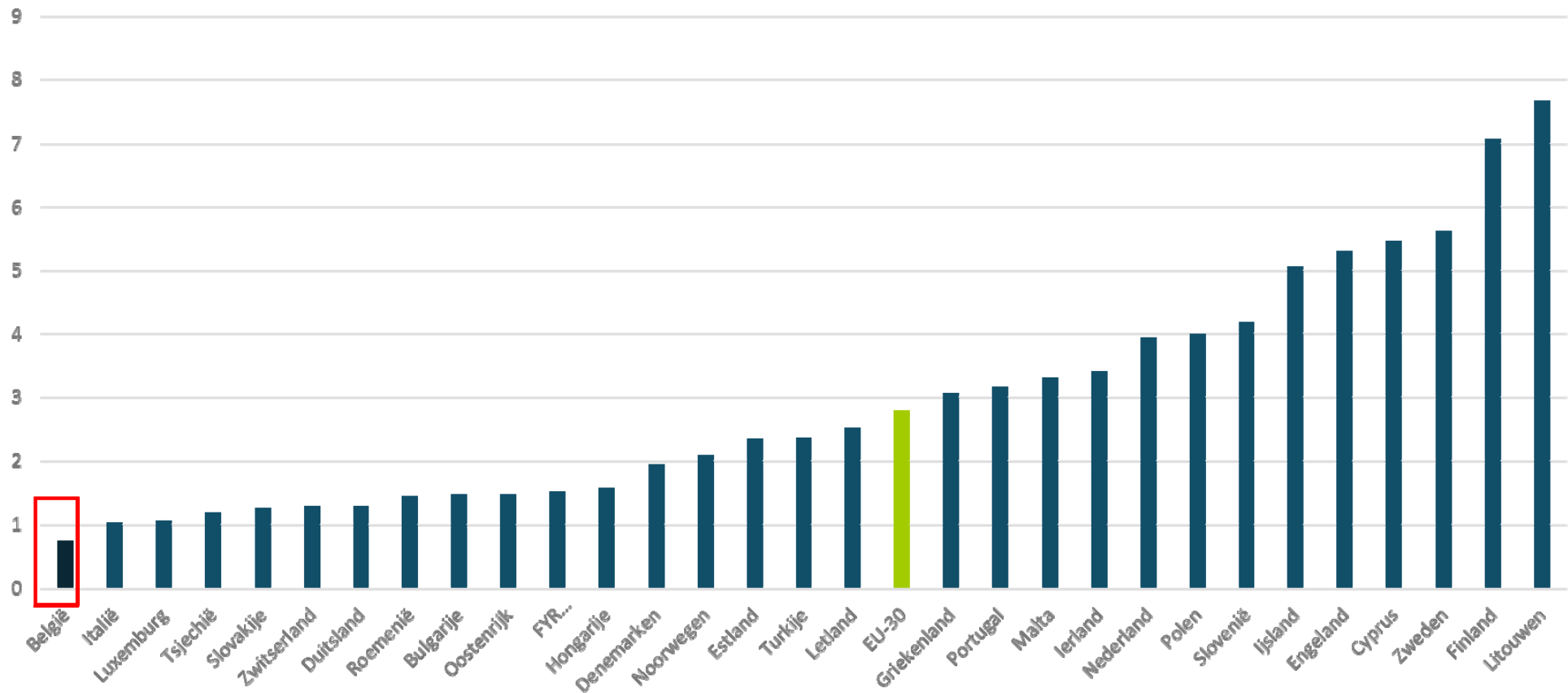
BELANGRIJKE KNELPUNTEN





-
- > Ongelijkheden op het vlak van toegang tot gezondheidszorg
 - > Hoog aantal erkende acute ziekenhuisbedden
 - > Over-gebruik en onder-gebruik
 - > Knelpunten op het vlak van de kwaliteit van de zorg
 - > Geestelijke gezondheidszorg: ondercapaciteit op de eerste lijn én op de tweede lijn
 - > Interprofessionele samenwerking

Meer dan ooit is een sterke eerstelijnsgezondheidszorg noodzakelijk

SAMENWERKING MET VERSCHILLENDE ZORGPROFESSIONALS IN DEZELFDE HUISARTSENPRAKTIJK (QUALICOPC, 2013)






European
Commission

Report of the
**EXPERT PANEL ON EFFECTIVE WAYS
OF INVESTING IN HEALTH (EXPH)**

on

**Definition of a Frame of Reference in relation to Primary
Care with a special emphasis on Financing Systems
and Referral Systems**

Health and
Consumers

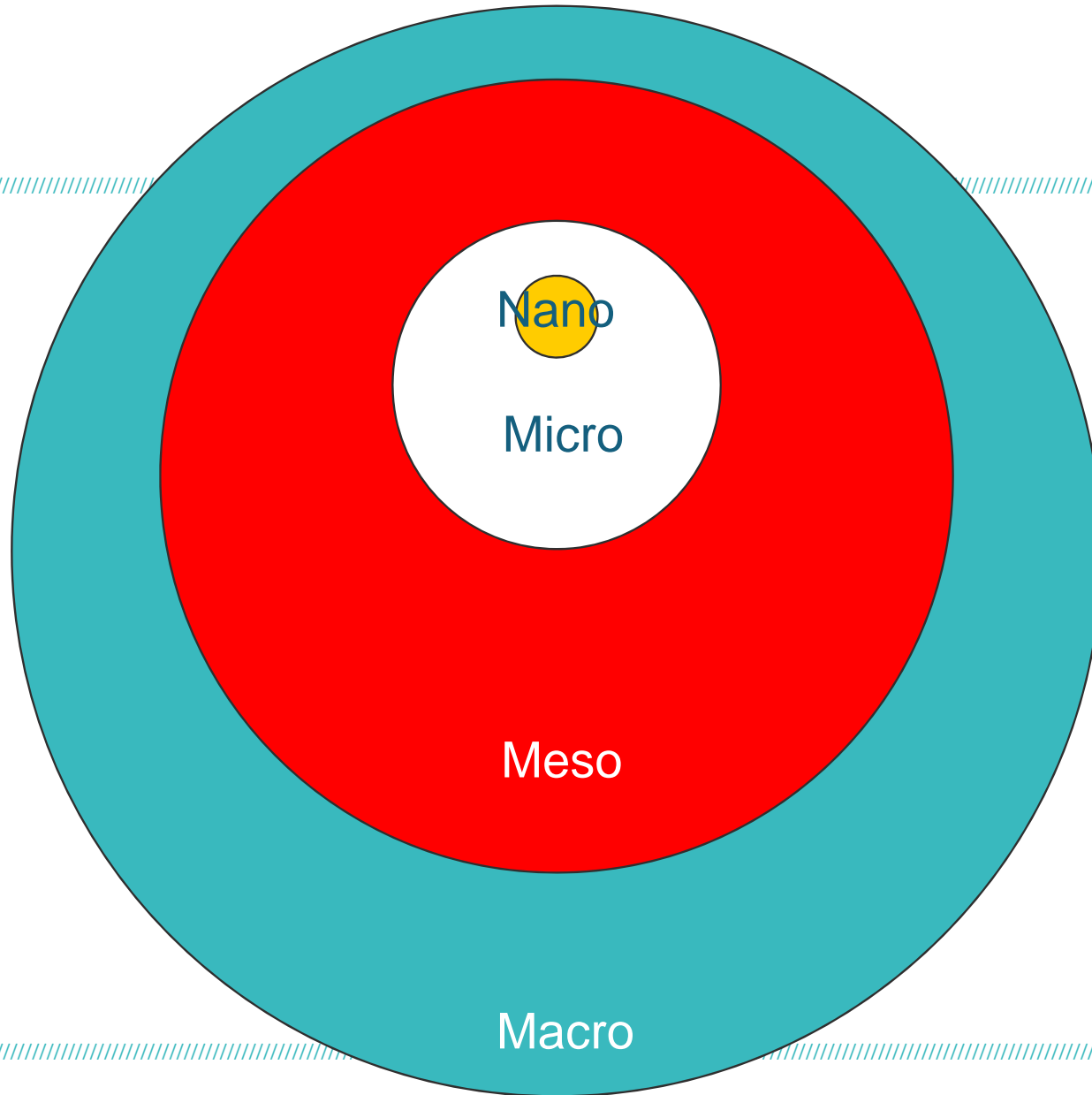


Opinion on Definition primary care – Definitie

'Het Expert Panel is van mening dat eerstelijnszorg het verstrekken is van universeel toegankelijke geïntegreerde persoonsgerichte integrale zorg voor gezondheid in de gemeenschap door een team van professionelen, die verantwoordelijk zijn om de overgrote meerderheid van de gezondheidsproblemen aan te pakken. Deze dienstverlening komt tot stand in een duurzaam "partnership" met patiënten en mantelzorgers, in de context van het gezin en de lokale gemeenschap, en speelt een centrale rol in de algemene coördinatie en de continuïteit van de verzorging van een bevolking.

De professionelen, actief in de eerste lijn, zijn o.a.: **de tandartsen, diëtisten, huisartsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen, ergotherapeuten, apothekers, kinesitherapeuten, psychologen en maatschappelijk werkers.'**





Nano

Micro

Meso

Macro



DE PATIËNT CENTRAAL IN DE ZORG OP MICRO-NIVEAU



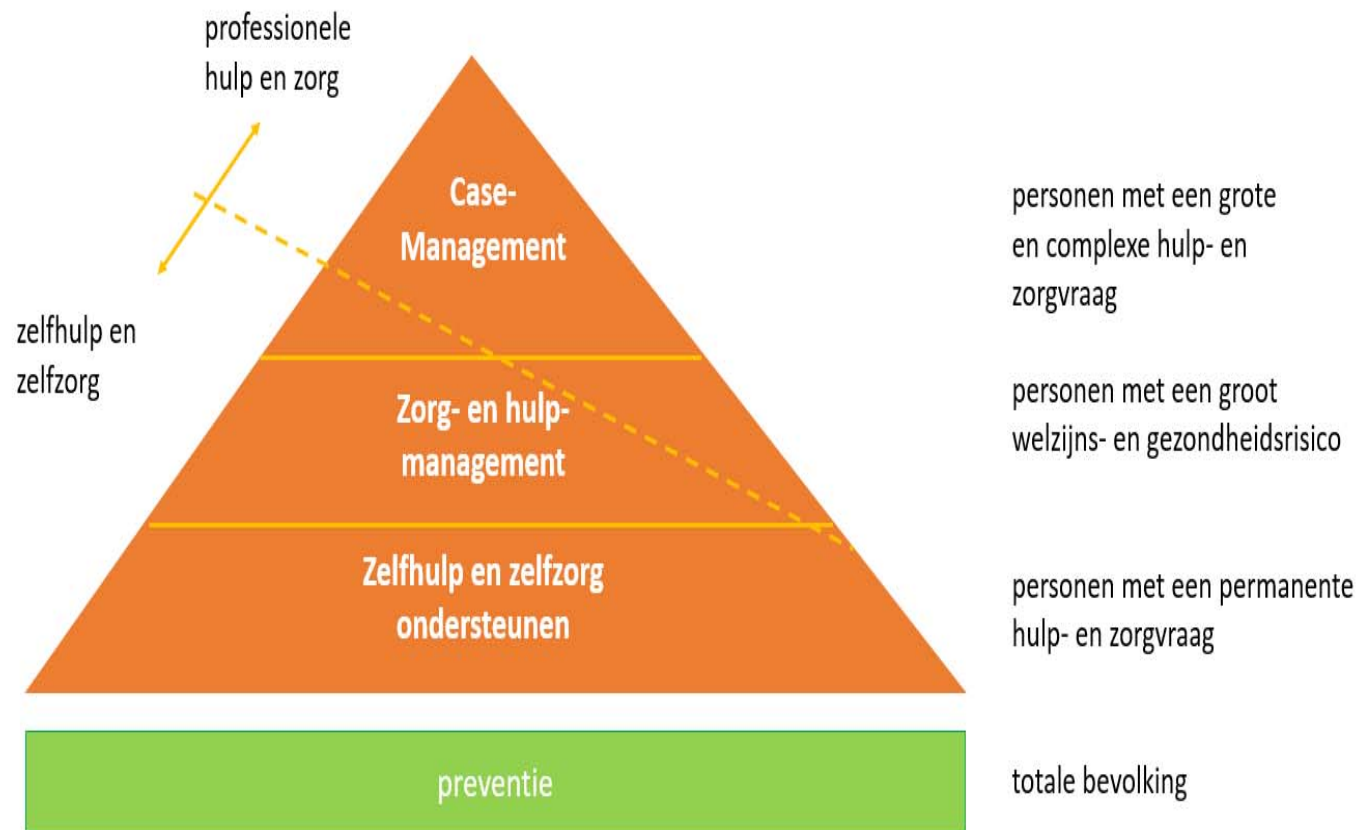
> De persoon met een zorgnood:

- Integrale benadering: eco-bio-psycho-sociaal model
- Uitgangspunt: doelstellingen van de persoon met een zorgnood

> De persoon met een zorgnood in het zorgsysteem:

- Een samenwerkend interprofessioneel zorgteam met actieve participatie van patiënt en mantelzorg
- Ingebed in een vrij gekozen eerstelijnsnetwerk
- Vrije keuze binnen het eerstelijnsnetwerk

ZORGCOÖRDINATIE EN CASE-MANAGEMENT



WAAROM WERKEN IN VASTE SAMENWERKINGSVERBANDEN MET DUIDELIJKE TAAKAFSPRAKEN OP DE EERSTE LIJN?



- > Provinciale toetsingsrondes: veel vragen en opmerkingen
- > Maar: “Wetenschappelijke evidentie” voor vaste teams:
 - Cochrane review: *“Vaste teams zijn effectiever dan alleen werkende zorgverstrekkers die samen een patient verzorgen en dit zowel op vlak van zorgorganisatie als patiëntenbenadering en voor de teamleden zelf”*
 - Bij de begeleiding van chronisch zieken bleek uit onderzoek dat in de interventiegroep met vaste teams meer patiënten langer thuis leefden.
- > Keuze: zorgteams binnen eerstelijnsnetwerk.



Buurtgerichte zorg

Als antwoord op vermaatschappelijking van de zorg

OVERLEG IN HET KADER VAN BUURTGERICHTE ZORG



- 40 tot 50 mensen: iedereen betrokken
- 3-maandelijks
- Uitwisseling van informatie
- “Gemeenschapsdiagnose”
- Signalen
- Actie

Taak als lokaal bestuur



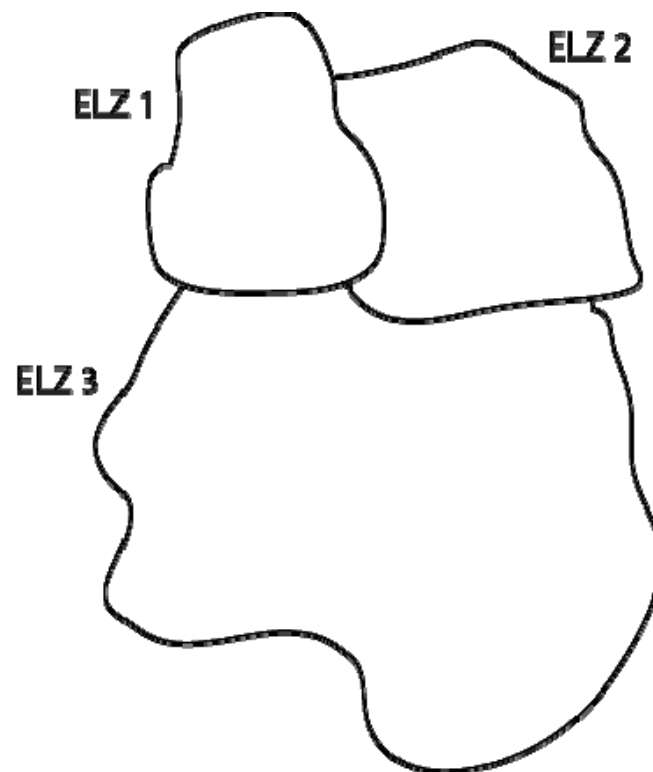
- Buurtzorgregie
- Buurtzorgregisseur moet outreachend werken!
 - Heel aanwezig zijn op het terrein
 - Aansluiten bij de dagelijkse praktijk
 - Sociale cohesie en buurtgevoel stimuleren
 - Samenwerking tussen partners bevorderen
 - Noden en leemtes detecteren

HET MESO-NIVEAU: DE EERSTELIJNSZONE

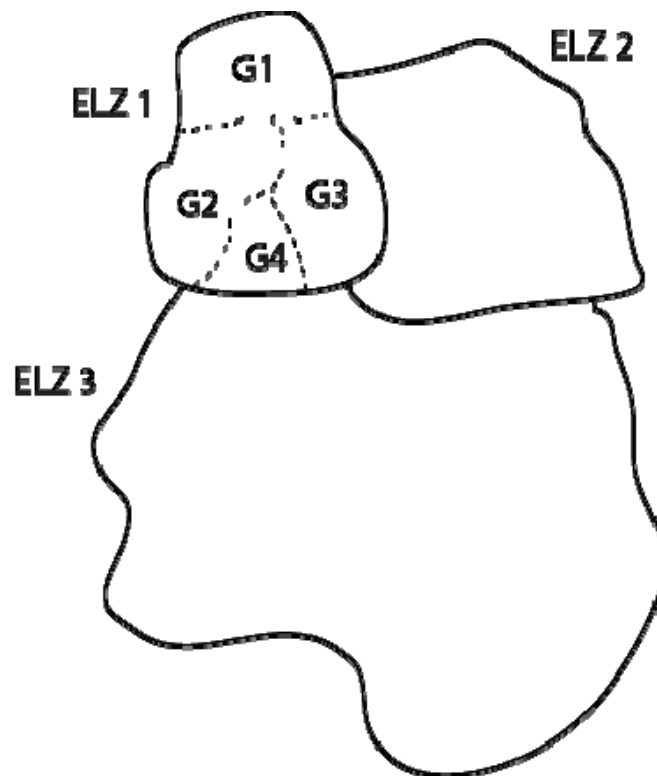


-
1. Achtergrond bij de discussie over de verschillende niveaus
 2. Uitgangspunten voor de invulling van de « eerstelijnszones »
 3. Eerstelijnszones: structuur en personeel

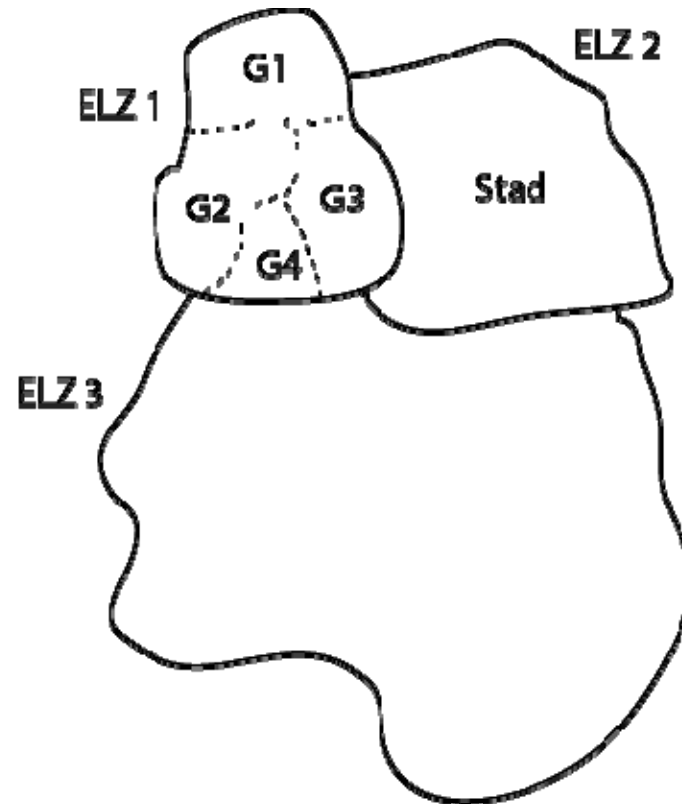
EERSTELIJNSZONE: HET MESO-NIVEAU: 75.000-125.000 INWONERS



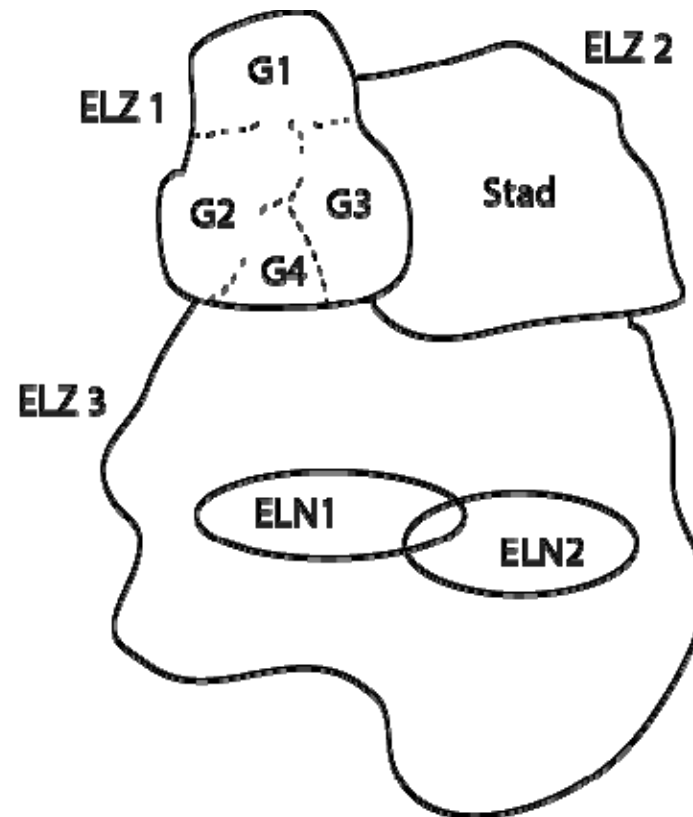
EERSTELIJNSZONE: HET MESO-NIVEAU: 75.000-125.000 INWONERS



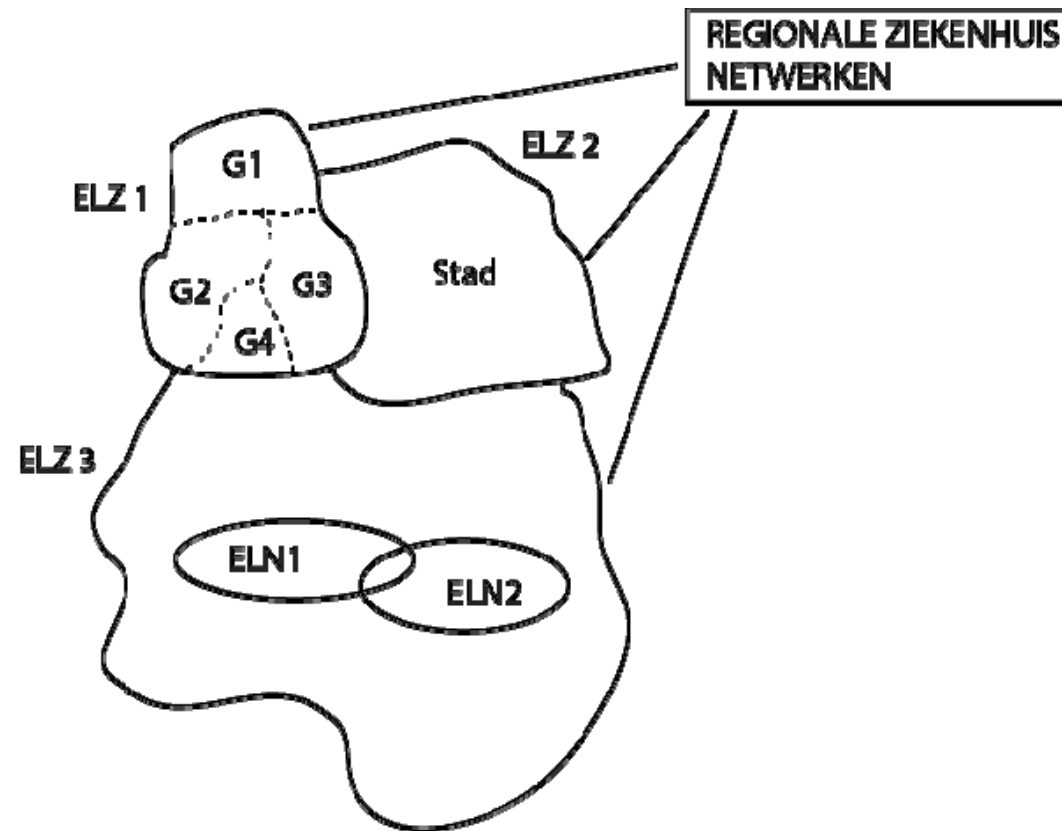
EERSTELIJNSZONE: HET MESO-NIVEAU: 75.000-125.000 INWONERS



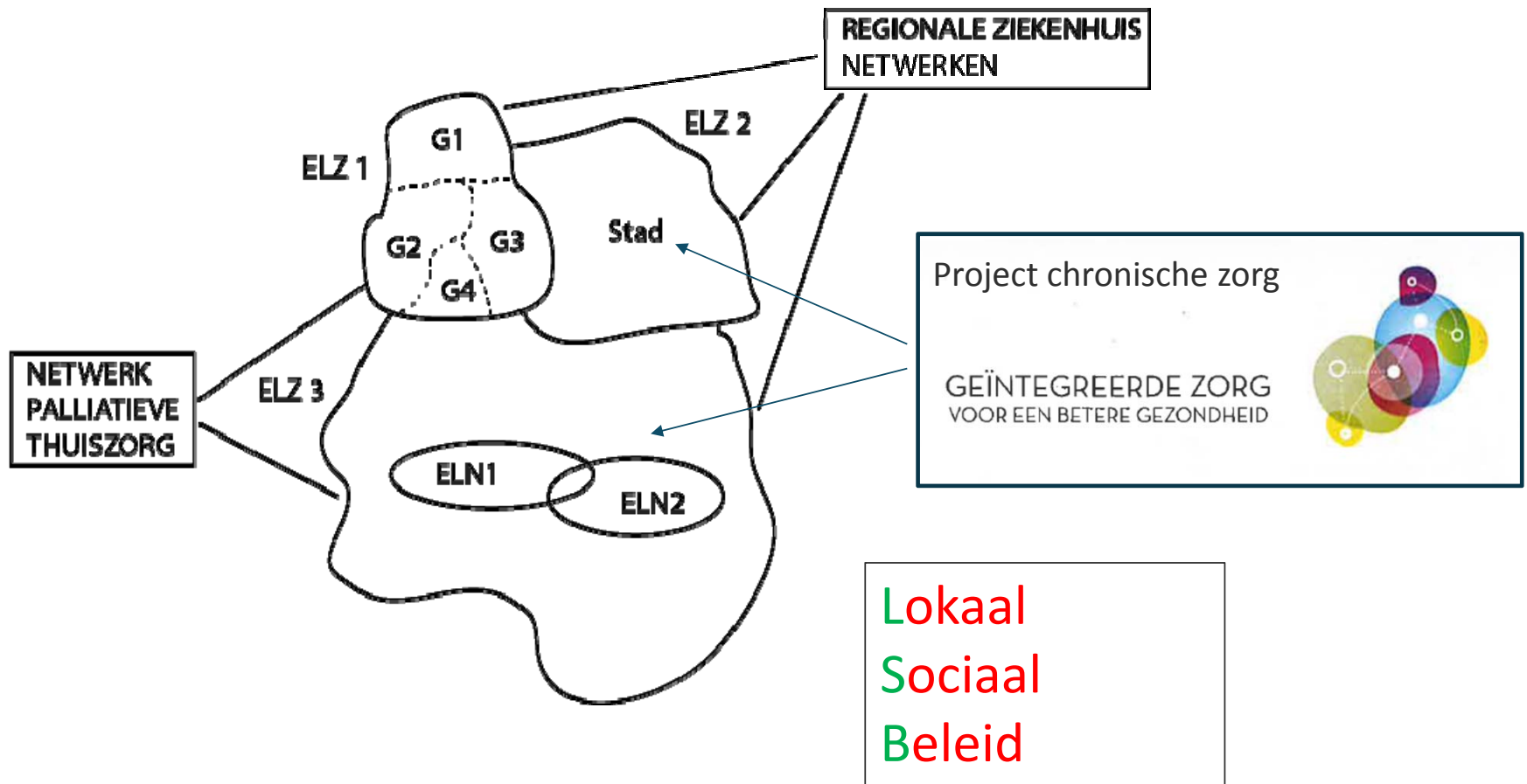
EERSTELIJNSZONE: HET MESO-NIVEAU: 75.000-125.000 INWONERS



EERSTELIJNSZONE: HET MESO-NIVEAU: 75.000-125.000 INWONERS



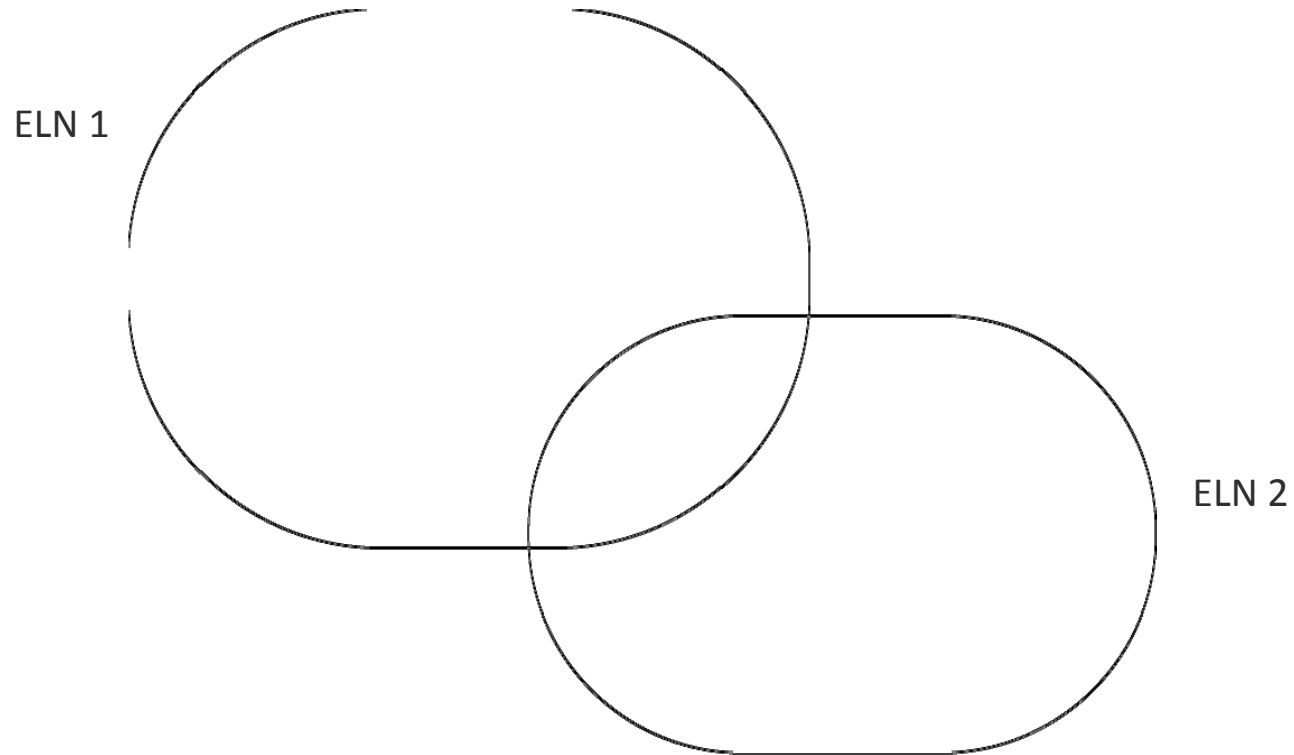
EERSTELIJNSZONE: HET MESO-NIVEAU: 75.000-125.000 INWONERS



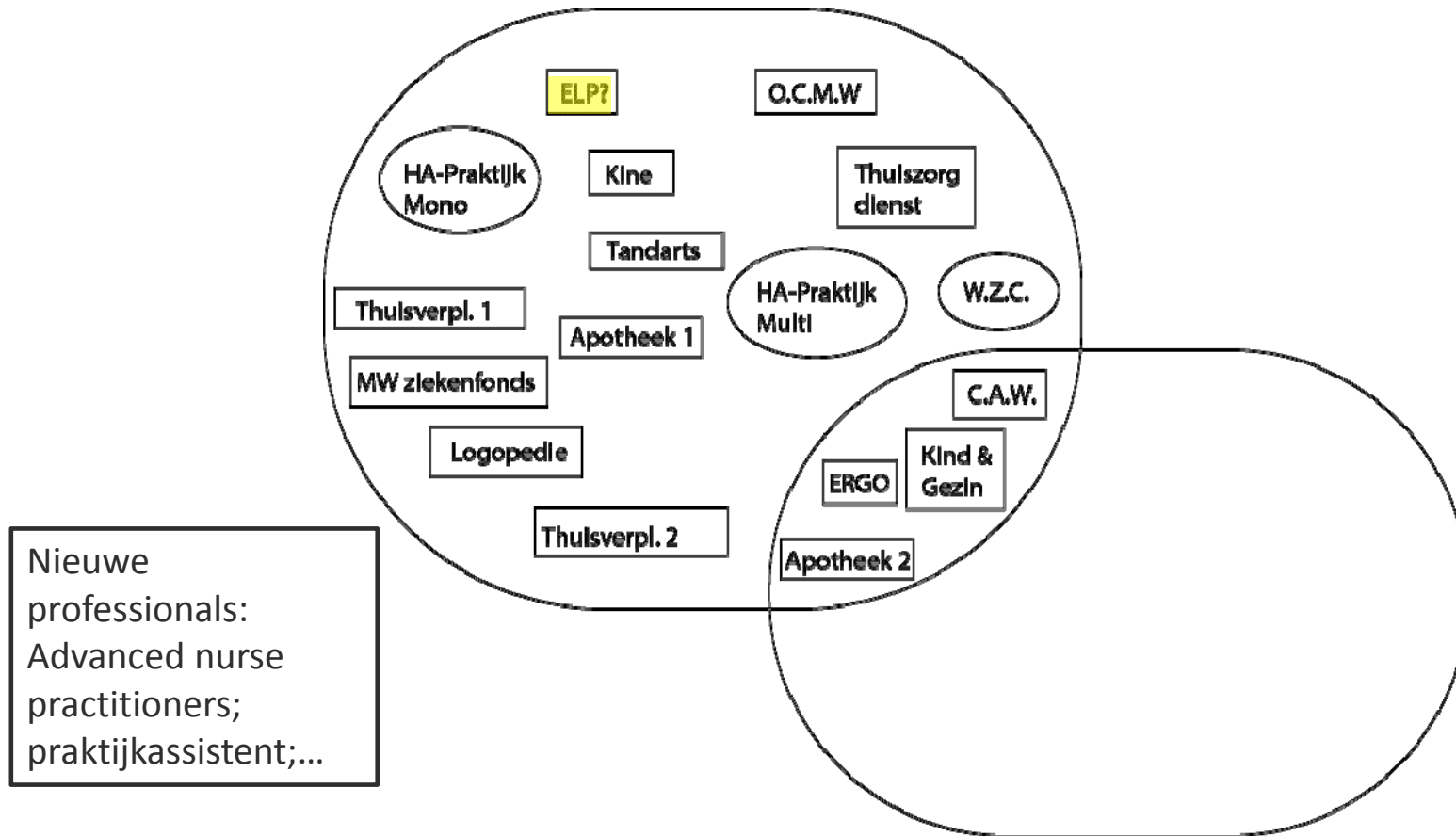


*“Organizing primary care in decentralized entities, for example, **primary care zones (PCZs)**, can contribute to the visibility of primary care. Defining the population that accesses a certain group of services and providers in primary care, can contribute to the accountability of providers in terms of outcomes, access and quality of care.”*

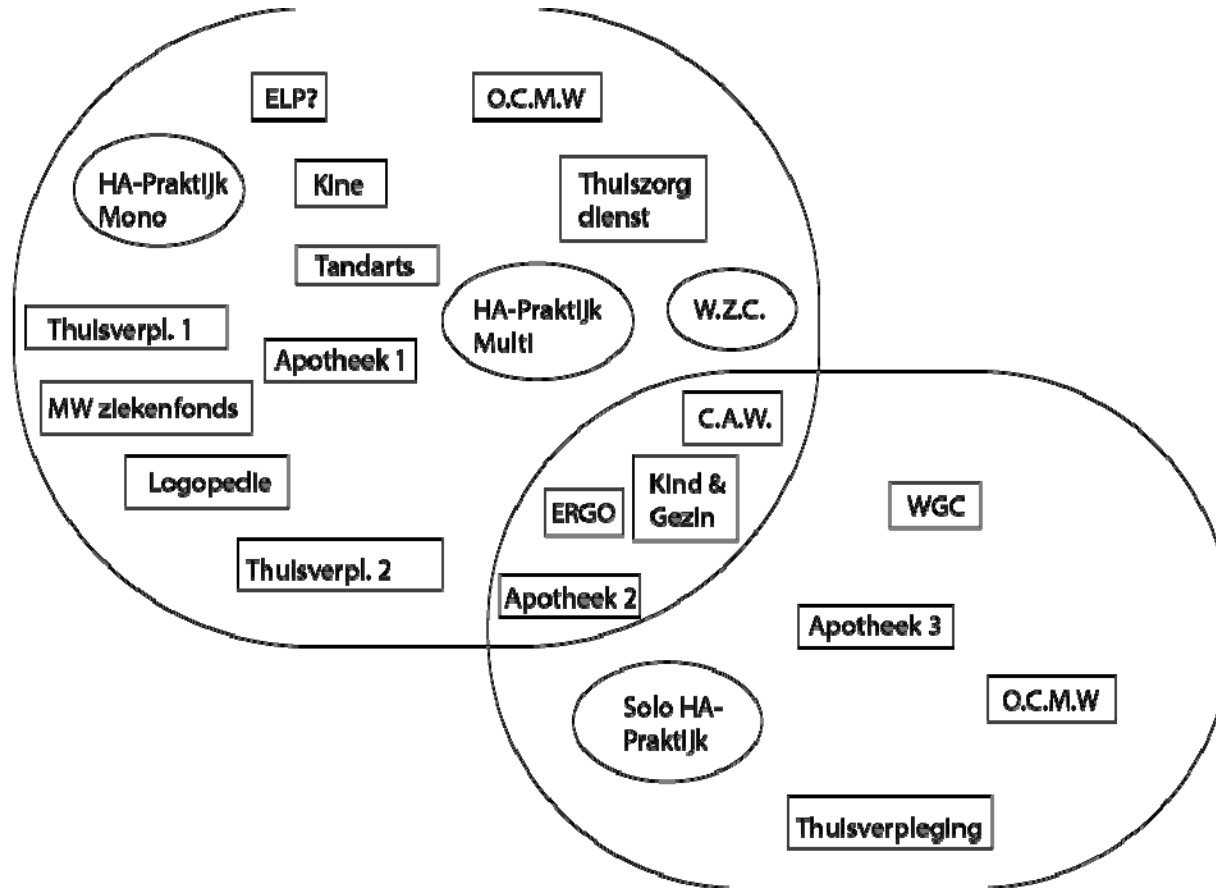
HET EERSTELIJSNETWERK: > 5.000 INWONERS (PLATTELAND) > 10.000 INWONERS (STAD)



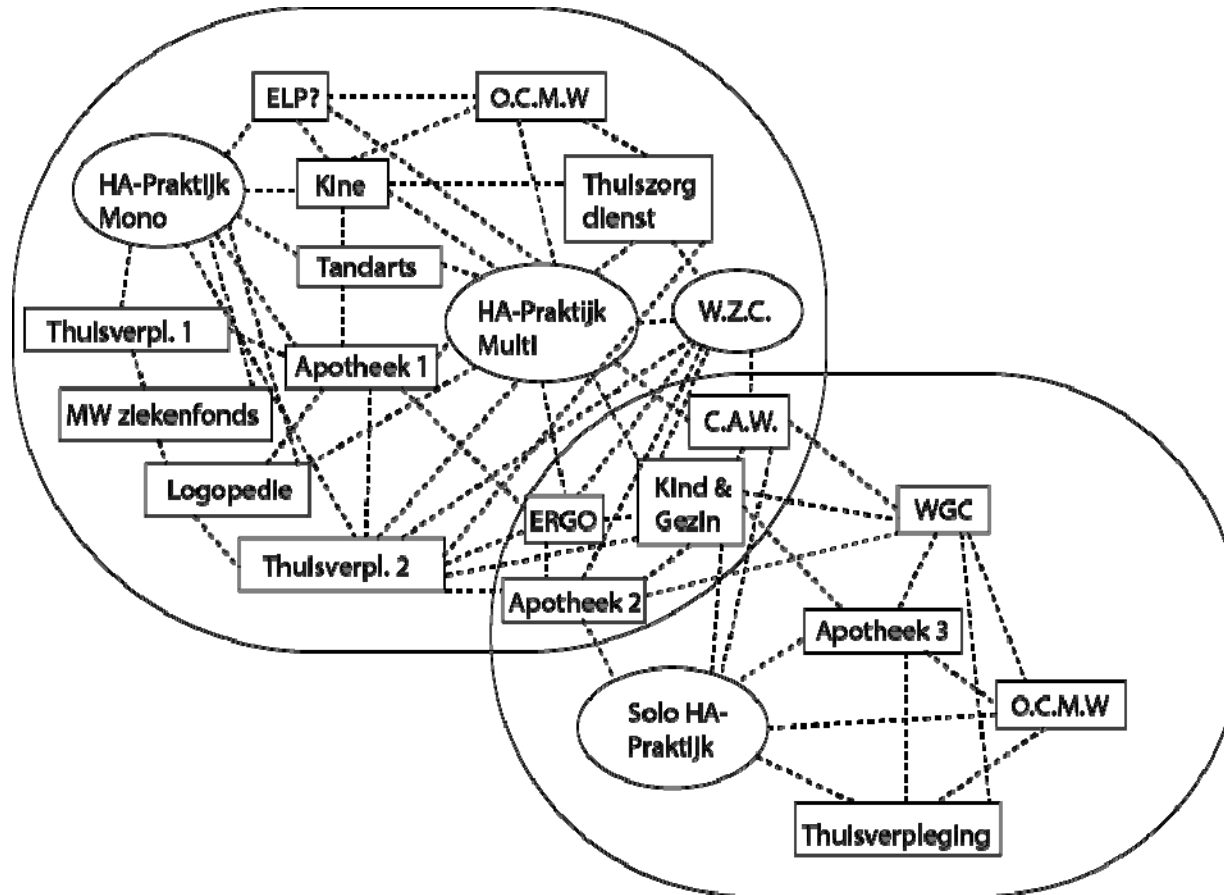
HET EERSTELIJSNETWERK: > 5.000 INWONERS (PLATTELAND) > 10.000 INWONERS (STAD)



HET EERSTELIJNSNETWERK: > 5.000 INWONERS (PLATTELAND) > 10.000 INWONERS (STAD)

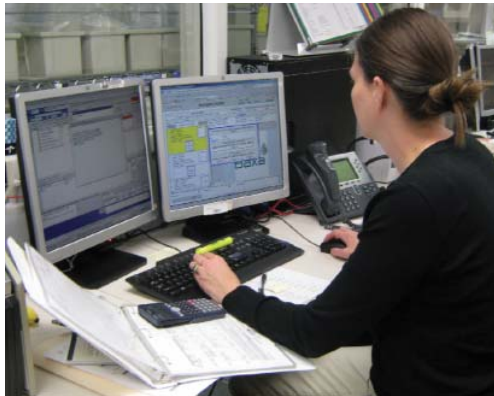


HET EERSTELIJNSNETWERK: > 5.000 INWONERS (PLATTELAND) > 10.000 INWONERS (STAD)



Rol van de apotheker

“Farmaceutische zorg”:

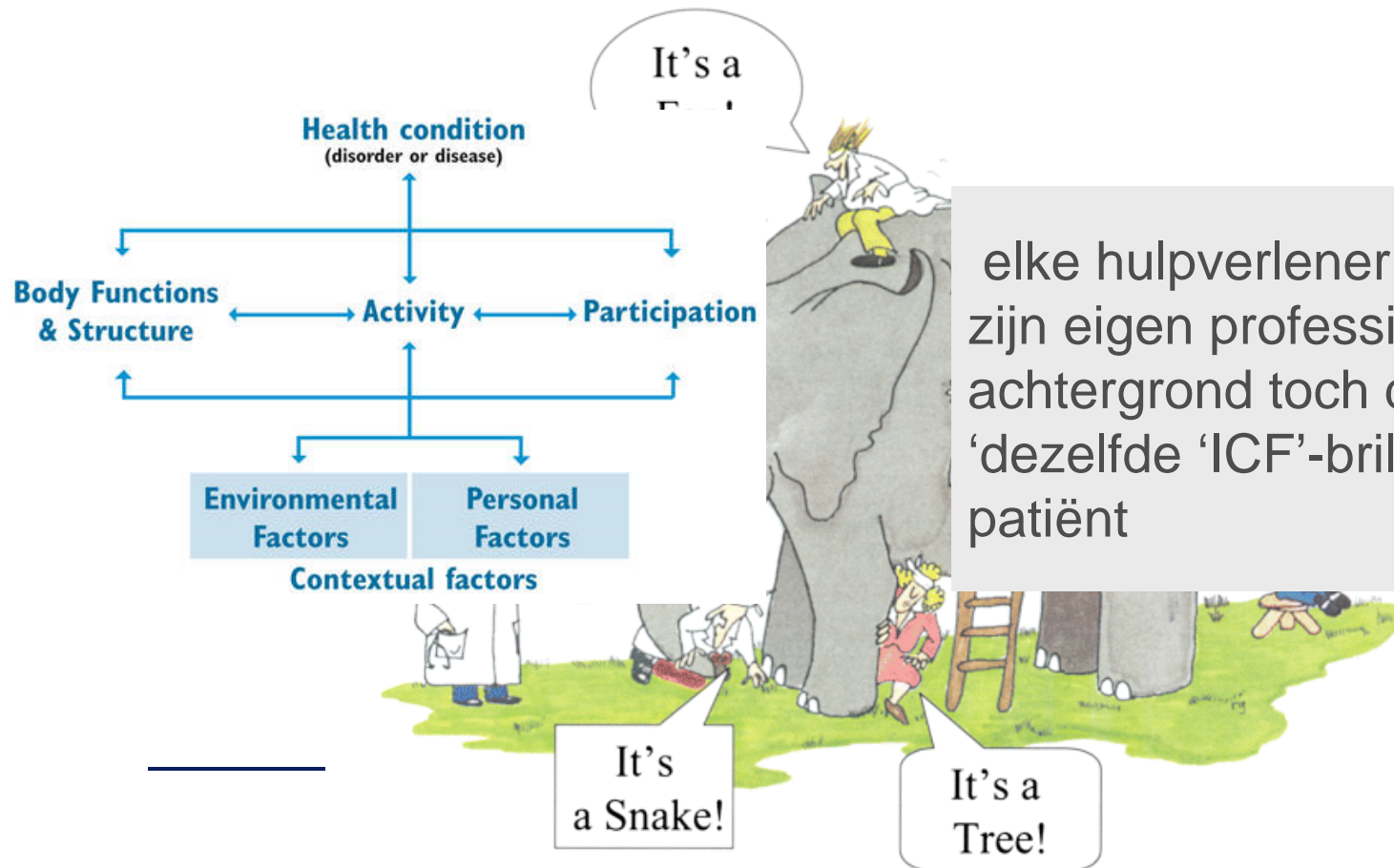


Medicatiebewaking

= **Nagaan optimaal therapeutisch effect**

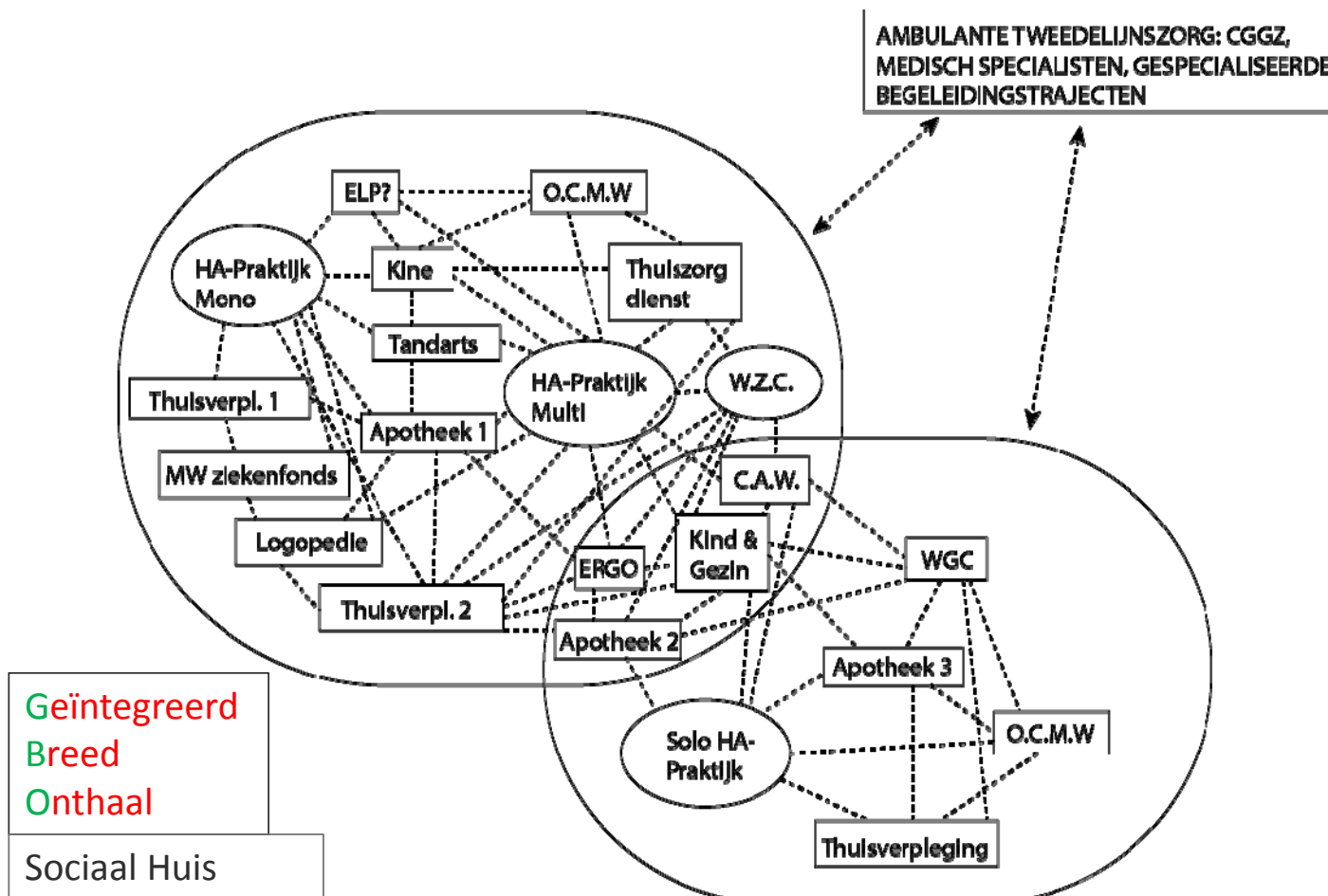
- Correcte indicatiestelling?
- Contra-indicaties?
- Juiste dosis?
- Juiste frequentie, tijdstippen, gebruik,...?
- Ongewenste effecten?
- Nog steeds nodig?
- Interacties?
- Therapietrouw?

ICF : interprofessionele samenwerking



elke hulpverlener kijkt vanuit zijn eigen professionele achtergrond toch door 'dezelfde 'ICF'-bril' naar de patiënt

HET EERSTELIJSNETWERK: > 5.000 INWONERS (PLATTELAND) > 10.000 INWONERS (STAD)



Dia 53

JDM2

Hier 'Sociaal Huis' nog toevoegen

Jan De Maeseneer; 10/02/2017



892 (1975 - 1976)

Kamer van Volksvertegenwoordigers

ZITTING 1975-1976.

26 MEI 1976.

Verslag

OVER DE ZIEKTEVERZEKERING

voorgesteld door de Koninklijke Commissaris (*de heer Petit*)

H. — 623.



GETRAPTE ZORG (ECHELONNERING)

“Een vereiste is een trapsgewijze opstelling van de voorzieningen: een eerstelijnsgezondheidszorg met de huisarts als centrale figuur en, bij noodzaak, ook tweedelijnsgezondheidszorg”

Verslag over de Ziekteverzekering, 26 mei 1976

Referral



Linear: new
health problems



Spiral:
chronic problems



WAAROM VIA EEN HUISARTSPRAKTIJK INSCHRIJVEN IN HET EERSTELIJNSNETWERK?



➤ Pragmatische keuze:

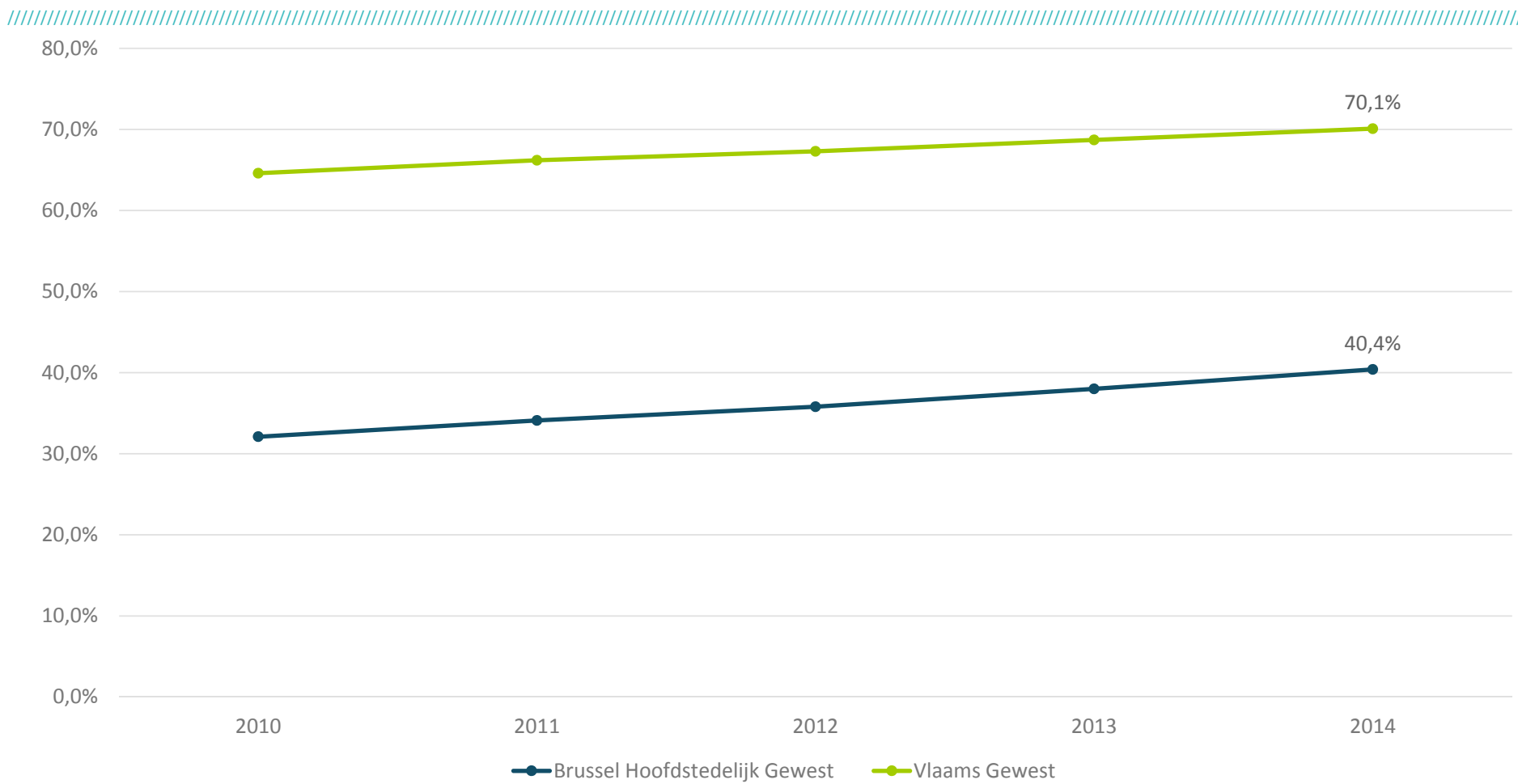
- Apotheeker?
- Thuisverpleging, kine, ...?
- OCMW, CAW, Diensten Maatschappelijk Werk ZF,...
- Huisarts: > 90% “heeft huisarts”

Globaal Medisch Dossier bestaat

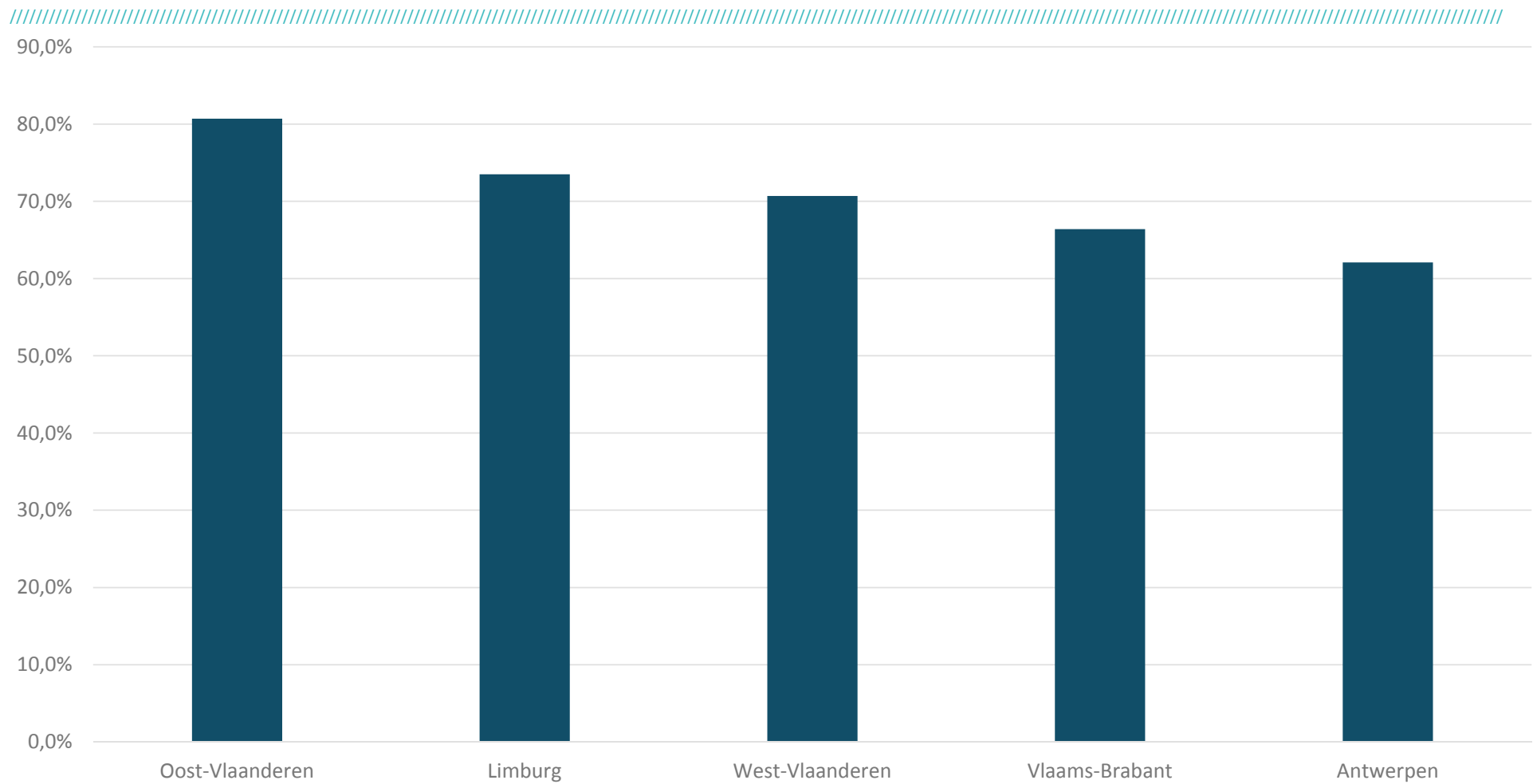
➤ Risico: medicalisering

➤ Uitdaging voor de Eerstelijnszorg: 100% van de populatie dient ingeschreven te zijn bij een Eerstelijnsnetwerk.

PERCENTAGE VAN PATIËNTEN MET EEN GMD, VLAAMS VS. BRUSSEL HOOFDSTEDELIJK GEWEST, 2010-2014



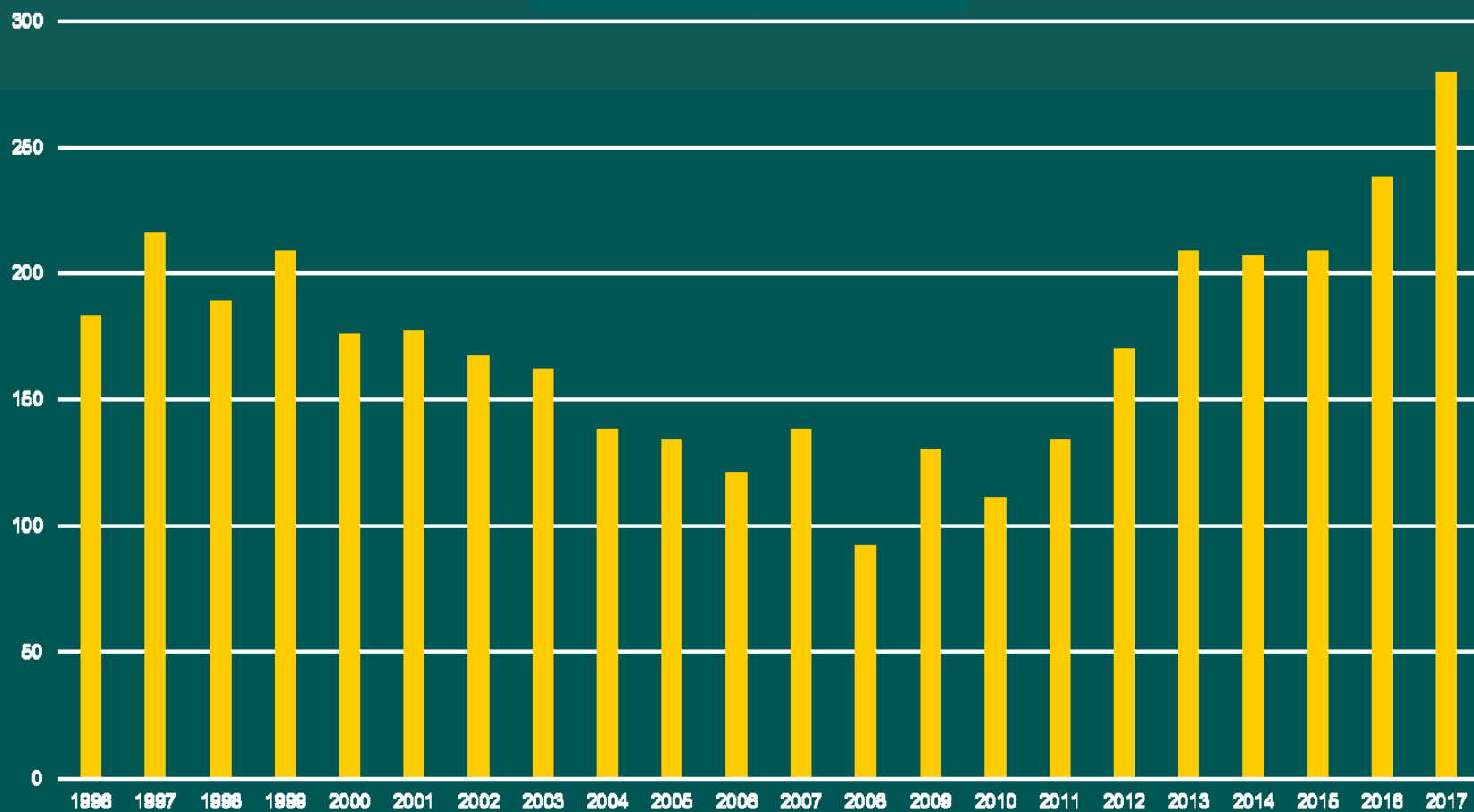
PERCENTAGE VAN PATIËNTEN MET EEN GMD, PER VLAAMSE PROVINCIE, 2014





Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding vzw

Aantal diploma's huisartsgeneeskunde in Vlaanderen





-
1. Inleiding
 2. De patiënt centraal in de zorg op micro-niveau
 3. Het meso-niveau: de eerstelijnszone
 4. Het macro-niveau: het Vlaams Instituut voor de Eerste lijn
 5. Kwaliteit en gegevensdeling
 6. Innovatie en ondernemerschap
 7. Eerstelijnszorg in Brussel
 8. Tot slot





VLAAMS INSTITUUT VOOR DE EERSTELIJN



MINISTERIE VAN DE
VLAAMSE GEMEENSCHAP

"WERK GROEP EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG"

KABINET VAN DE GEMEENSCHAPSMINISTER
VAN GEZONDHEIDSBELEID

Eerste nota aan de Heer Gemeenschapsminister
van Gezondheidsbeleid

"HORIZONTALE SAMENWERKING VAN DE BASISDISCIPLINES

IN DE EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG"

=====

23 juni 1983



§ 3. ORGANISATORISCHE OMKADERING.

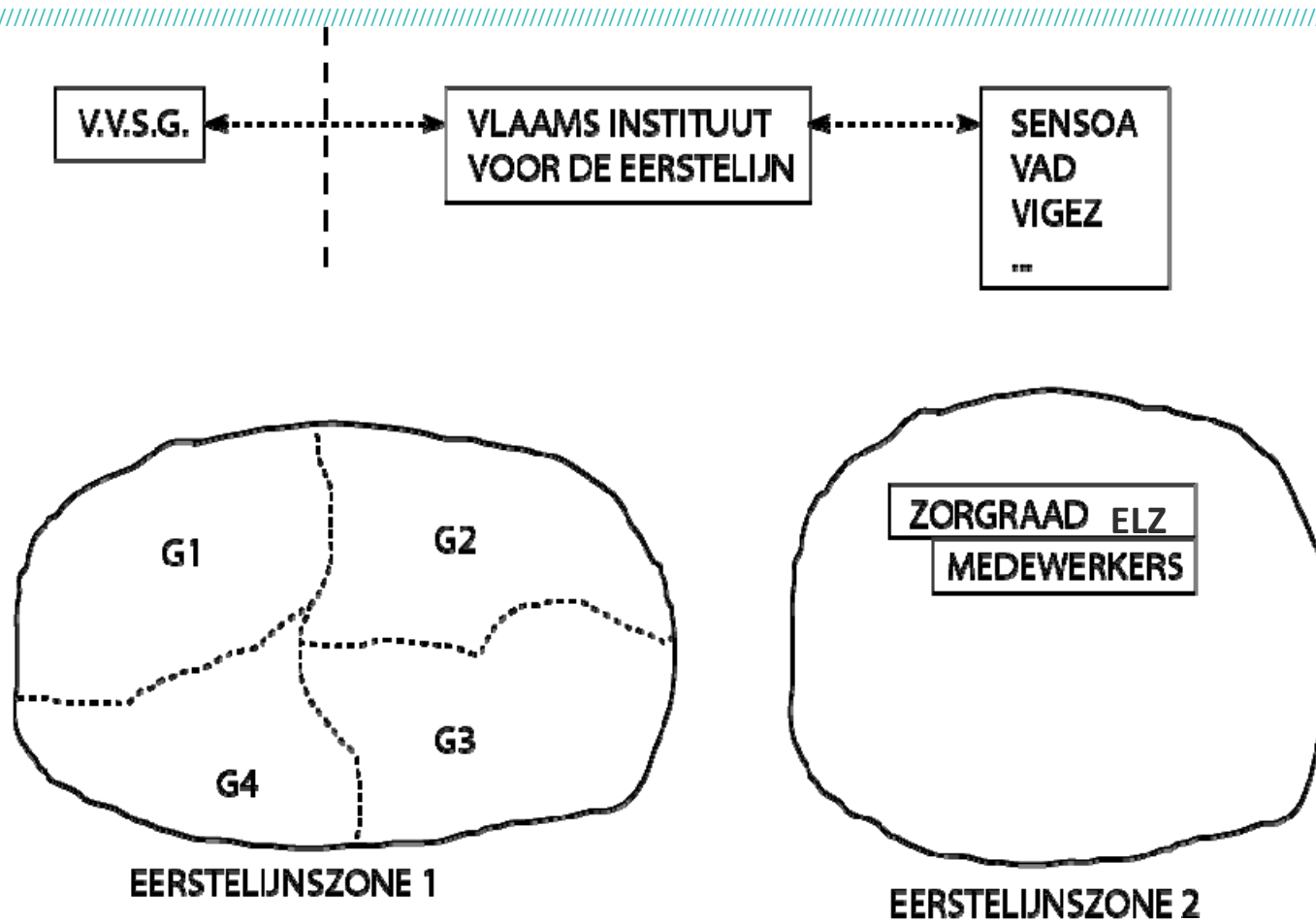
Vanuit diverse reeds geformuleerde aanbevelingen blijkt de noodzaak aan de oprichting van een aparte instantie, gesitueerd op het Vlaamse Gemeenschapsniveau (vb. een instituut voor eerstelijnsgezondheidszorg).

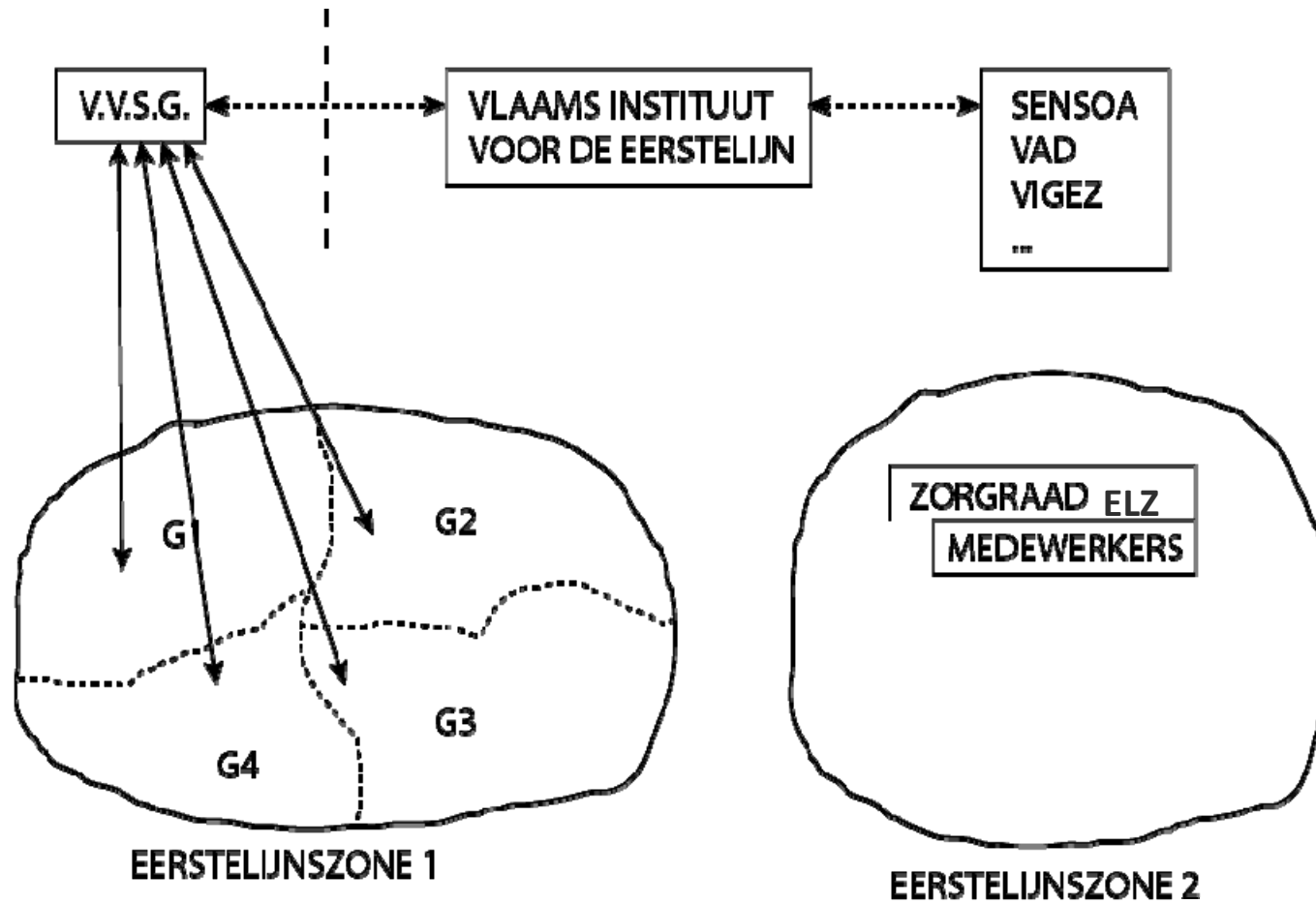
Dit instituut dient onafhankelijk te zijn, kan richtinggevend, stimulerend en adviserend werken en heeft vooral een belangrijke informatieve en coördinerende rol.

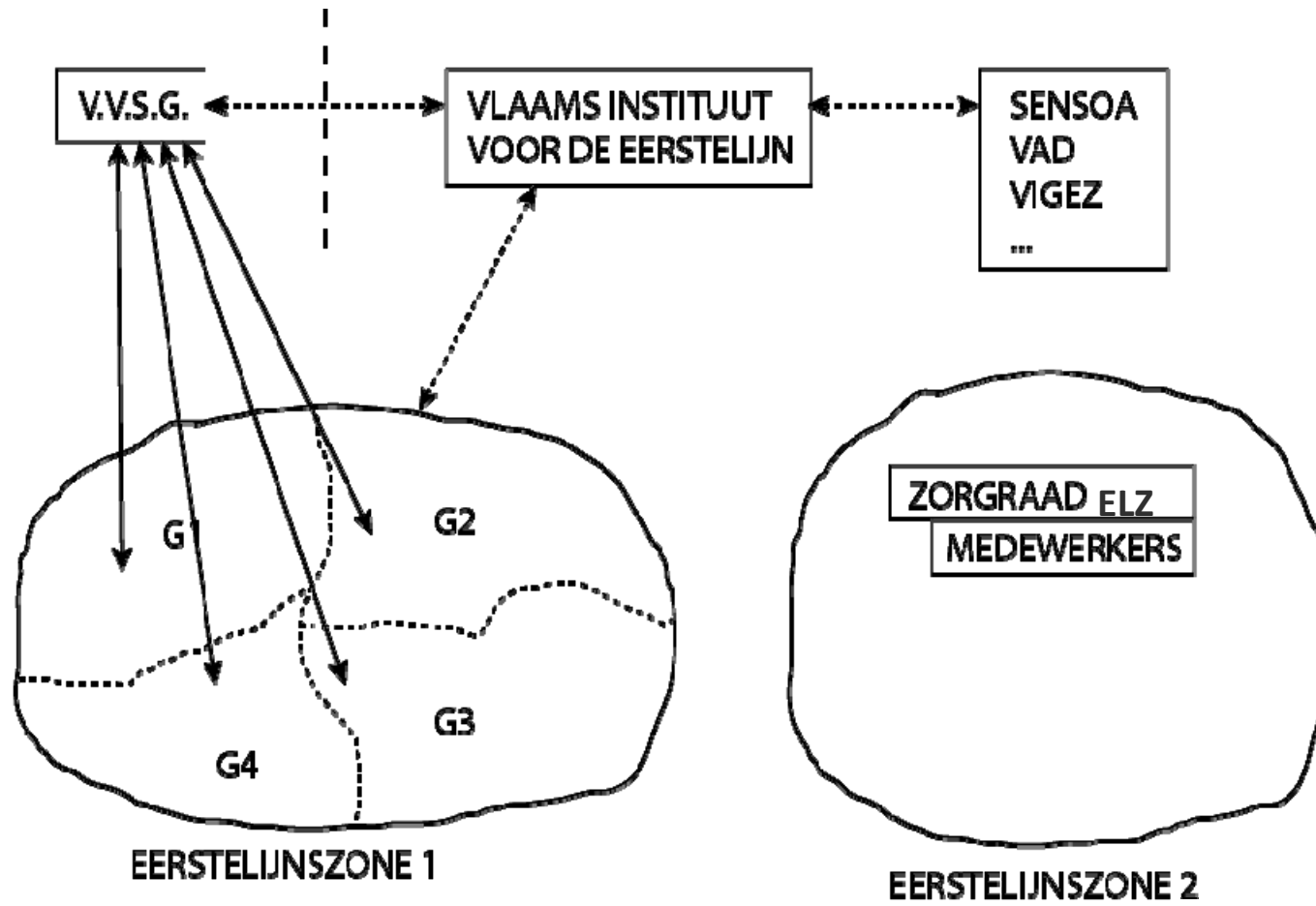
In het instituut participeren zowel de overheid, de burger- als de divers beroepsgroepen.

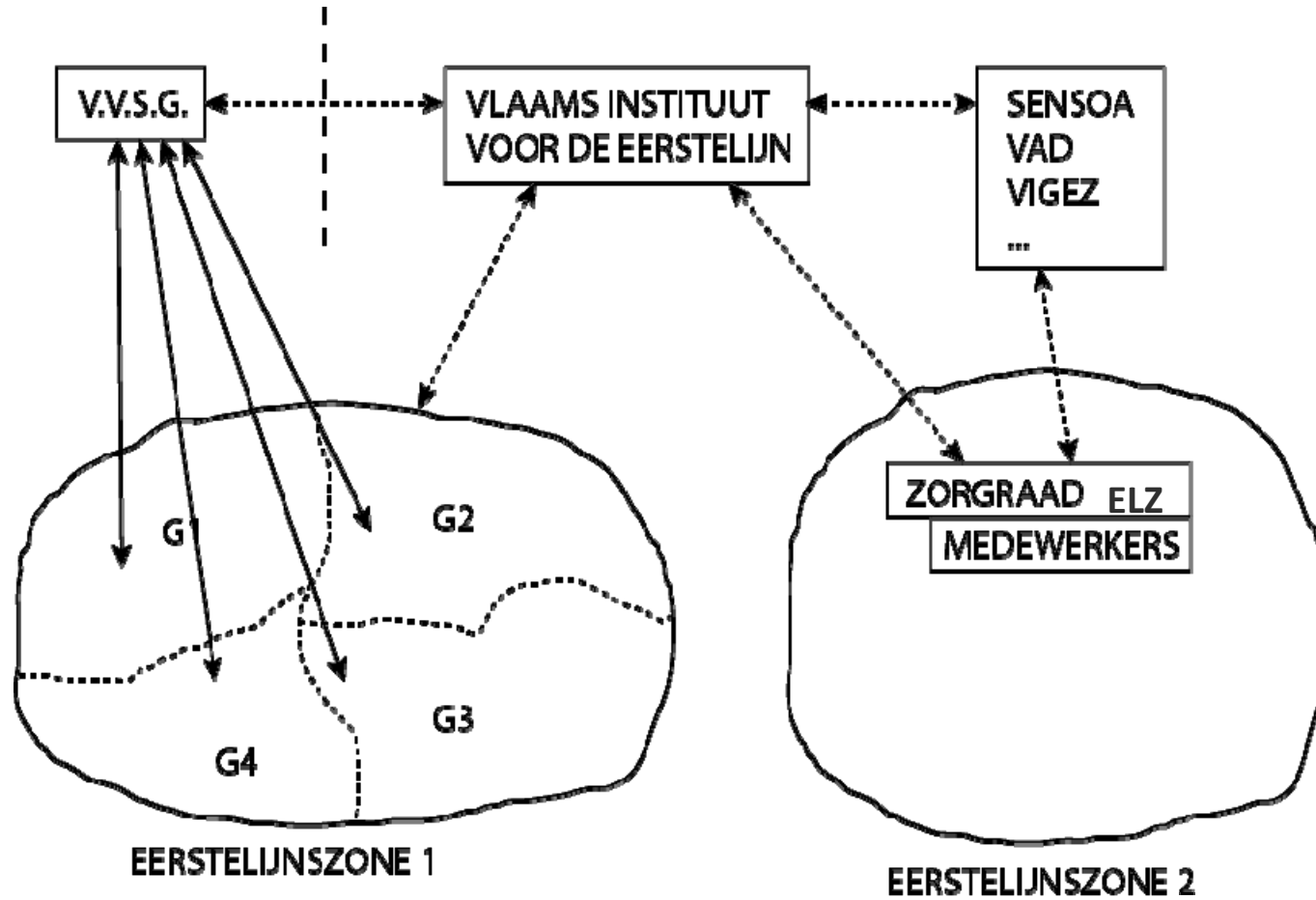
Een ideale, concrete juridische structuur hiervoor moeten worden uitgezocht.











ZORGRAAD EERSTELIJNSZONE



De wetenschappelijke reflectiekamer ondersteunt het voorstel om het personeel van de huidige organisaties (Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnszorg, Lokale Multidisciplinaire Netwerken, Logo, ..., maar zonder de VTE actief in de palliatieve netwerken, expertisecentra dementie) in te zetten als basisinvulling van de VTE werkzaam in de eerstelijnszones.



Vlaanderen
is zorg

HET VLAAMS NIVEAU: HET VLAAMS INSTITUUT VOOR DE EERSTE LIJN



1. **Ondersteuning, bundeling** van expertise, evidence, ervaringsdeskundigheid voor de componenten van geïntegreerde zorg (b.v. preventie, mantelzorg, re-integratie,...).
2. Ondersteuning verlenen aan de eerstelijnszones op vlak van de organisatie, financiering, planning, zorgstrategische planning, governance,... **afstemming met VVSG**
3. Ondersteunen van een **vormings**beleid en uitwerking van vormingspakketten.
4. **Signalen** vanuit eerstelijnszones (zowel vanuit professionals als patiënten/burgers) capteren, analyseren,...
5. Werken aan **ontwikkeling van kwaliteit** (in samenwerking met het Kwaliteitsinstituut).
6. **Beleidsinfo** bezorgen aan de Eerstelijnszones.
7. Het **meehelpen formuleren van een onderzoeksagenda**, b.v. rond financieringsmechanismen, randvoorwaarden als echelonnering, instroom en doorstroom in de zorg,...
8. De **praktische uitvoering** van een aantal opdrachten zoals GDT-financiering, ondersteuning via het Impulsfonds,...



5. Kwaliteit en Gegevensdeling

> KWALITEIT EN GEGEVENSDELING

- Structuur-Proces-Resultaat
- Gegevensdeling: E-Health en geïntegreerd interprofessioneel elektronisch dossier
- Input van patiënt in elektronisch dossier: “doel-georiënteerde zorg”



6. INNOVATIE EN ONDERNEMERSCHAP

- > Grote “willingness to change on the field”
- > Gegevensdeling, ook intersectoraal, met respect voor privacy
- > Technologische opportuniteiten

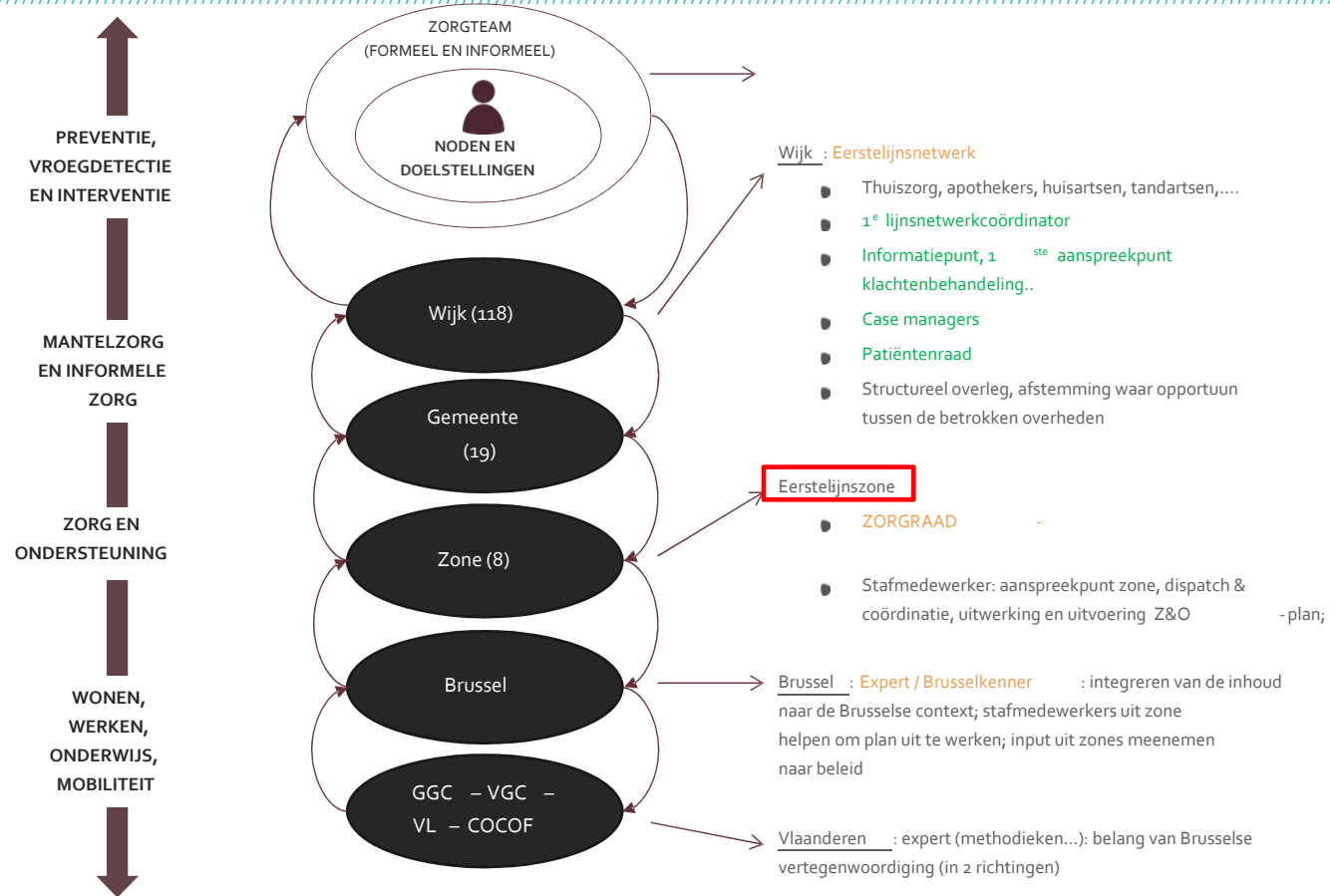


7. EERSTELIJNSZORG IN BRUSSEL

- > Situatieschets van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en zijn inwoners: grote zorgnood, groot armoederisico “32,5%”
- > Overheden met versnipperde bevoegdheden
- > Organisatie van de zorg



CIRKELMODEL





BRUSSEL

Kaart 3. Detaillering van de 33 woonzorgzones in Brussel



Zone 1	Brussel –stad
Zone 2	Schaarbeek, St-Joost-Ten-Node, Evere
Zone 3	Oudergem, St-Lambrechts-Woluwe, St-Pieters-Woluwe, Watermaal Bosvoorde,
Zone 4	Etterbeek, Elsene
Zone 5	Ukkel, St-Gillis, Vorst
Zone 6	Anderlecht
Zone 7	Koekelberg, Molenbeek
Zone 8	Jette, Ganshoren, St-Agatha-Berchem

TOT SLOT

De Wetenschappelijke Reflectiekamer heeft in deze synthese-nota vanuit een toekomstgericht kader, een model ontwikkeld voor de eerste lijn in Vlaanderen. Hierbij wordt vertrokken van de persoon met een zorgnood en wordt een organisatiemodel uitgetekend dat toegankelijke en kwaliteitsvolle integrale generalistische zorg aanbiedt. Dit model sluit aan bij internationale ontwikkelingen en bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek en kan de basis vormen voor de toekomstige beleidsontwikkelingen in Vlaanderen.



Vlaanderen
is zorg

VANDAAG...

Van goede zorg voor individuen en gezinnen
door kwaliteitsvolle en betrokken hulpverleners
naar geïntegreerde interprofessionele verantwoordelijkheid
voor een populatie:

“Iedereen telt mee!”



Vlaanderen
is zorg



DANK VOOR UW AANDACHT!



LEDEN WETENSCHAPPELIJKE REFLECTIEKAMER:

CAROLINE VERLINDE, VOORZITTER

JAN DE MAESENEER, RAPPORTEUR

- BERT AERTGEERTS
- LIEVEN ANNEMANS
- LIESBETH BORGERMANS
- PATRICK KENIS
- MARK LEYS
- HERMAN NYS
- PETER RAEYMAKERS
- CHANTAL VAN AUDENHOVE
- PETER VANBOGAERT
- DOMINIQUE VAN DE VELDE
- ANN VAN HECKE
- GEERT VAN HOOTEGEM
- PAUL VAN ROYEN

