

# Eerstelijnszones in Vlaanderen



## Roadmap voor huisartsenkringen

*Dit document werd uitgewerkt door het kennisdomein huisartsenkringen van Domus Medica en een werkgroep van zorgtrajectpromotoren uit de LMN's:*

*Dr. Gunther D'hanis (kennisdomein kringen), Gert Merckx (kennisdomein kringen), Dimitri Gaethofs (LMN), Jo Borloo (LMN), Ann Li (LMN), Kim Van der Auwera (LMN), Katrien Verschueren (LMN), Isabelle Messely (LMN), Sofie Corteel (LMN)*

## Inhoud

EERSTELIJNSCONFERENTIE: OPSTAP NAAR EERSTELIJNSZONES .....	3
Aanbevelingen aan huisartsenkringen .....	4
INLEIDING : WELKE IMPACT HEBBEN DE VERANDERINGEN OP DE HUISARTSENPRAKTIJK EN DE HUISARTSENKRING ? .....	5
Integrale zorg: aandachtspunten voor huisartsen .....	5
1. De eigen praktijkorganisatie.....	5
2. Samenwerken met andere huisartsenpraktijken uit uw wijk, gemeente, regio .....	6
3. Taakafspraken en samenwerken met andere zorgberoepen en ziekenhuizen in uw regio + positionering van de huisartsengroep in de toekomstige zorggraad .....	6
4. Communicatie met de federale en lokale overheid .....	7
5. De samenwerking tussen huisartsenkringen en gemeentebesturen.....	8
SITUERING VAN DE EERSTELIJNSZONE (ELZ) EN DE REGIONALE ZORGZONE.....	10
Wie vormt de eerste lijn? .....	10
Wat verandert er? .....	10
Voor de persoon met een zorgnood .....	10
Ondersteuning van de zorgaanbieders .....	10
Wat is een eerstelijnszone?.....	11
Regionale zorgzone .....	12
Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn.....	13
AAN DE SLAG MET DE EERSTELIJNSZONES.....	14
Opdrachtenkader .....	14
Zestien opdrachten, waarvan drie prioritair. (vette tekst) .....	15
Schakelmomenten in de zorg.....	16
Financiering van de eerstelijnszone .....	17
Wat weten we .....	17
Geografische entiteit: De ELZ .....	18
Zorggraad (samenstelling en opdrachten) .....	19
Hoe starten met de samenstelling en ‘beheer en bestuur’ .....	19
INTERESSANTE LINKS EN WEETJES .....	20
Enkele interessante URL’s en weetjes.....	20
VALKUILEN EN OPPORTUNITEITEN .....	21
Let op voor .....	21
CONCLUSIE .....	22
AFKORTINGEN .....	23
CONTACTPERSONEN GEMEENTEN.....	23

Op de eerstelijnsconferentie werd het plan voor het nieuwe zorglandschap in Vlaanderen voorgesteld. Hiermee wil de Vlaamse overheid de volgende jaren een performant en evenwichtig zorgmodel uitrollen. Interdisciplinaire samenwerking is daartoe de sleutel.

Dergelijke interdisciplinaire samenwerking loont

- voor de persoon met een zorgnood: sneller de passende zorg aangeboden krijgen, afgestemd op de levensdoelen van de persoon, goed gecoördineerd waar nodig, met zoveel mogelijk regie bij de persoon met een zorgnood. Interdisciplinaire samenwerking biedt hiertoe grotere garanties en zorgt voor hogere tevredenheid over de geleverde zorg.
- voor de zorgaanbieder: doorgedreven kennisdeling tussen de zorgaanbieders van verschillende beroepsgroepen leidt tot meer expertise en kennisverbreding. Informatie delen gaat vlotter, er is een centraal dossierbeheer, meer gerichte informatie, informele en georganiseerde gegevensdeling. De voordelen van samenwerking nemen toe naargelang de zorgcomplexiteit stijgt. De nauwe samenwerking en de hoge mate van bekendheid en vertrouwtheid tussen de samenwerkende zorgaanbieders maakt formeel en informeel overleg tussen die zorgaanbieders natuurlijk. Hierdoor worden fouten vermeden. Er is een betere combinatie van werk en privé mogelijk doordat de zorgpermanentie, zowel binnen als buiten de praktijken, georganiseerd kan worden naar ieders tevredenheid. Door interdisciplinaire samenwerking kan ook het aspect welzijn beter gekoppeld worden aan de medische en paramedische zorg. Bovendien leidt interdisciplinaire samenwerking tot een betere taakverdeling. Elk lid van de samenwerking is in staat zijn kerntaken op te nemen op de meest efficiënte wijze. Hierdoor komt tijd vrij om preventie en vroegdetectie op te nemen met de persoon met een zorgnood.

De eerstelijnsconferentie van februari 2017 heeft de komende jaren een serieuze impact op uw eigen praktijkorganisatie en de huisartsenkring (HAK). Maar ook op de samenwerkingen binnen de eerste lijn, met de tweede lijn, met gemeenten en welzijnsdiensten.

Grijp dit moment aan om als huisartsenkring mee vorm te geven aan uw toekomstige beroepsbeoefening. Wacht niet passief af. In deze roadmap leest u hoe uw huisartsenkring hier werk van maakt. Iedere lokale situatie is anders. Beschouw de roadmap dan ook als een algemene leidraad waarin u lokaal andere accenten kan leggen. Contacteer Domus Medica ([gert.merckx@domusmedica.be](mailto:gert.merckx@domusmedica.be)) of het LMN van uw regio als u meer uitleg wenst.

Werk maken van een eerstelijnszone in uw regio? Volg dan dit stappenplan:

- Stap 1: Overleg binnen het bestuur van de HAK om de zone te bepalen en een consensus binnen de huisartsenkring te bekomen. Doe dat in nauw overleg met het LMN.
- Stap 2: Overleg met de naburige kringen.
- Stap 3: Betrek de SEL of DeelSEL indien deze nog niet van bij het begin betrokken was.
- Stap 4: Maak een voorlopig locoregionaal plan op. Dit is bedoeld als sneuvelplan om verder op te bouwen.
- Stap 5: Informeer de andere zorgberoepsgroepen en -kringen die actief zijn in de regio. Betrek zeker de groepen en kringen die akkoord moeten gaan met het voorstel tot geografische afbakening (apothekers, kinesitherapeuten, thuisverpleegkundigen, tandartsen, psychologen). Streef een consensus na over de door de HAK voorgestelde regio. Kies voor groepen die al georganiseerd zijn en waar een consensus mogelijk is.
- Stap 6: Zet een minimale organisatie op met HAK-lokale besturen-LMN-SEL en werk de basiselementen uit van een locoregionaal actieplan. Streef hierbij consensus na over de belangrijkste inhoudelijke aspecten en de geografische afbakening.
- Stap 7: Breng een bredere overlegstructuur samen bestaande uit de andere zorgberoepen en andere belangrijke stakeholders uit de zorg en welzijn die een verplichte partner zijn (dit zijn GGZ-actoren betrokken bij artikel 107 en de netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren, woonzorgcentra, Huizen van het Kind, CAW, lokale dienstencentra, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, diensten oppashulp, diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg en erkende verenigingen van gebruikers en mantelzorgers).
- Stap 8: Maak samen een locoregionaal actieplan op waar consensus is over:
  - Geografische afbakening
  - Inhoudelijke aspecten (op basis van de toegewezen prioritaire taken – te vertalen in actiepunten)
  - Beheer en bestuur
  - HR (Human Resources)

In de volgende hoofdstukken worden de eerstelijnszones, het opdrachtenkader, de financiering en de geografische afbakening gesitueerd. U leest hier meer over de samenstelling en opdrachten van de zorgraad. Daarnaast vindt u een algemeen plan van aanpak op basis van de 8 stappen, gevolgd door mogelijke valkuilen en opportuniteiten.

# INLEIDING : WELKE IMPACT HEBBEN DE VERANDERINGEN OP DE HUISARTSENPRAKTIJK EN DE HUISARTSENKRING ?

## Integrale zorg: aandachtspunten voor huisartsen

Op de eerstelijnsconferentie werd het plan voor het nieuwe zorglandschap in Vlaanderen voorgesteld. Hiermee wil de Vlaamse overheid de volgende jaren een performant en evenwichtig zorgmodel uitrollen.

De voornaamste invalshoeken zijn:

1. De vergrijzing en de explosieve toename van de chronische ziekten
2. Patiënt centraal: zorg vanuit de noden van de patiënt
3. De toegankelijkheid van de zorg
4. Werkbaar werk voor zorgverleners / zorgberoepen
5. Financiële beperkingen: er is geen ruimte voor budgettaire groei.

Het nieuwe zorgmodel laat zich het beste vatten in het begrip **“efficiënte zorg”**: **de zorg zo organiseren dat er met evenveel middelen en met minder professionele zorgverleners voor alle inwoners kwalitatieve zorg mogelijk wordt.**

De overheid verplicht de huisartsen voorlopig niets. Als huisarts of HAK krijgt u dus de kans om zelf vorm te geven aan uw toekomstige beroepsbeoefening.

Om naar deze efficiënte zorg toe te werken, voorziet het plan aanpassingen en vernieuwingen in de organisatie van de zorg. Dit heeft op verschillende niveaus implicaties voor huisartsen.

---

### 1. DE EIGEN PRAKTIJKORGANISATIE

Huisartsen zullen nieuwe taken en functies uitoefenen, bijvoorbeeld: spilfiguur in thuishospitalisatie, overleg met andere zorgverleners, betrokkenheid bij of zelf opmaken van individuele zorgplannen in functie van de zorgnoden.

Hoe past u uw praktijkorganisatie aan zodat dit efficiënt kan worden uitgevoerd? Voor de hand liggende oplossingen zijn

- samenwerkingsvormen tussen huisartsen (dit kan in groepspraktijken, in netwerken van solo-werkende huisartsen....)
- gebruik maken van ondersteunend personeel (praktijkassistente en praktijkverpleegkundige)
- ICT-toepassingen.

→ Stem uw eigen praktijkorganisatie via samenwerkingsvormen af op nieuwe taken en functies. Bewaak tegelijkertijd uw tijdsbesteding en persoonlijk contact met de individuele patiënt.

---

## 2. SAMENWERKEN MET ANDERE HUISARTSENPRAKTIJKEN UIT UW WIJK, GEMEENTE, REGIO

Sommige nieuwe taken overstijgen de mogelijkheden van uw eigen huisartsenpraktijk of groepspraktijk. Voor bepaalde problemen kunnen intensieve, formele samenwerkingsvormen worden uitgewerkt. Hierbij staat de efficiëntie voorop. Pool bijvoorbeeld specifiek personeel zoals een diabeteseducator, een psychiatrisch verpleegkundige en een eerstelijnspsycholoog die in de verschillende praktijken ondersteuning biedt.

- Een GMD voor elke patiënt of inwoner uit de regio faciliteert de samenwerking tussen huisartsenpraktijken. 'Elke patiënt zijn/haar huisarts' is een doelstelling en uitdaging voor de toekomst.

---

## 3. TAAKAFSPRAKEN EN SAMENWERKEN MET ANDERE ZORGBEROEPEN EN ZIEKENHUIZEN IN UW REGIO + POSITIONERING VAN DE HUISARTSENGROEP IN DE TOEKOMSTIGE ZORGRAAD

Als huisarts werkt u in de toekomst, nog meer dan vandaag het geval is, samen met andere disciplines in de eerste lijn (kinesisten, thuisverpleegkundigen, ergotherapeuten...). Dit biedt mogelijkheden. Tegelijk is het fundamenteel dat we duidelijke weten:

- wat we als beroepsgroep aan andere disciplines bieden:
  - wat doen we als huisartsen en wat doen we niet
  - wat laten we over aan anderen?
- wat we als beroepsgroep van andere disciplines verwachten
- Het is zinvol in deze samenwerking te focussen op "schakelmomenten in de zorg": hier kan in de zorg de meeste efficiëntiewinst gemaakt worden (voor "schakelmomenten: zie pg 16)

We moeten hierbij uitgaan van onze eigen sterktes.

Dit uitgangspunt bepaalt de aard van de samenwerking en de onderlinge taakverdeling, aangezien de zorg georganiseerd wordt op basis van de noden van de patiënt. De centrale vraag wordt dan: **"Welke taken en functies moeten er uitgevoerd worden en welke beroepsgroep is het best geplaatst om dat te doen?"** Deze vraag speelt op twee niveaus: enerzijds op het niveau van de zorgorganisatie bij één patiënt, anderzijds bij het overleg tussen de beroepsgroepen in een regio.

Ook het ziekenhuislandschap wordt hervormd. De ziekenhuizen en specialisten zullen in een afgebakende regio basis-specialistische zorg aanbieden die nauw aansluit bij wat in de eerste lijn gebeurt. Dit is enkel mogelijk als er wordt gekeken naar wie het beste geplaatst is om bepaalde taken en functies op te nemen. Ziekenhuizen en specialisten rekenen daarvoor op een performante deelname van huisartsen aan dit systeem. Huisartsen verwachten dit eveneens van specialisten en rekenen op een goede informatie-uitwisseling (verslagen, opname-ontslagmanagement...).

De reorganisatie van de eerste lijn voorziet in een eerstelijnszone die bestuurd wordt in een zorggraad. De Vlaamse overheid wenst een huisarts als voorzitter van de zorggraad. In deze zorggraad worden beslissingen genomen die een effect kunnen hebben op de beroepsvoering van de huisarts.

Hoe bereidt u zich voor op het voorzitterschap van de zorggraad en de positionering binnen de zorggraad? De huisarts-voorzitter wordt een belangrijke gemandateerde voor zijn/haar beroepsgroep. Het is dan ook fundamenteel om alle leden van de huisartsenkring goed te informeren en regelmatig

terug te koppelen. Enkel zo zorgt u ervoor dat hun stem ook effectief vertegenwoordigd wordt binnen de zorgraad. De leden van de huisartsenkring brengen ook ideeën aan en ondersteunen de huisarts-gemandateerde.

In elke eerstelijnszone komt een informatiepunt waar elke burger terecht kan met vragen over zorg – en welzijnspartners in de regio. Daarnaast biedt dit infoloket de mogelijkheid om de leemtes in de zorg en de lokale zorgnaden te detecteren. Het infoloket heeft dus meteen ook een ombudsfunctie. Het is niet de bedoeling dat dit een klachtenloket wordt waar patiënten hun beklag kunnen maken over slechte zorgverleners. We moeten er als beroepsgroep over waken dat dit informatiepunt de juiste invulling krijgt.

- Continue feedback en bijsturing, op alle niveaus en tussen alle niveaus, is één van de kenmerken van het nieuwe organisatie-model.

---

#### 4. COMMUNICATIE MET DE FEDERALE EN LOKALE OVERHEID

Het plan voor de reorganisatie van de eerste lijn is niet af. U blijft best waakzaam. In het verleden hebben de huisartsen al te vaak als noodoplossing of als buffer in een manke gezondheidszorgorganisatie gefunctioneerd. Denkt u maar aan de psychiatrische zorg. Daarom bewaken we best de grenzen van ons beroep, zowel inhoudelijk als financieel.

Het plan voorziet een deel forfaitaire betaling. Sommige nieuwe taken en functies die aan u als huisarts worden toegeschreven, kunnen immers niet per prestatie worden verrekend. Dit leidt terecht tot bezorgdheid bij huisartsen. Een gemengd betalingssysteem met een voldoende hoge forfaitaire betaling voor de nieuwe taken en functies die u niet per prestatie kunt verrekenen, is nodig.

Tot slot worden lokale besturen (gemeenten en OCMW's die vaak ingekanteld worden in het gemeentebestuur) actieve partners in het uittekenen van de beleidslijnen in de zorgraad, samen met gezondheids- en welzijnspartners. De gemeenten zullen een gezondheidsbeleid uittekenen of hun bestaande gezondheidsbeleid of –plannen afstemmen op de vernieuwingen. Een goede afstemming tussen gezondheid en welzijn op niveau van de zorgraad is essentieel.

#### **Besluit**

- Er komen allerlei veranderingen op u af.
- Het plan is een grote mozaïekpuzzel van grote en kleine herschikkingen en acties, die allemaal hetzelfde doel moeten dienen en die allemaal op elkaar afgestemd moeten zijn.
- Het heeft geen zin om passief af te wachten. Het is een kans om zelf vorm te geven aan uw toekomstige beroepsbeoefening. We moeten ons hierbij als huisartsen goed positioneren en onze grenzen bewaken.

---

## 5. DE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTSENKRINGEN EN GEMEENTEBESTUREN

Waarom is het zinvol dat de HAK's en gemeentebesturen samen initiatief nemen om een eerstelijnszone op te richten? Hoe kunnen we elkaar hiertoe motiveren? En welke handvaten zijn er die als basis dienen voor het opstarten van wederzijds overleg en het bepalen van de gemeenschappelijke doelstellingen?

### Motivatie

- Zowel de HAK's als de gemeentebesturen krijgen een omvangrijke, centrale rol in de nieuwe zorgorganisatiestructuren en het veranderingsproces. Momenteel is de concrete invulling van wat de HAK en de gemeentebesturen te wachten staat onduidelijk. Om de evoluties van dichtbij op te volgen, is samenwerking tussen beide entiteiten een logische ontwikkeling.
- Gemeentebesturen zijn bezorgd over de impact op hun mogelijkheden voor het voeren van een "eigen beleid". Ze zijn bezorgd over de impact op de werkomstandigheden en taken voor hun personeel. Ze hebben geen zicht op de financiële implicaties voor hun functioneren. Dit geldt echter ook voor de HAK's en hun leden (en bij uitbreiding de andere zelfstandige zorgberoepen). Een belangrijk argument voor de onderhandelingspositie van HAK's is het feit dat er **in de eerste lijn veel meer zelfstandige zorgverleners betrokken zijn bij deze evoluties dan werknemers van gemeentebesturen** (mits abstractie van personeel WZC). Denkt u maar aan zelfstandige zorgverstrekkers en hun werknemers in huisartsenpraktijken en bij andere eerstelijnszorgverstrekkers. Hier is de QUADRUPLE AIM een centraal aanknopingspunt: werkbaar werk, voor alle personen die erbij betrokken zijn.
- Per regio kan maar één vergadering de zorgregio aansturen. Het is een gunstige strategie voor zowel HAK's als gemeentebesturen om een minimale organisatie op te zetten, zodat andere zorgberoepsgroepen en andere belangrijke stakeholders uit zorg en welzijn zich hierbij kunnen aansluiten.
- Iedereen moeten dezelfde mindshift maken: nu werkt ieder nog op zijn eigen eiland, in de toekomst voeren alle deelnemers in de zorggraad samen, doelgericht en met wederzijds respect een uniek probleemoplossend beleid. Dit vraagt een andere manieren van denken en onderhandelen. Het is gemakkelijker deze omschakeling met een beperkt aantal betrokkenen op te starten. HAK's en gemeentebesturen begeleiden diegenen die later aansluiten in de omschakeling.

### Concrete handvaten

- Focus op het concept "**efficiënte zorg**"
  - met dezelfde middelen,
  - en minder professionele zorgverleners
  - meer personen helpen
  - met een betere kwaliteit van zorg

Hierbij gebeurt de zorg door de zorgverleners die hiervoor het best geplaatst zijn.

- Zowel huisartsen als gemeentebesturen moeten de taken die ze opnemen duidelijk aflijnen en op elkaar afstemmen. Zo ontstaat er een win-win situatie.
- Focus op wat nu goed is. Niet alles moet veranderen. Wat goed is, kan blijven. Let er wel op dat alles congruent past in het grotere geheel.
- Werk stapsgewijs .



- Start op met het absolute minimum: organiseer een overlegstructuur bestaande uit HAK-lokale besturen-LMN-SEL.
  - Als aanspreekpunt voor andere zorgberoepsgroepen en andere belangrijke stakeholders uit zorg en welzijn
  - Als aanspreekpunt voor de overheid
  - Om informatie te verzamelen, inzicht te krijgen over wat er nu juist verwacht wordt, en om duidelijkheid te creëren
  - Om de agenda te bepalen die een stapsgewijze uitbouw van de verdere werking toelaat
- De overheid voorziet in begeleiding van deze embryonale zorgraden. (een aantal begeleiders zullen ter beschikking gesteld worden).
- Ga op zoek naar “quick wins”: denk aan good practices uit huidige LMN, (deel)SEL, gemeente, OCMW, ...
- Organiseer informatie-uitwisseling met de andere eerstelijnszones uit uw buurt.

**Samenvatting: tips en tricks voor huisartsenkringen om samen te werken met gemeentebesturen**

- Focus op efficiënte zorg
- Creëer een win-win situatie: zowel huisartsen als gemeentebesturen moeten de taken die ze opnemen duidelijk aflijnen en op elkaar afstemmen.
- Start op met het absolute minimum (HAK-lokale besturen-LMN-SEL) en organiseer hier een overlegstructuur mee. Deze overlegstructuur kan ook de agenda bepalen die een stapsgewijze uitbouw van de werking toelaat.
- Pas in tweede instantie anderen laten aansluiten (dit kan vrij snel gebeuren indien u de basiselementen van een locoregionaal actieplan uitgewerkt heeft met de basisoverlegstructuur).
- Ga op zoek naar ‘quick wins’ (good practices uit huidige LMN, (deel)SEL, gemeente, OCMW, ...)

## SITUERING VAN DE EERSTELIJNSZONE (ELZ) EN DE REGIONALE ZORGZONE

### Samenvatting

In dit hoofdstuk leest u wat een ELZ is, wat de taken zijn, door wie en hoe de ELZ wordt aangestuurd en waar het personeel vandaan komt.

In de volgende hoofdstukken beschrijven we welke stappen u kan ondernemen om dit alles in uw regio te installeren en wat de consequenties, gevolgen en accenten van de reorganisatie van de eerste lijn kunnen zijn.

### Wie vormt de eerste lijn?

**Zorgactoren** zoals omschreven in KB78: huisartsen, verpleegkundigen, vroedkundigen, apothekers, tandartsen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, sociaal werkers, eerstelijnspsychologen, verzorgenden, zorgkundigen, podologen, diëtisten.

**Welzijnsactoren:** woonzorgactoren (woonzorgdecreet), gezinszorg en aanvullende thuiszorg (poetsdiensten en karweidiensten), woonzorgcentra (dagverzorgingscentra, centra voor kortverblijf, assistentiewoningen...), diensten maatschappelijk werk, verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, centra voor algemeen welzijn, opbouwwerk, buurtwerk en verenigingen waar armen het woord nemen, jeugdzorg, sector voor personen met een beperking, Kind en Gezin, CLB.

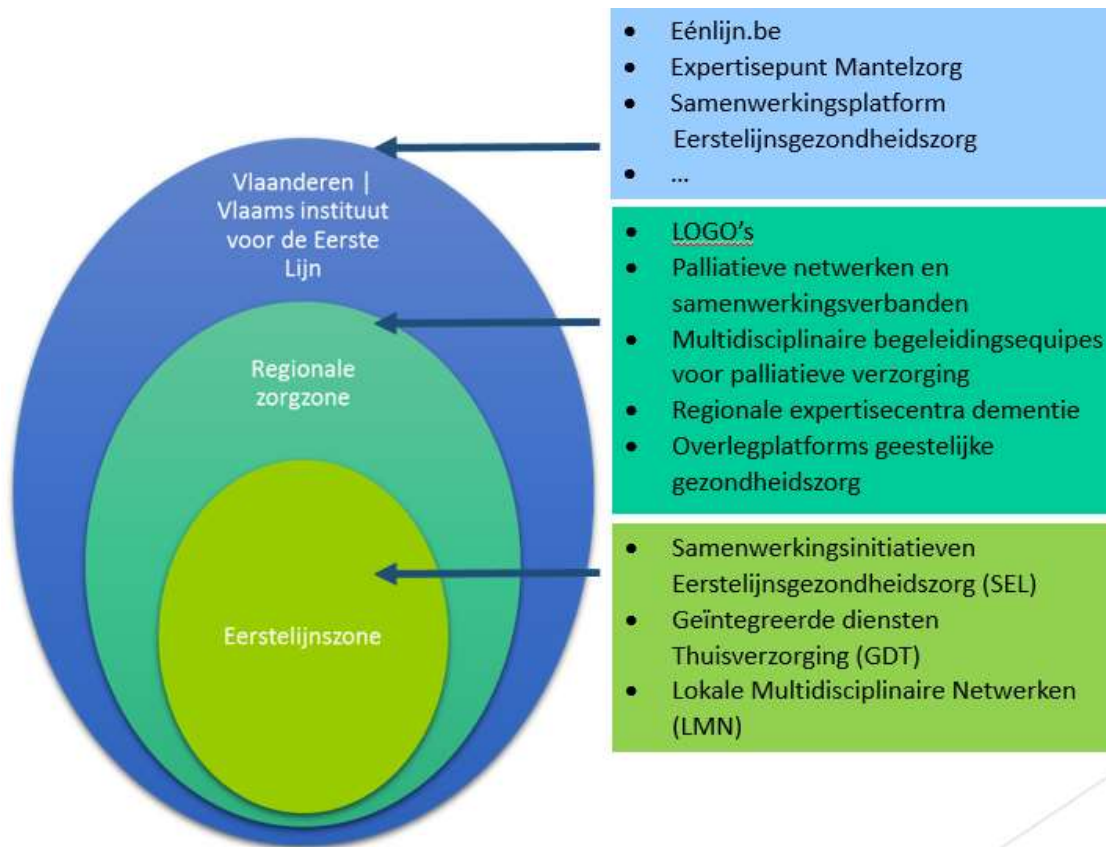
### Wat verandert er?

#### VOOR DE PERSOON MET EEN ZORGNOD

- De persoon met een zorg- of ondersteuningsnood komt meer centraal te staan.
- De zorg- en ondersteuningsdoelen van de patiënt zijn het uitgangspunt.
- De kwaliteit van leven is het belangrijkste.
- Hij/zij komt op gelijke hoogte als het zorgteam.
- Meer erkenning voor informele zorg.
- Zorgcoördinatie en casemanagement.
- Belang van gedeeld dossier tegen 2020: medicatieschema, journaalfunctie, agendafunctie.
- De Belrai wordt als schalingsmodel gebruikt.

#### ONDERSTEUNING VAN DE ZORGAANBIEDERS

- Ondersteuning zo decentraal mogelijk
- Eerstelijnszone
- Regionale zone
- Vlaams instituut voor de Eerste Lijn



## Wat is een eerstelijnszone?

Een eerstelijnszone is een **gebied waarbinnen de verschillende actoren (welzijn en gezondheid) samen werken en afstemmen ten gunste van de populatie** in deze regio door

- Het detecteren van de noden van de populatie.
- Intersectorale samenwerking tussen lokale besturen, welzijn en gezondheid, inclusief partners geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal (OCMW, CAW, DMW).
- Een Globaal Medisch dossier van en voor de patiënt wordt aanbevolen (eventueel patiëntendossier). De keuzevrijheid van de persoon met een zorgnood blijft gegarandeerd.
- Ondersteuning van de zorgaanbieders op praktijkniveau en op lokaal niveau. Meerdere modellen van samenwerking zijn mogelijk:
  - Interdisciplinaire samenwerking
  - Geïntegreerde gezondheid en welzijnszorg en ondersteuning

### Criteria

- 75.000 – 125.000 inwoners
- Voldoende draagvlak bij de belangrijke stakeholders (huisartsenkringen, kringen of vertegenwoordigers van zorgberoepen, lokale besturen, woonzorgactoren...)
- Past binnen de grenzen van 1 regionale zorgzone, waarbij verschillende eerstelijnszones samen 1 regionale zorgzone vormen
- De eerstelijnszone moet coherent ingepast worden binnen Vlaams grondgebied en is in de mate van het mogelijke afgestemd op de (toekomstige) ziekenhuisnetwerken.

### Oproep

- Juli 2017. Voorstellen kunnen tot 31 december 2017 worden ingediend.

### Aansturing door de Zorgraad

- Pluralistisch en divers samengesteld:
  - Vertegenwoordigers van de verschillende zorgverlenersdisciplines
  - Vertegenwoordigers van de woonzorgcentra, gezinszorg, diensten maatschappelijk werk, CAW, lokale besturen
  - Vertegenwoordiging van de zorggebruikers en mantelzorgers
- Bij voorkeur een huisarts als voorzitter. (Verder hanteert men als criteria competenties, tijd en inzet; de voorzitter kan dus ook uit een andere beroepsgroep komen, maar de voorkeur gaat naar een huisarts).

Op dit niveau en met deze opdracht wordt de Zorgraad de enige door de Vlaamse overheid erkende en betoelaagde rechtsstructuur (opmerking: het is momenteel wel nog niet volledig duidelijk in welke rechtsstructuur dit zal gegoten worden - in de transitiefase is een feitelijk samenwerkingsverband mogelijk.)

### Middelen

- Personeel: medewerkers SEL, GDT en LMN worden hier geleidelijk ingezet. Detachering kan vanaf 2018.
- Voldoende subsidiëring om de opdrachten op het terrein te realiseren. De overheid bekijkt de mogelijkheden om de middelen te verhogen in functie van de verdere uitrol van de reorganisatie. Deelnemende organisaties/partners of openbare besturen kunnen eigen personeel of middelen inbrengen.

### Drie prioritaire taken van de ELZ

- Het ondersteunen van de kringwerking van de verschillende beroepsgroepen en het stimuleren van interdisciplinaire samenwerking tussen de zorgaanbieders in zorgteams en in de eerstelijnszone.
- Het bevorderen van **inhoudelijke afstemming tussen preventie, curatie, rehabilitatie, begeleiding, ondersteuning,...** in welzijn en gezondheid.
- Ondersteuning bieden bij de **toepassing van de (nog te ontwikkelen) methodiek rond geïntegreerde zorgplanning** voor de persoon met een zorgnood:
  - Formuleren van zorgdoelen
  - Opmaken van een zorg- en ondersteuningsplan
  - Zorgcoördinatie
  - Desgevallend inschakelen van case management
  - Sluiten en doorlopen van de zorg(traject)contracten

## Regionale zorgzone

### Wat

- Regionale zorgzone om expertise te bundelen en verder uit te bouwen over palliatie, preventie, dementie, overleg rond geestelijke gezondheidszorg.
- Gebiedsdekkend aanbod van expertise moet verzekerd zijn.

### Geografisch

- Samengesteld uit meerdere eerstelijnszones (3 à 4 ELZ en +/- 400.000 inwoners).
- Idealiter samenvallend met de toekomstige 14 ziekenhuisnetwerken.

### Taken

- Samenwerkingsafspraken maken zodat de huidige opdrachten rond preventie, palliatie, dementie en overleg rond geestelijke gezondheidszorg samengebracht kunnen worden.
- **Expertise** rond preventie, palliatie, dementie en GGZ ter beschikking stellen van de eerstelijnszones. → overeenkomst met de eerstelijnszones afsluiten.
- Afstemming van het eerstelijnszorgaanbod met het aanbod van gespecialiseerde basisziekenhuiszorg. → **regionaal zorgstrategisch plan**.
- Ondersteuning van organisaties die **proefprojecten / onderzoek** met betrekking tot betere organisatie van de zorg in de regionale zorgzone opzetten.
- **Problemen, knelpunten** of **drempels** behandelen die in de eerstelijnszone niet opgelost kunnen worden omdat ze een groter regionaal niveau vragen.

## Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn

### Wat

- Instituut dat door de overheid gefinancierd wordt.
- Het wordt mee aangestuurd door het beleid.
- Sterke band met Vlaamse en federale overheid, onderzoeks- en kenniscentra en universiteiten.
- Nodige kennis en expertise samenbrengen die de brede eerste lijn ondersteunen.

### Transitie: *samenvoegen van bestaande Vlaamse initiatieven en structuren*

- Éénlijn.be
- Expertisepunt mantelzorg
- Samenwerkingsplatform voor de Eerste Lijn
- Waarschijnlijk pas écht in werking vanaf 2020

Alle opdrachten van dit instituut vindt u terug op pagina 49 van de beleidsvisie "[een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn](#)".

## AAN DE SLAG MET DE EERSTELIJNSZONES

De eerstelijnszones brengen een aantal veranderingen met zich mee op vlak van geografie, inhoudelijke werking, HR (personeel van de huidige structuren) en beheer en bestuur.

Om een eerstelijns zone te installeren in uw regio is het best om uzelf eerst een aantal vragen te stellen:

- Waarom moet ik een eerstelijnszone hebben in mijn regio?
- Wat doet zo'n eerstelijnszone precies en wat is het effect op de praktijken in de regio?
- Waarom moeten de huisartsenkringen hier mee bezig zijn?
- Wat als we het niet doen?

Verder is het belangrijk om gefaseerd te werk te gaan. Dit kan via het stappenplan (pagina 3).

Waarom begint u eraan?

- U werkt zelf een doelgericht project uit in uw regio en vraagt aan partners of ze hieraan willen meewerken. U komt zelf met positieve voorstellen op basis van positieve ervaringen met het LMN.
- Als u het voortouw niet neemt, nemen anderen het initiatief om eerstelijnszones op te richten en zal het moeilijker zijn om later aan te sluiten vanuit uw specifieke opdracht.
- U kunt zelf richting geven aan de ontwikkelingen.

## Opdrachtenkader

### Samenvatting

Drie prioritaire opdrachten van de zestien opdrachten:

1. Lokale kringwerking uitbouwen en ondersteunen
2. Overleg en netwerking tussen welzijn, zorg en lokaal bestuur optimaliseren
3. Ondersteunen van de technieken en methoden voor geïntegreerde zorgplanning (zoals vb. MDO) en case management

Er worden zestien opdrachten toegekend aan de zorggraad van de eerstelijnszones. Van deze zestien zijn er drie opdrachten die prioritair. De andere dertien worden na verloop van tijd systematisch geoperationaliseerd.

Dit opdrachtenpakket is zeer uitgebreid en vergt in principe een uitbreiding van de middelen. Meer hierover in de financiering van de eerstelijnszones.

1. **Het ondersteunen van een kringwerking van de verschillende beroepsgroepen en interdisciplinaire samenwerking tussen de zorgaanbieders in zorgteams en op het niveau van de eerstelijnszones stimuleren.**
2. **Inhoudelijke afstemming bevorderen tussen preventie, curatie, rehabilitatie, begeleiding, ondersteuning,... in welzijn en gezondheid, inclusief de afstemming met Kind en Gezin (via de "Huizen van het Kind") en met de Centra voor Leerlingen Begeleiding, bedrijfsgezondheidszorg, milieugezondheidszorg...**
3. Het signaleren aan de regionale zorgzone of Vlaams niveau van problemen, knelpunten of drempels die binnen het werkgebied geen of onvoldoende oplossing kunnen vinden.
4. Het voorbereiden van overleg (aan de hand van door de Vlaamse overheid of het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn ter beschikking gestelde gegevens) over het nodige en gewenste zorgaanbod in de eerstelijnszone. De uitkomst van dit overleg in de Zorgraad wordt meegenomen naar de regionale zorgzone voor verdere uitwerking. Voor het in kaart brengen van de noden en behoeften van de populatie en het bepalen van de doelstellingen voor de zorgverlening en een optimale ontwikkeling van het zorgaanbod in de eerstelijnszone wordt een methodiek ontwikkeld (door KU Leuven en Deloitte). Bij het lokaal toepassen en analyseren van de resultaten zal de eerstelijnszone begeleid worden vanuit het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn.
5. Het operationaliseren van multidisciplinaire aanbevelingen door lokale afspraken te maken over de toepassing van de aanbevelingen (bv. via zorgtrajecten). Ook het ondersteunen van de zorgtrajectbegeleiding voor diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntiepatiënten.
6. Vormingen helpen organiseren, afgestemd op de vormingsnoden in de eerstelijnszone en vooral gericht op deskundigheidsbevordering rond alle aspecten van een geïntegreerde zorgverlening (interdisciplinaire samenwerking, doelgroepen (bv.. mantelzorger, kansarmen, kwetsbare ouderen, personen met dementie, ...), gebruik van ICT-applicaties ter ondersteuning van de praktijkvoering.
7. Initiatieven en praktijken van zorgaanbieders ondersteunen zodat zorgaanbieders mantelzorgers als volwaardige zorgpartner betrekken.
8. **Ondersteuning bieden bij de toepassing van de (nog te ontwikkelen) methodiek rond geïntegreerde zorgplanning voor de persoon met een zorgnood. De methodiek rond zorgplanning omvat het formuleren van zorgdoelen, het opmaken van een zorg- en ondersteuningsplan, zorgcoördinatie, desgevallend inschakelen van case management en ondersteuning bieden aan het sluiten en doorlopen van de zorg(traject)contracten.**
9. De zorgaanbieders helpen met het oplossen van problemen, knelpunten of drempels op vlak van de praktijkvoering.
10. Ondersteuning bij het mee ontwikkelen van het geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal, onder de regie van de lokale besturen.
11. Stimuleren van de lokale partners om initiatieven te nemen rond buurtgerichte zorg en ondersteuning bieden bij de uitvoering van deze initiatieven (zonder in de plaats te treden van deze lokale partners). Specifieke aandacht wordt hierbij gegeven aan de toegankelijkheid van de zorg voor kwetsbare groepen.
12. Meewerken aan de invulling en uitvoering van een Vlaams kwaliteitsbeleid voor de eerste lijn, in functie van de richtlijnen en methodieken die hiervoor door het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg worden ontwikkeld. Hierbij worden zowel proces- als outcome-indicatoren geformuleerd.
13. Mee operationaliseren van Vlaamse- en lokale doelstellingen voor de eerste lijn i.s.m. de lokale partners en zorgverleners.

14. Het opnemen van de klachtenbehandeling bij klachten waarvoor tussen de persoon met een zorgnood en de betreffende zorgaanbieder geen oplossing kan gevonden worden. (zie verder 'Kwaliteitsbeleid')
15. Het ondersteunen van de lokale en bovenlokale zorg strategische planning passend binnen het Vlaams kader. Binnen het nieuwe decreet lokaal sociaal beleid kunnen lokale besturen een gezamenlijk initiatief nemen om een bovenlokaal sociaal beleid te ontwikkelen.
16. Stimuleren van digitale multidisciplinaire gegevensdeling tussen de zorgaanbieders op het niveau van de eerstelijnszones en ondersteunen om dit in de praktijk te realiseren .

We gaan nu even dieper in op een punt waarin de eerstelijnszone de huisartsen en andere zorgverleners sterk zou kunnen ondersteunen. Dit zijn de schakelmomenten in de zorg. De inhoudelijke werking van een ELZ zou immers prioritair moeten focussen op efficiënte zorg in deze schakelmomenten zodat de verandering in zorgsituatie vlot en volgens a priori gemaakte afspraken kan uitgevoerd worden. Dit is volgens ons een praktische vertaling van prioritair punt 8 (uit de 16 opdrachten).

---

#### SCHAKELMOMENTEN IN DE ZORG

Een schakelmoment in de zorg ontstaat wanneer bij een zorgsituatie door een nieuw gegeven een andere aanpak van de zorgorganisatie rond de betreffende patiënt nodig wordt. Er zijn tal van voorbeelden: ziekte van de mantelzorg, toename van de ernst van de pathologie, ontslag uit het ziekenhuis, ...

In eenvoudige situaties is dit meestal op een rustige manier op te lossen.

Een belangrijk knelpunt in de huidige zorgorganisatie is de manke overschakeling van een eenvoudige naar een meer complexe zorgsituatie. Dit komt door verschillende redenen:

- Een gebrekkige informatiedoorstroming, waardoor de zorgsituatie slecht ingeschat wordt.
- Een beperkte kennis van de sociale kaart en de hindernissen om andere zorgverleners snel te kunnen bereiken; het ontbreken van de gegevens van de andere zorgverleners van het zorgteam rond de betreffende patiënt.
- Onduidelijkheid over de mogelijkheden van andere zorgberoepen.
- Onduidelijkheid over de bereidheid van zorgverleners om in complexe zorgsituaties taken op te nemen.
- Het ontbreken van een zorgplan: wat hebben we met de patiënt en de mantelzorg afgesproken in verband met deze situatie,...

Indien de verandering bij zo'n wijzigende zorgsituatie slecht aangepakt wordt, leidt dit vaak tot allerlei ongewenste problemen:

- Slechte verzorging van de zieke, overbevraging van de mantelzorg
- Vermijdbare heropname in het ziekenhuis
- Te vroege opname in en woonzorgcentrum
- Frustratie , ongenoegen en onvrede; zowel bij patiënt en mantelzorg als bij de zorgverleners



**De inhoudelijke werking van een ELZ zou prioritair moeten focussen op efficiënte zorg in deze schakelmomenten zodat de verandering in zorgsituatie vlot en volgens a priori gemaakte afspraken kan uitgevoerd worden.**

Voorbeelden:

- Wat doen we met een demente bejaarde wanneer de inwonende mantelzorger naar het ziekenhuis moet?
- Kan de geriater er zeker van zijn dat bij ontslag het volledige zorgteam snel en adequaat in gang schiet in de nieuwe thuiszorgsituatie?
- Kan bij een crisis met een adolescent snel een psychologische begeleiding opgestart worden?

Huisartsen moeten een duidelijk zicht hebben op wat hun mogelijkheden zijn in zo'n schakelmomenten en duidelijk aangeven wat er dan van hen verwacht kan worden. Naar de andere beroepsgroepen, patiënten en ziekenhuizen toe is het noodzakelijk dat huisartsen dit zorgaanbod duidelijk communiceren. De praktijkorganisatie moet voorbereid zijn op het mogelijk plaats vinden van een schakelmoment.

## Financiering van de eerstelijnszone

### **Samenvatting**

1,5 FTE per eerstelijnszone, maar nog veel onduidelijkheid over hoe dit dient te gebeuren.  
Voorlopig via mandatering vanuit de bestaande structuren

Om de zestien opdrachten te vervullen, zijn er middelen nodig. Een uitgebreid takenpakket vergt een substantiële financiële ondersteuning. Er blijven [nog veel onduidelijkheden](#) waarover we van de overheid meer sturing en informatie verwachten.

---

### WAT WETEN WE

Een aantal budgetten van bestaande organisaties worden overgeheveld zodat een budget van € 8 862 321 ter beschikking komt. Een contingent van 90.2 FTE wordt geheroriënteerd naar de eerstelijnszones. Als er zestig zones komen, zou dit een gemiddelde van 1.5 FTE betekenen per ELZ.

Organisatie	Budget
SEL	2.512.704
GDT	1.399.617
LMN	4.950.000

### *Subsidiëring in 2018*

In 2018 kunnen er via detachering vanuit SEL/LMN al personeelsleden en werkingsmiddelen ter beschikking gesteld worden voor de eerstelijnszones. De regelgeving biedt hiervoor de nodige flexibiliteit en de opdrachten van het SEL en LMN komen overeen met een deel van de opdrachten van de op te richten eerstelijnszones.

### Manier van subsidiëren vanaf 2019

De eerstelijnszones die aan de voorwaarden voldoen, krijgen vanaf 1/1/2019 een subsidie voor werking en personeel. Deze middelen komen in mindering van de subsidies aan SEL/GDT en LMN.

De overheid voorziet de mogelijkheid dat deelnemende organisaties/partners of openbare besturen eigen personeel of middelen kunnen inbrengen in de eerstelijnszone.

Voor eerstelijnszones die nog niet aan de voorwaarden voldoen:

Voorlopig is er een mogelijkheid gecreëerd om personeel en werking vanuit de bestaande structuren HAK en SEL te mandateren om deze reorganisatie op het terrein te ondersteunen en te coördineren. Dit betekent concreet dat het personeel van de LMN's voorlopig binnen de huidige structuur (HAK of VZW) verder werken.

### Welke vragen zijn nog niet beantwoord

- Er is voldoende waakzaamheid over de autonomie van de eerstelijnszones nodig.
- Financiering per aantal inwoners of forfaitair?
- Scheiding van de werkings- en personeelsmiddelen?
- Grootteorde van de subsidie?

Het is essentieel dat de eerstelijnszones rechtstreeks de middelen (personeels- en werkingsmiddelen) ter beschikking krijgen om adequate acties te kunnen ondernemen.

### Alternatieve circuits

- Samenwerking met personeel uit de regionaal stedelijke gebieden?  
*Vb. de LOGO's voor hun opdrachten rond 'preventie' en 'ondersteunen zorgverleners en zorgorganisaties'.*
- Inzetten van personeel van de lokale besturen?  
Er zal regionaal moeten gekeken worden welke inspanningen er geleverd kunnen worden. De Vlaamse overheid legt dit voorlopig niet op aan de gemeenten.
- Er zijn momenteel onvoldoende middelen voorzien om de 16 opdrachten te kunnen vervullen. Welke mogelijkheden zijn er om extra subsidies te bekomen? Vanuit de regionale zorgzone, provinciale projecten, gemeenten/steden...?

Geografische entiteit: De ELZ

#### Samenvatting

- 75.000 tot 125.000 inwoners is de norm
  - Zoek overeenstemming met buurgebieden
  - Zoek consensus bij verschillende partners over het gebied
  - Kies voor functionele samenwerking en pragmatische oplossingen
- 75 tot 125.000 inwoners.
  - Respecteer de gemeentegrenzen. Probeer te anticiperen op mogelijke fusies. Provinciegrenzen moeten niet strikt gevolgd worden.
  - Geen overlappende gebieden.
  - Bestaande en nieuwe kringen aligneren zich op de eerstelijnszone, indien mogelijk tegen 2019.
    - Een HAK kan meerdere eerstelijnszones bevatten.
    - Een ELZ kan meerdere HAK's bevatten.

- Een HAK kan niet in twee ELZ zitten met een deel van het gebied.
- Bekijk het [voorgaande geografische werk](#) dat Domus Medica samen met de kringen en de LMN's uitwerkte.
- Consulteer Domus Medica of uw LMN voor de argumentatie voor de geplande eerstelijnszone. Een argumentatie van de verschillende zones vindt u al hier terug per provincie. Opgelet: dit werk werd tussen 2013-2016 opgesteld en in enkele regio's zijn er op basis van de evoluties ondertussen al enkele kleine wijzigingen voorgesteld aan de zones.
  - [West-Vlaanderen](#)
  - [Oost-Vlaanderen](#)
  - [Vlaams-Brabant](#)
  - [Antwerpen](#)
  - [Limburg](#)
- Er mogen geen gemeenten verweesd achterblijven. Afstemming met omliggende gebieden is dus nodig.
- Uitzonderingen op de richtcijfers van 75.000 à 125.000 inwoners zijn mogelijk voor
  - Grote steden
  - Gebieden die tussen andere gebieden vallen en een functioneel geheel vormen, (maar vb. slechts aan 65.000 inwoners komen). Kleinere zones worden niet gepromoot, maar zijn bespreekbaar zolang de afwijkingen niet te groot zijn. Er wordt naar de 'context' gekeken.

## Zorgraad (samenstelling en opdrachten)

### Samenvatting

- Start met een basis aan partners. Niet iedereen moet van de start betrokken worden.
- Huisartsenkringen zijn de sleutel tot welslagen.
- Neem uit het stappenplan wat u nodig heeft in uw regio.
- Zorg voor een goed 'beheer en bestuur' (bestuursvorm, afspraken...).
- Informeer belangrijke tweedelijnsactoren (zoals lokale ziekenhuizen, ...).
- Houd de betrokkenheid van de RVB en de AV van de huisartsenkring zo hoog mogelijk.
- Weet dat het een mogelijkheid is om de financiering van de eerstelijnszone bij de HAK te houden. Kies hier al dan niet voor naar opportuniteit voor uw kring.

---

## HOE STARTEN MET DE SAMENSTELLING EN 'BEHEER EN BESTUUR'

### SEL / LMN als facilitator

#### *Start partners*

De oproep vermeldt zowel verplichte als optionele partners:

- Verplicht: alle gemeentebesturen, kringen van huisartsen / thuisverpleegkundigen / kinesitherapeuten / tandartsen / psychologen / apothekers, eerstelijnspsychologische functie (indien gefinancierd in de zone), GGZ-actoren actief in artikel 107 en de netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren, diensten gezins- en thuiszorg, diensten oppashulp, lokale dienstencentra, diensten maatschappelijk werk van de mutualiteiten, CAW, woonzorgcentra, Huis van het Kind, erkende verenigingen voor zorggebruikers en/of mantelzorgers.

- Optioneel: andere kringen of beroepsgroepen, vertegenwoordigers van vrijwilligerswerk, CLB's, andere zorgaanbieders die actief zijn in de regio.

#### **TIP**

Zorg voor voldoende vertegenwoordiging van zelfstandige zorgverstrekkers (minimum de helft). Zorg in ieder geval voor voldoende evenwicht tussen zorgverstrekkers en andere actoren (zoals stakeholders uit de zorg, welzijn, openbare besturen en patiëntenvertegenwoordigers). De actoren die uit meerdere entiteiten bestaan (vb. 6 gemeenten/OCMW's/mutualiteiten/... ) kunt aanraden hun vertegenwoordigers te poolen en onderling afspraken te maken (bijvoorbeeld één persoon voor alle gemeenten, één persoon voor alle OCMW's, één persoon voor alle diensten gezinszorg/maatschappelijk werk van alle mutualiteiten). Zo voorkomt u onevenwichtige samenstellingen waarbij de minderheid uit zorgverstrekkers zou bestaan.

De zorgraad wordt op termijn de enige rechtspersoon die nog door de Vlaamse overheid wordt gesubsidieerd ter ondersteuning van de eerste lijn. Aparte kringwerkingen en –groepen blijven bestaan en ontvangen nog subsidie, maar structuren zoals de SEL en het LMN gaan op in de eerstelijnszone. Hun expertise wordt dus meegenomen. SEL en LMN zijn in een transitiefase.

Tijdens de overgangsfase is het nog niet nodig om deze nieuwe rechtspersoon al op te richten. Er kan gewerkt worden met een feitelijk samenwerkingsverband, waarin één van de partners (bijvoorbeeld de HAK) de penhouder is. De penhoudende organisatie is ofwel een organisatie erkend en/of gesubsidieerd door agentschap Zorg en Gezondheid ofwel een lokaal bestuur. De penhouder ontvangt dan de middelen voor de werking en het personeel van de ELZ, tot de zorgraad van de ELZ zelf als rechtspersoonlijkheid erkend is. Heel wat huisartsenkringen zijn al vertrouwd met deze manier van werken door de ervaring met hun LMN.

#### *Gemandateerden uit verschillende sectoren en beroepsgroepen*

Hou dit beperkt tot een werkbaar geheel. U kunt ervoor kiezen om vanuit de gemeenten binnen de ELZ één gemandateerde te sturen die kan spreken voor alle gemeenten vanuit een intergemeentelijk overleg of samenwerkingsplatform. Verpleegkundigen en andere zorgverlenersgroepen die betrokken worden, kunnen vanuit de zelfstandigen en de organisaties ook één gemandateerde sturen enz...

De interne organisatie per zorgverlenersgroep moet ertoe leiden dat een gemandateerde spreekt voor de volledige groep.

#### *In de tweede fase*

Met de startpartners informeert u vervolgens steeds meer partners.

U maakt ook een duidelijke keuze van de opdrachten waarmee u wilt beginnen.

## INTERESSANTE LINKS EN WEETJES

### ENKELE INTERESSANTE URL'S EN WEETJES

- Met welke gemeenten start u overleg?
  - De [gemeentelijke participaties](#)

- De [politiezones](#)
- [Geografische indeling uitgewerkt door Domus Medica in samenwerking met de kringen en provinciale kringplatformen.](#)  
Opgelet: bespreek de voorgestelde indeling best nog eens op een provinciaal kringplatform. Neem van zodra er mogelijke wijzigingen zijn contact op met de naburige huisartsenkringen die betrokken zijn.
- Bespreek met de partners welke acties al ondernomen werden vanuit gezondheidshoek en bevrage de samenwerkingsverbanden die er al zijn tussen verschillende lokale besturen.
- [Veelgestelde vragen over de hervorming van de eerstelijnszones](#)
- [Website agentschap zorg en gezondheid \(met onder andere de oproep, het aanvraagformulier, ....\)](#)
- Eerstelijnsconferentie 2017: [rapporten en presentaties](#), [beleidsvisie](#) en [eindrapport integrale zorg](#)
- [Omzendbrief aan kringen, LMN's en openbare besturen](#)
- [Informatiesessie](#) van de Vlaamse Vereniging van Steden en Gemeenten (VVSG) voor de lokale besturen.
- Lijst van personen die dit dossier opvolgen bij de openbare besturen en waar u contact mee kan nemen: deze lijst kunt opvragen bij [gert.merckx@domusmedica.be](mailto:gert.merckx@domusmedica.be).

## VALKUILEN EN OPPORTUNITEITEN

### LET OP VOOR

- Zelf op voorhand niet alles openlaten, uw eigen marge bepalen.
- Ruimte voorzien om de gemandateerden te laten terugkoppelen.
- Een korte en een lange termijnvisie uitwerken.
- Goed nadenken over uw 'beheer en bestuur' en bijgevolg wie uw gemandateerden zijn.
- Zorg dat u weet wie u nodig hebt.
- Eerst kringwerkingen creëren of eerst uw 'beheer en bestuur' regelen? Dit zal zeker een deel gelijk lopen.
- Noteer de voordelen en nadelen van de verschillende mogelijkheden.
- Vertrek met de pioniers in uw regio en bouw dan stelstelmatig verder.
- Refereer naar bestaande opportuniteiten of goed werkende projecten (bijv. LMN).
- SEL en LMN- medewerkers kunnen faciliteren
- De oproep vermeldt een heel aantal verplichte partners en een aantal optionele partners: ken uw sociale kaart. SEL en LMN zijn experts in de sociale kaart.
- Projecten Geïntegreerde zorg: minister Vandeurzen liet weten dat de projecten zich moeten aanpassen aan de ELZ

## CONCLUSIE

De Vlaamse overheid wil de volgende jaren een performant en evenwichtig zorgmodel uitrollen. Om naar deze efficiënte zorg toe te werken, voorziet het plan aanpassingen en vernieuwingen in de organisatie van de zorg. Dit heeft implicaties op de praktijkorganisatie, op de samenwerking met andere huisartsenpraktijken en zorgverleners uit de eerste en tweede lijn, en op de samenwerking tussen huisartsenkringen en gemeentebesturen. Het heeft geen zin om passief af te wachten. Het is een kans om zelf vorm te geven aan onze toekomstige beroepsbeoefening. We moeten ons hierbij als huisartsen goed positioneren en onze grenzen bewaken.

Hou hierbij rekening met het stappenplan.

Laat u bijstaan door Domus Medica en/of het LMN/(deel)SEL van je regio.

Werk maken van een eerstelijnszone in uw regio? Volg dan dit stappenplan:

- Stap 1: Overleg binnen het bestuur van de HAK om de zone te bepalen en een consensus binnen de huisartsenkring te bekomen. Doe dat in nauw overleg met het LMN.
- Stap 2: Overleg met de naburige kringen.
- Stap 3: Betrek de SEL of DeelSEL indien deze nog niet van bij het begin betrokken was.
- Stap 4: Maak een voorlopig locoregionaal plan op. Dit is bedoeld als sneuvelplan om verder op te bouwen.
- Stap 5: Informeer de andere zorgberoepsgroepen en -kringen die actief zijn in de regio. Betrek zeker de groepen en kringen die akkoord moeten gaan met het voorstel tot geografische afbakening (apothekers, kinesitherapeuten, thuisverpleegkundigen, tandartsen, psychologen). Streef een consensus na over de door de HAK voorgestelde regio. Kies voor groepen die al georganiseerd zijn en waar een consensus mogelijk is.
- Stap 6: Zet een minimale organisatie op met HAK-lokale besturen-LMN-SEL en werk de basiselementen uit van een locoregionaal actieplan. Streef hierbij consensus na over de belangrijkste inhoudelijke aspecten en de geografische afbakening.
- Stap 7: Breng een bredere overlegstructuur samen bestaande uit de andere zorgberoepen en andere belangrijke stakeholders uit de zorg en welzijn (dit zijn de WZC Huizen van het Kind, CLB, CAW, lokale dienstencentra, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, diensten oppashulp en diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg).
- Stap 8: Maak samen een locoregionaal actieplan op waar consensus is over:
  - Geografische afbakening
  - Inhoudelijke aspecten (te vertalen in actiepunten)
  - Beheer en bestuur
  - HR (Human Resources)

Heeft u goede tips die ook voor andere kringen kunnen dienen? Geef het ons gerust door ([gert.merckx@domusmedica.be](mailto:gert.merckx@domusmedica.be)), zodat we deze tips kunnen opnemen in dit document dat regelmatig zal aangepast worden op basis van de actualiteit en evoluties. U vindt dit document terug op de website van Domus Medica:

## AFKORTINGEN

CAW: Centrum Algemeen Welzijnswerk

CLB: Centrum voor Leerlingenbegeleiding

DMW: Dienst Maatschappelijk werk

ELZ: Eerstelijnszone

FTE: Full Time Equivalent

GDT: Geïntegreerde Dienst Thuiszorg

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg

HAK: Huisartsenkring

HR: Human Resources

LMN: Lokaal Multidisciplinair Netwerk

MDO: Multidisciplinair Overleg

SEL: Samenwerkingsinitiatief eerste lijn

WZC: woonzorgcentrum

## CONTACTPERSONEN GEMEENTEN

Lijst contactpersonen bij de lokale overheden die dit dossier begeleiden voor de lokale besturen en die u kan contacteren. U kan deze lijst opvragen via [gert.merckx@domusmedica.be](mailto:gert.merckx@domusmedica.be)