

Nazorg infosessies eerstelijnszones

Vragen van de deelnemers

Persoon met zorgnood centraal

Wie zal instaan voor het case-management?

Het casemanagement zal aangestuurd worden vanuit de eerstelijnszone. Belangrijk is dat casemanagement zal gebeuren bij een zeer beperkt aantal cliëntsituaties, namelijk deze waarbij de zorgverlening te complex wordt en niet (meer) lukt via de zorgcoördinatie. Belangrijk is dat de casemanager een neutraal persoon is die niet rechtstreeks betrokken is bij de zorgverlening. De concrete invulling van het casemanagement moet nog verder overlegd worden.

Zorgverstrekkers zullen voornamelijk samenwerken binnen de eerstelijnszone? Welke gevolgen zijn er voor burgers die verhuizen van de ene naar de andere eerstelijnszone, en hun zorgverstrekker willen behouden (ook bv. bij verhuis naar woonzorgcentrum in andere eerstelijnszone)?

Er zijn geen gevolgen voor de burger. De burger mag kiezen wie hij/zij aanspreekt voor de zorgverlening, los van in welke eerstelijnszone een bepaalde actor voornamelijk werkt.

Hoe zal het geïntegreerd breed onthaal georganiseerd worden in de praktijk? Welke timing? Welke betrokken partijen?

Hiervoor lopen nu 11 proefprojecten die daarmee experimenteren. De praktijken die worden ontwikkeld variëren sterk, tussen gezamenlijk fysiek onthaal en taakafspraken. Sommigen focussen op toegankelijkheid, anderen op aanpak van onderbescherming. In principe is het niet de bedoeling met een Vlaams opgelegd model te komen, alhoewel er nu zeker al discussies naar boven komen mbt criteria voor een goed onthaal.

De proefprojecten lopen tot mei 2018. Daarna wordt bekeken hoe men aan de slag gaat met de input uit de experimenten.

Kernactoren in het geïntegreerd breed onthaal zijn de sociale diensten van OCMW en gemeente, de Centra Algemeen Welzijnswerk en de Diensten Maatschappelijk Werk van de ziekenfondsen (kernactoren: idee dat dit de drie organisaties zijn die aan generalistisch sociaal werk doen). Zij vormen de spil van een samenwerkingsverband met lokale basis- of faciliterende actoren zoals samenlevingsopbouw, armoedeverenigingen, huisartsen, thuiszorgdiensten ... Ook afstemming met het meer gespecialiseerde begeleidingsaanbod moet verzekerd worden.

Actoren in gezondheid, zorg en welzijn

Wat betekent de nieuwe indeling in eerstelijnszones concreet voor de zorgverstrekkers (woonzorgcentra, diensten voor gezinszorg, enz.)? En voor zorgverstrekkers die nu al in samenwerkingsverbanden georganiseerd zijn en over

de grenzen van een eerstelijnszone actief zijn (autonome gemeentebedrijven, intergemeentelijke zorgverenigingen)?

De indeling in eerstelijnszones beperkt de “grensoverschrijdende” werking van bepaalde diensten, zorgverenigingen of intergemeentelijke verenigingen niet. Men kan als aanbieder van zorg en ondersteuning binnen verschillende eerstelijnszones actief zijn. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor grote private thuiszorgdiensten. Vanuit de Vlaamse overheid zal men wel stimuleren om zoveel mogelijk samen te werken met de partners binnen de eerstelijnszone.

Welke gevolgen zijn er voor de huisartsenkring als die in verschillende eerstelijnszones zou vallen?

De Vlaamse overheid zal stimuleren dat de huisartsenkringen binnen één eerstelijnszone gaan samenwerken. Dit kan bijvoorbeeld op langere termijn gebeuren via subsidies voor de huisartsenkringen.

Indeling eerstelijnszone

Hoe verhouden de eerstelijnszones zich tot zones in andere beleidsdomeinen (politiezones, brandweerzones, basismobiliteitsregio's, enz.)?

Er is geen verband tussen de indeling van de eerstelijnszones en zone-indelingen in andere beleidsdomeinen. Vanuit de VVSG is er bij de Vlaamse overheid op aangedrongen om zoveel mogelijk overeenstemming te krijgen tussen de verschillende zone-indelingen. Bij de samenstelling van de eerstelijnszones kan hiermee wel rekening worden gehouden, aangezien lokale besturen een belangrijke actor zijn en de eerstelijnszones het lokaal bestuur zullen ondersteunen bij de uitwerking van het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Wat gebeurt er met gebieden waar de vooropgestelde deadline van 31 december 2017 niet gehaald wordt en geen voorstel tot eerstelijnszone ingediend werd?

(Bron: FAQ's Agentschap Zorg en Gezondheid)

In een eerste fase kunnen voorstellen ingediend worden tot 31 december 2017. Afhankelijk van het aantal voorstellen dat ingediend en goedgekeurd wordt, zal beslist worden over de verdere aanpak.

Op een bepaald ogenblik zullen knopen doorgemaakt moeten worden, dat is onvermijdelijk. Het is immers de bedoeling om geen blinde vlekken te hebben in Vlaanderen. Dan zal de argumentatie gerationaliseerd worden en geopteerd voor de geografische indeling die het meeste kans op succes heeft.

Wat als er niemand het initiatief neemt om tot een afgebakende eerstelijnszone te komen?

De Vlaamse overheid zal transitiecoaches inzetten om het proces van zonevorming en de opstart van de eerstelijnszones te begeleiden. Vermoedelijk zullen SEL's en LMN's initiatieven nemen tot afbakening van de eerstelijnszones. Dit zal op veel plaatsen gebeuren in samenspraak met de verplichte en optionele partners. Het kan opportuun zijn om als lokaal

bestuur actief contact op te nemen met het SEL of LMN in je regio om te weten welke partners actief zijn in de betrokken regio.

Wie bewaart het overzicht over de indeling?

Het Agentschap Zorg en Gezondheid bewaakt het overzicht. Elke gemeente moet tot één eerstelijnszone behoren en mag niet tot twee of meerdere eerstelijnszones behoren. Het Agentschap Zorg en Gezondheid zal eveneens de grootte van de eerstelijnszones bewaken. Uiteraard hebben lokale besturen hier ook een zicht op, zeker wanneer ze gevraagd worden vanuit verschillende hoeken en voor verschillende afbakeningen.

Welke waarde heeft het werk van de werkgroep geografische afbakening, waarin ook al voorstellen tot afbakening van de eerstelijnszones gedaan werden?

De kaarten van de werkgroep geografische afbakening zijn een voorstel van afbakening net zoals de kaarten van Domus Medica en de kaarten van professor Jan De Maeseneer. Zij kunnen als inspiratie gebruikt worden maar zijn geen vaststaand gegeven. De afbakening van de eerstelijnszones moet immers bottom-up gebeuren, vanuit de verschillende actoren in de eerste lijn.

Kan het SEL/LMN al vanaf het begin van het proces een rol opnemen in de afbakening van de eerstelijnszone?

Het is aangewezen om van bij het begin de SEL's en LMN's te betrekken bij de afbakening van de eerstelijnszones. Zij hebben immers een uitgebreide sociale kaart en contacten met de verschillende zorgaanbieders en –verstrekkers binnen de eerstelijnszone.

Hoe strikt zijn de inwonersaantallen (75.000-125.000) voor de indeling in eerstelijnszones?

(Bron: FAQ Agentschap Zorg en Gezondheid)

In een eerste fase zullen te kleine of te grote regio's niet erkend worden, met uitzondering van de grootsteden Antwerpen en Gent. De Vlaamse overheid legt de lat voor iedereen gelijk. Anderzijds is een pragmatische benadering wenselijk: één huisartsenkring die drie eerstelijnszones omvat, zal men niet verplichten om in drie te splitsen. De Vlaamse overheid zal in dit kader ook geen fusies verplichten, maar als er een duidelijke win-win ontstaat, is het misschien wel wenselijk om in die richting te evolueren.

Hoe verhoudt de indeling in eerstelijnszones zich tot de organisatie van de huisartsenwachtposten?

De organisatie van de huisartsenwachtposten is een federale bevoegdheid. De vorming van de eerstelijnszones zal in principe geen impact hebben op de huisartsenwachtposten. En vice versa: de organisatie van de huisartsenwachtposten is niet bepalend voor de vorming van eerstelijnszones.

Uit hoeveel personen zal de Zorgraad samengesteld zijn?

Momenteel is nog niet vastgelegd uit hoeveel personen de Zorgraad minimaal/maximaal moet bestaan. Belangrijk is dat de Zorgraad pluralistisch en divers is samengesteld en bestaat uit vertegenwoordigers van volgende vier groepen:

- 1) zorgaanbieders van verschillende disciplines
- 2) vertegenwoordigers van de woonzorgcentra, gezinszorg, diensten maatschappelijk werk, CAW
- 3) lokale besturen
- 4) een vertegenwoordiging van de zorggebruikers en mantelzorgers.

Wie actief is in de regio zal een draagvlak moeten zoeken dat werkbaar is. Betrokkenheid en efficiëntie zijn belangrijk. De Zorgraad wordt bij voorkeur samengesteld door geëngageerde personen die zich willen inzetten voor de uitbouw van een eerstelijnszone.

Kan een actor steeds maar in één eerstelijnszone zitten? Kan bv. een huisartsenkring in meerdere eerstelijnszones zitten?

Het is mogelijk dat een huisartsenkring in verschillende eerstelijnszones werkt net zoals bijvoorbeeld een dienst voor gezinszorg in verschillende eerstelijnszones actief kan zijn. Het is de bedoeling dat op termijn zoveel mogelijk organisaties en diensten aligneren met de eerstelijnszones; dat zal de eigen werking en de werking van de eerstelijnszone vergemakkelijken.

Wie zijn de transitiecoaches? Welke garanties worden ingebouwd opdat ze voldoende neutraal kunnen handelen?

De oproep voor transitiecoaches is verstuurd op 10 juli '17 en vind je ook op www.zorg-en-gezondheid.be/eerstelijnszone. Kandidaturen kunnen ingediend worden tot 15 september. Deze transitiecoaches zijn personen die voeling hebben met de praktijk en daarnaast deskundig zijn in verander- en transitie management. Zorg en Gezondheid zal bij de selectie voldoende aandacht besteden aan de neutraliteit.

Rol van het lokaal bestuur

Hoe worden de lokale besturen vertegenwoordigd in de Zorgraad, wanneer niet elk lokaal bestuur zelf in de Zorgraad kan zetelen?

De afvaardiging van de lokale besturen in de Zorgraad zal onderwerp zijn van concrete afspraken tussen de lokale besturen zelf. Belangrijk is dat er vanuit de Zorgraad regelmatig wordt teruggekoppeld naar de besturen die geen deel uitmaken van de Zorgraad zelf. Eveneens van belang is dat de lokale besturen die geen deel uitmaken van de Zorgraad ook hun vragen en bevindingen kunnen doorgeven aan de vertegenwoordigers in de Zorgraad. De Zorgraad staat immers onder andere in voor de ondersteuning van het lokaal sociaal beleid van elk bestuur.

Hoe verhoudt de regie van het lokaal bestuur in het lokaal sociaal beleid zich tot de opdrachten van de eerstelijnszone en de Zorgraad?

De concrete afstemming tussen de regie van het lokaal bestuur in het lokaal sociaal beleid (ontwerp van decreet lokaal sociaal beleid) en de opdrachten van de eerstelijnszone zijn niet geformuleerd binnen de conceptnota. Vanuit het lokaal bestuur zal men tot afstemming moeten komen met de zorgverleners en -verstrekkers op lokaal niveau. Vragen die lokaal geen antwoord kunnen krijgen, zullen bekeken worden op het niveau van de eerstelijnszone. Daarnaast kunnen initiatieven vertrekkende vanuit de eerstelijnszone ondersteunend werken naar het plaatselijke lokaal sociaal beleid.

Hoe zullen lokale besturen invloed kunnen hebben op de actoren in de eerste lijn?

Vanuit het ontwerp van decreet lokaal sociaal beleid heeft het lokaal bestuur een regiefunctie. Dit betekent dat men minstens overleg en afstemming zoekt met de lokale actoren om gezamenlijk de invulling van de lokale beleidsdoelstellingen te realiseren. Er zijn momenteel nog geen instrumenten voorhanden waarmee lokale besturen de betrokkenheid of richting van de actoren in de eerste lijn kunnen beïnvloeden.

Lokale besturen hebben de regie van het lokaal sociaal beleid in handen, maar zijn soms zelf ook actor. Hoe zal de verhouding tussen beiden georganiseerd worden?

In het ontwerp van decreet lokaal sociaal beleid staat in art. 7 § 2 het volgende: *“Als een lokaal bestuur zelf optreedt als aanbieder van lokale sociale hulp- en dienstverlening scheidt het de rol als aanbieder van lokale sociale hulp- en dienstverlening voldoende van de rol die het lokaal bestuur krijgt. De Vlaamse Regering kan nadere regels hieromtrent bepalen.”*

De memorie van toelichting bij het ontwerp van decreet stelt het volgende: *“De tweede paragraaf van dit artikel gaat specifiek in op de scheiding in rollen van het lokaal bestuur: actor (dienstverlener) versus regisseur van de lokale sociale hulp- en dienstverlening. Het moet duidelijk zijn dat een lokaal bestuur ten allen tijde zelf lokale sociale hulp- en dienstverlening mag organiseren of aanbieden. Er wordt wel bepaald dat de rol als aanbieder van lokale sociale hulp- en dienstverlening gescheiden dient te worden van de rol als coördinator van de lokale sociale hulp- en dienstverlening. Wegens de vele verschillende lokaal-specifieke contexten is het niet zinvol om via een decreet concreet op te leggen hoe een lokaal bestuur haar rollen van actor en coördinator kan ontkoppelen. Maar te denken valt aan een zeer transparante communicatie over hoe het lokale bestuur de rol opneemt van lokaal bestuur, met democratische controle en inspraak van de gemeenteraad en met gesystemiseerd overleg met de lokale partners waarbij de keuzes van het lokale bestuur worden verduidelijkt en waarbij zij mee kunnen nadenken over de criteria voor de regie. Ook kan gewerkt worden met bindende of niet bindende adviezen, naar gelang het lokaal bestuur zelf actor is of niet. Ook voor de zorg- en welzijnsactoren wordt het principe van de scheiding in de rol van actor versus regisseur gehanteerd om rolconflicten te vermijden. De Vlaamse Regering wordt gemachtigd de nadere regels te bepalen. Deze nadere regels zullen per sector verder worden uitgewerkt.”*

Wie zal engagementen opnemen t.a.v. de eerstelijnszone, in de wetenschap dat in heel wat organisaties de bereidheid en/of de mankracht hiervoor ontbreekt?

In 2018 kunnen er via detachering vanuit SEL/LMN al personeelsleden 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.

Eerstelijnszones die aan de autonomiecriteria voldoen, zullen vanaf 1 januari 2019 gefinancierd worden met middelen die onttrokken worden aan de subsidie van SEL, GDT en LMN. De subsidie aan SEL, GDT en LMN blijft gewaarborgd tot 31 december 2018. De Vlaamse overheid voorziet (op termijn) ook de mogelijkheid dat deelnemende organisaties/partners of openbare besturen eigen personeel of middelen inbrengen in de eerstelijnszone. Concrete voorstellen vanuit de Vlaamse overheid zullen in een latere fase uitgewerkt worden.

Wat met de faciliteitengemeenten, waarmee samenwerking voor de omliggende gemeenten moeilijk ligt?

Wanneer er geen consensus wordt gevonden zal het Agentschap Zorg en Gezondheid knopen moeten doorhakken. Het kan in ieder geval niet dat binnen een eerstelijnszone een bepaald bestuur dat duidelijk binnen die eerstelijnszone hoort, niet wordt betrokken in het verhaal. Langs de andere zijde zijn faciliteitengemeenten gebonden aan specifieke regelgeving wat de samenwerking er niet eenvoudig op maakt.

Wordt een afzonderlijke lokaal sociaal beleidsplan een verplichting voor de lokale besturen?

Het is niet de bedoeling om een apart lokaal sociaal beleidsplan te hebben. De beleidsdoelstellingen in het kader van het lokaal sociaal beleid moeten worden opgenomen in het meerjarenplan van het lokaal bestuur.

Kan de inhoudelijke invulling van de eerstelijnszone aangepast worden n.a.v. de lokale verkiezingen, nieuwe accenten in het lokaal sociaal beleid en nieuwe strategische meerjarenplanning van de lokale besturen?

De doelstellingen, opdrachten en het takenpakket van de eerstelijnszone worden bepaald op het Vlaamse niveau. De vertegenwoordiging in de Zorgraad kan verschuiven naar aanleiding van de lokale verkiezingen, maar inhoudelijk zal dit weinig of geen invloed hebben op de werking van de eerstelijnszones. Eerstelijnszones kunnen ook wijzigen n.a.v. fusies tussen gemeenten. Elke gemeente kan maar in één eerstelijnszone vertegenwoordigd zijn.