

---

# Hoe kunnen eerstelijnszones integrale zorg realiseren?

Een jaar geleden, tijdens de Eerstelijnsconferentie van 16 februari 2017, gaf minister Vandeurzen toelichting bij de plannen voor de hervorming van de eerste lijn in Vlaanderen. Deze hervorming moet een antwoord bieden op de huidige zorgparadox: ondanks het toenemende zorgaanbod blijven vele zorgnoden onbeantwoord.

## Auteur

› **Gunter D'hanis** is huisarts en medewerker van het kennisdomein Kringen van Domus Medica (projecten integrale zorg).

De spanning tussen zorgvraag en -aanbod neemt steeds toe.

De zorgnood stijgt door de toename van mensen met nood aan complexe zorg. Het zorgaanbod kampt met een toenemend tekort aan zorgverleners, waardoor een steeds grotere groep een hogere drempel ondervindt om tijdig de gepaste zorg te ontvangen. Meer en meer hulpbehoevenden vinden in het complexe aanbod de weg niet meer naar de specifieke zorg die past bij hun noden.

Tevens is er een groep mensen die onvoldoende geleerd heeft om voor zichzelf de juiste zorg te vragen.

En, ten slotte, is er bij de overheid geen ruimte voor groei in de budgets voor zorg en welzijn.



‘We hebben  
nu de kans  
om zelf vorm  
te geven  
aan onze  
toekomstige  
beroeps-  
uitoefening’

## Vier krachtlijnen van integrale zorg

Toch wil de Vlaamse overheid de volgende jaren een performant en evenwichtig zorgmodel uitrollen, namelijk ‘integrale zorg’. Dit is een gezondheidszorgmodel waarbij alle betrokkenen samenwerken om voor alle patiënten tegemoet te komen aan hun noden om hun gezondheid en levenskwaliteit te optimaliseren. Integrale zorg kent vier belangrijke krachtlijnen.

Ten eerste is de geboden zorg een antwoord op de specifieke noden van de individuele patiënt.

Ten tweede is de zorg een continu proces van steeds betere integratie van gezondheid en welzijn. De verschillende taken worden opgenomen door de persoon die qua beroep en beschikbaarheid het beste geplaatst is.

Ten derde vindt het zorgproces plaats in duidelijk afgeijnde geografische regio's: de eerstelijnszones.

De vierde krachtlijn gaat over de wijzigingen in het zorgtraject: deze moeten een verbetering betekenen voor de individuele patiënt én de gemeen-

**Figuur 1: Quadruple aim voor integrale zorg.**



schap, uitvoerbaar en werkbaar zijn, en kostenefficiënt. Dit wordt omschreven als de 'Quadruple Aim' voor integrale zorg (figuur 1). Dit is een zeer bruikbare tool om alle voorstellen en acties te evalueren of ze zinvol zijn. Het is een sleutelbegrip in wat de eerstelijnszones concreet moeten gaan doen.

## Opdrachten van de eerstelijnszones

### Schakelmomenten

Schakelmomenten in de zorg zijn situaties waarbij door een plots nieuw gegeven (bv. ziekte van de mantelzorg) de zorg snel en adequaat moet

aangepast worden. In het kader van integrale zorg is door een vlotte zorgbijsturing tijdens een schakelmoment de meeste efficiëntie winst te rapen.

Voor personen met een complexe zorgsituatie kan de eerstelijnszone een *casemanager* ter beschikking stellen, iemand die goed vertrouwd is met het zorgaanbod en die in precaire situaties de thuiszorg snel en adequaat op de rails kan zetten. Dit *casemanagement* is tijdelijk: eenmaal de zorg georganiseerd is in een nieuw evenwicht, gaat de zorgcoördinatie terug over naar het gewone zorgteam.

De inhoudelijke werking van de eerstelijnszones zou prioritair moeten focussen op de efficiënte zorg in schakelmomenten zodat de verandering in zorgsituatie vlot en volgens gemaakte afspraken uitgevoerd kan worden.

### Drie opdrachten

De Vlaamse overheid heeft de grootte van de eerstelijnszones bepaald op 75 000 tot 125 000 inwoners. Een gemeente is ondeelbaar en hoort steeds volledig tot één eerstelijnszone. Meerdere eerstelijnszones kunnen samen één regionale zone vormen. Via het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn voorziet de overheid in ondersteuning aan de eerstelijnszones om in een eerste fase drie prioritaire opdrachten uit te voeren:

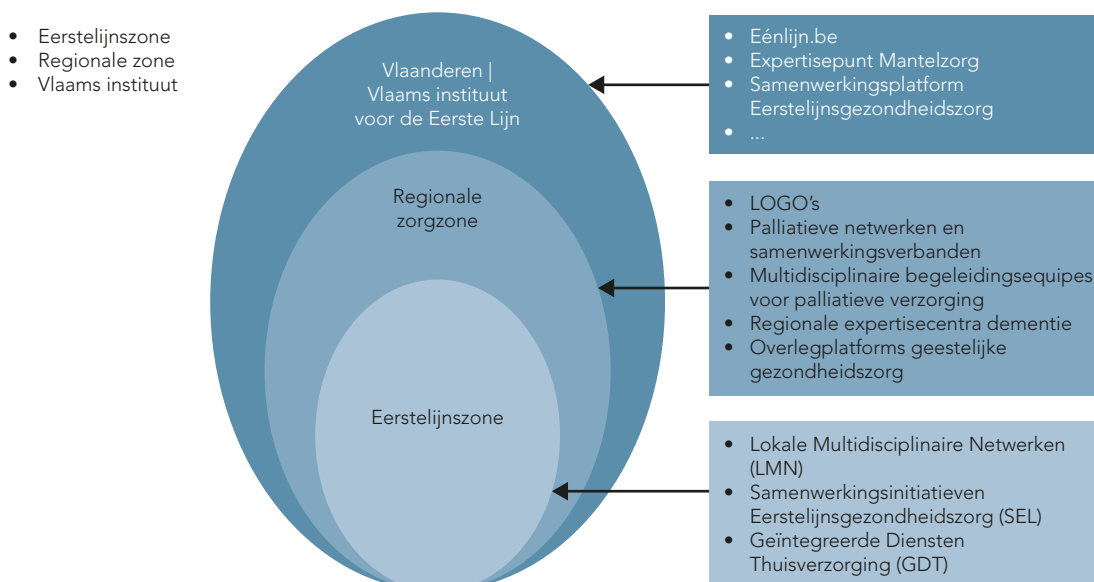
1. Het ondersteunen van de kringvorming van de verschillende medische en paramedische beroepsgroepen en het stimuleren van interdisciplinaire samenwerking.
2. Het bevorderen van de afstemming tussen preventie, curatie, rehabilitatie en begeleiding in welzijn en gezondheid.
3. Ondersteuning bij het uitwerken van geïntegreerde, persoonlijke zorgplanning.

Een zeer specifieke nieuwe taak voor de eerstelijnszones is het uitbouwen van lokale 'informatie- en meldingspunten'. Dit zijn laagdrempelige loketten, waar zowel burgers, personen met zorgnood als zorgaanbieders terecht kunnen om specifieke informatie te vragen over het functioneren van de zorg. Wanneer de zorg misloopt, kunnen zij hier ook terecht om het te melden. Deze melding kan dan voor evaluatie en bijsturing gebruikt worden. Belangrijk is erover te waken dat dit informatie- en meldingspunt niet onttaardt in een banaal klachtenloket.

### Samenstelling

Aangezien de werking in de eerstelijnszones totaal anders is dan wat we in de huidige welzijnsregio's en zorgregio's gewend zijn, heeft het weinig zin om de regionale samenstelling te

**Figuur 2: Eerstelijnszones in een groter geheel.**



laten afhangen van historisch gegroeide samenwerkingsverbanden van enkele individuele partners. Het is vooral de inhoudelijke benadering van het gemeenschappelijke doel dat primeert: kunnen wij samen een gemeenschappelijke basis leggen voor een groeiproces naar patiëntgerichte integrale zorg?

Een eerstelijnszone wordt bestuurd door een zorgraad, met telkens één vertegenwoordiger uit de verschillende disciplines en zorgorganisaties. Er is ook plaats voor vertegenwoordiging van patiënten, mantelzorgers, vrijwilligers en burgers. De voorzitter is bij voorkeur een huisarts. De regionale ziekenhuizen worden ook bij het functioneren van de eerstelijnszones betrokken.

De collega die de huisartsenkring afvaardigt naar de zorgraad, wordt een belangrijke gemandateerde van de beroepsgroep. Het is belangrijk dat de leden van de huisartsenkring deze afgevaardigde met ideeën en terugkoppelingen ondersteunen.

### Impact op de huisarts

De eerstelijnszones vormen een onderdeel van een groter plan voor een nieuw zorglandschap in Vlaanderen (figuur 2). In een eerste fase verplicht de overheid de huisartsen tot niets. Als huisarts of huisartsenkring krijgen we nu de kans om zelf vorm te

geven aan onze toekomstige beroepsuitoefening.

De verwachte aanpassingen in de organisatie van de zorg zullen op verschillende niveaus implicaties voor huisartsen hebben. Huisartsen zullen spilfiguren zijn bij thuishospitalisatie, schakelmomenten, overleg en het opmaken van individuele zorgplannen. Samenwerken in netwerken van huisartsen, met ondersteunend personeel is noodzakelijk, eventueel door de uitbouw van een multidisciplinaire eerstelijnspraktijk met thuisverpleging, kine, psycholoog en sociaal werk. We zullen ook optimaal gebruik moeten maken van alle mogelijkheden van ICT-ondersteuning.

Sommige nieuwe taken overstijgen de mogelijkheden van de eigen huisartsenpraktijk. Voor bepaalde problemen kunnen intensieve, formele samenwerkingsvormen tussen verschillende huisartsenpraktijken worden uitgewerkt. Hierbij staat efficiëntie voorop. Pool bijvoorbeeld een diabeteseducator, een psychiatrische verpleegkundige of een eerstelijnspsycholoog die in de verschillende praktijken ondersteuning kunnen bieden.

### Taakafspraken

Als beroepsgroep moeten we duidelijkheid scheppen in de samenwerkingsverbanden: wat doen we als huisarts en wat niet, wat willen we bieden

en wat laten we over aan anderen? In deze benadering gaan de verschillende beroepsgroepen uit van hun eigen sterktes.

De centrale vraag in de zorg luidt: welke taken en functies moeten worden uitgevoerd en welke beroepsgroep is het best geplaatst om dit te doen? Deze vraag speelt op het niveau van de zorgorganisatie rond een patiënt én tegelijk ook op het niveau van beroepsgroepenoverleg in een eerstelijnszone. Ziekenhuizen en specialisten zullen in een eerstelijnszone instaan voor de specialistische basiszorg die nauw aansluit bij wat in de eerste lijn gebeurt. Het is zinvol om taakafspraken vooral te focussen op de schakelmomenten. ←

#### Meer weten?

In de 'Roadmap voor huisartsenkringen: eerstelijnszones in Vlaanderen' krijgt u handvaten aangevoerd om als huisartsenkring mee vorm te geven aan uw toekomstige beroepsbeoefening. Deze is terug te vinden onder:

[www.domusmedica.be/kringen](http://www.domusmedica.be/kringen)

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Gert Merck, verantwoordelijke kennisdomein Kringen:

[gert.merckx@domusmedica.be](mailto:gert.merckx@domusmedica.be)

domus  
medica

## Dossiers loon- en telesecretariaatskosten

Artsen die een beroep doen op een praktijkassistent(e) en/of telesecretariaat, kunnen elk jaar een dossier (voorheen Impulseo) indienen om een deel van de kosten te recupereren die ze het jaar daarvoor maakten.

U kunt voor uw aanvraag of indiening van uw dossier gratis bij Domus Medica terecht, als erkend steunpunt.

Hoe vroeger uw dossier is ingediend, hoe sneller het wordt verwerkt!

#### Meer informatie?

[www.domusmedica.be/impulseo](http://www.domusmedica.be/impulseo)  
[annemie.verwilt@domusmedica.be](mailto:annemie.verwilt@domusmedica.be)  
tel. 03 425 76 76