



“12 puntenplan” naar aanleiding van de COVID-19 pandemie - juli 2020

VIVEL is het Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn dat sinds 1 mei 2019 erkend en gefinancierd wordt door de Vlaamse Overheid als partnerorganisatie voor de eerste lijn. Op Vlaams niveau is VIVEL het centrale aanspreekpunt en het platform voor de dialoog van de eerstelijnsactoren met de overheid en met elkaar. VIVEL verenigt de gezondheids- en welzijnsactoren van de eerste lijn, de vertegenwoordigers van patiënten, mantelzorgers en gebruikers, de lokale besturen en de expertisecentra.

Samen met alle actoren van de eerste lijn wil VIVEL de gezondheid en het welzijn van elke burger in Vlaanderen en Brussel verbeteren. VIVEL werkt proactief en speelt adequaat in op de ontwikkelingen in zorg en welzijn. VIVEL ondersteunt zorg- en hulpverleners en hun [zorgraden](#), zodat zij efficiënt en doelgericht personen met een zorg- en ondersteuningsnood en hun omgeving kunnen helpen. Voorts verleent VIVEL de overheid strategisch advies voor een optimaal eerstelijnsbeleid.

De eerste lijn heeft een cruciale rol gespeeld in het beheersen van de COVID-19 crisis. Met een groot persoonlijk engagement en veel flexibiliteit hebben de actoren in vaak zeer moeilijke omstandigheden op vele plaatsen op voorbeeldige manier samengewerkt, ook met de actoren van de tweede lijn.

Op basis van hun ervaringen tijdens de voorbije maanden formuleert **de Raad van Bestuur van VIVEL** een 12-puntenplan voor een sterke eerste lijn, die haar competenties maximaal kan inzetten voor de bevolking tijdens de COVID-19 epidemie en erna.

1. Nood aan eenheid van strategisch commando

Deze crisis werd gekenmerkt door onduidelijkheid in aanpak, communicatie en visie. Op het werkveld resulteerde de verdeling van politieke bevoegdheden en verantwoordelijkheden in verwarrende en soms zelfs tegenstrijdige richtlijnen. Het noodplanningscircuit en het zorg- en welzijnscircuit waren inzake aanpak en geografische opdeling niet op elkaar afgestemd. Deze werkwijze stond een efficiënte aanpak in de weg.

Wij verwachten dat de overheid de versnipperde bevoegdheidsverdeling kan overstijgen en zich in crisistijden kan verenigen. Dit kan door een gecoördineerd crisismanagement dat verantwoordelijk is voor beslissingen op alle bevoegdheidsniveaus en kort op de bal speelt. Dergelijk management moet gekoppeld worden aan één communicatielijn en één operationele lijn, die transparant en duidelijk zijn voor de actoren die lokaal instaan voor de uitvoering. Welzijn en gezondheidszorg moeten homogene bevoegdheidspakketten worden.

2. Randvoorwaarden creëren voor succesvolle zorgraden

Zorgraden zijn lokale netwerkorganisaties waarin zorg- en welzijnsorganisaties, gebruikers- en mantelzorgverenigingen en lokale besturen samen de organisatie van zorg en welzijn bespreken en aansturen. Ze sporen hiaten op, bevorderen samenwerking tussen de verschillende zorgverstrekkers en ze faciliteren netwerken in welzijn en zorg. Om dit te kunnen realiseren moeten randvoorwaarden gecreëerd worden en voldoende middelen ingezet worden opdat ze succesvol kunnen werken.



*We stellen vast dat er nog niet altijd en overal een **logische geografische afbakening en afstemming** is met andere partners waarmee moet worden samengewerkt (bv politie- en brandweerzones, kringen van zorgverleners en welzijnsorganisaties). We roepen op om uniformiteit na te streven om zo de werking op het terrein te vereenvoudigen en om hiervoor de nodige financiering te voorzien.*

3. Reguliere zorg continueren in crisistijd

We zijn van mening dat er niet ingeboet mag worden op reguliere zorg in tijden van crisis, en dat reguliere zorg en pandemiezorg perfect parallel kunnen bestaan. Talrijke actoren in de eerste lijn hebben zich maximaal ingezet om zorg te continueren. Uitgestelde zorg leidt tot bijkomende problemen en laat mensen in de steek. De **continuïteit van reguliere zorg** moet gegarandeerd worden voor iedereen, ook en vooral voor de meest kwetsbare doelgroepen. We pleiten voor een betere samenwerking tussen de eerste en tweede lijn.

*Er is tijdens de pandemie nood aan een duidelijk **generiek schema waarin de zorgtrajecten van de onderscheiden groepen van personen met zorg- en ondersteuningsnoden** (met en zonder COVID-besmetting, met acute of chronische zorg- of ondersteuningsnoden) worden uitgetekend. Deze “flowcharts” kunnen dan op het niveau van de eerstelijnszones en ziekenhuisnetwerken concreet worden vertaald naar de plaatselijke situatie. Ze maken de verbindingen tussen de eerste en tweede lijn duidelijk. Ze bevestigen de poortwachtersfunctie van de eerste lijn, zoals die wordt vervuld in de (pre-)tragecentra.*

*De **revalidatie** (van post-COVID-19 patiënten en andere personen met zorg- en ondersteuningsnood) moet tijdens de crisis gegarandeerd worden door interdisciplinaire samenwerking.*

4. Aandacht voor psychosociale ondersteuning en welzijn

Integrale en doelgerichte zorg en ondersteuning, waarbij de persoon in al zijn aspecten wordt benaderd, gaat veel verder dan enkel de fysieke gezondheid. Er mag geen gescheiden aanpak bestaan tussen somatische en psychosociale zorg. De psychosociale noden zijn in de eerste COVID-golf onvoldoende aan bod gekomen. De eerste reflex, met focus op overleven, moet in een nieuwe golf verbreed worden. Een kwaliteits- en zinvol leven van de burger neemt ook welzijn en welbevinden mee in een doelgerichte zorg en ondersteuning, waarbij de actoren met deze expertise evenwaardig aan bod komen.

*We wensen een aangepast beleid door de **integratie van psychosociale zorg en ondersteuning in verbeterde draaiboeken**. De betrokken sectoren moeten vertegenwoordigd zijn in het COVID-management: naast virologen ook psychologen, welzijnswerkers en personen met een zorg- en ondersteuningsnood. De capaciteit en toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn moeten worden versterkt.*

5. Een aangepast financieringsmodel

Om te komen tot integrale en doelgerichte zorg en hulpverlening, moeten zorg en welzijn benaderd worden als een ecosysteem, van macro tot microniveau, dat ten dienste staat van de persoon. In dit ecosysteem zijn partners heel ruim verenigd, met respect voor de bijdrage van ieders expertise. Een mentaliteitswijziging is nodig, waarin men verder kijkt dan zijn eigen discipline, en **iedereen solidair en flexibel samenwerkt vanuit een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid**. Het huidig prestatie- en financieringsmodel voedt nog te veel het concurrentiedenken, terwijl het moet gaan over geïntegreerde zorg en ondersteuning over de schotten heen.



*Om dit te realiseren is een **aanpassing van het huidig prestatiemodel** noodzakelijk, waarbij **collectieve belangen en uitkomsten via samenwerking** vergoed worden.*

6. Proactieve zorg: preventief, aanklampend, outreachend en doelgroepgericht

Kwetsbare doelgroepen kregen onvoldoende aandacht tijdens de pandemie, terwijl net zij extra ondersteuning behoeven. Breed inzetten op populatiemanagement betekent ook kwetsbare groepen proactief gaan vinden. Outreachend en aanklampend werken kan ook op de eerste lijn. Tijdens COVID zagen we **een enorm potentieel aan capaciteit en engagement vanuit de burgers en vrijwilligers**. Via kleinschaligheid en nabijheid werd buurtzorg concreet; deze vermaatschappelijking van zorg moet nu vastgehouden en verduurzaamd worden.

*Er moet ingezet worden op **gemeenschapszorg** (“integrated community care”). Schaal goede bestaande praktijken op en erken het belang van burgerinitiatieven. Er is nood aan ondersteuning van informele zorg- en welzijnsactoren, die bovendien expliciet geïntegreerd moeten worden in het zorg- en welzijnsmodel. De ondersteunende rol van de mantelzorger, die zo belangrijk is gebleken tijdens de crisis, verdient meer erkenning. Een specifieke aanpak voor zorgmijders moet worden uitgewerkt, waarbij het aanbod is aangepast aan hun noden.*

7. Luisteren naar en rekening houden met het perspectief van de gebruiker

Nog te vaak merken we dat de gebruiker niet wordt geconsulteerd, ook en vooral niet tijdens een pandemie. Chronische patiënten ontbeerden reguliere zorg, bezoekrecht werd geweigerd, kwetsbare doelgroepen (residenten beschut wonen, instellingen voor personen met beperking, jeugdhulp, ...) werden grotendeels in de steek gelaten, het levenseinde was vaak schrijnend eenzaam. Alle goede bedoelingen ten spijt, heeft men nagelaten om de gebruiker te consulteren en zijn kennis en noden mee te nemen in een **persoonsgerichte aanpak**, met de realisatie van de levensdoelen van de betrokkenen als centraal uitgangspunt.

Het centraal zetten van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood moet meer zijn dan een ijdel credo, maar concreet in daden worden omgezet. Het is geweten dat samenwerking met de bevolking helpt bij onderzoek, plannen, opleveren en evalueren van inzichten en ideeën op maat van specifieke doelgroepen. We vragen dat de overheid de middelen en randvoorwaarden creëert zodat ervaringsdeskundigheid kan ingezet worden om collectieve antwoorden te verschaffen.

8. Stimulerend beleid voor innovatieve zorgvormen

Al tijdens de eerste golf namen eerstelijns werkers spontaan en met grote gedrevenheid hun rol én extra taken op. Het werkveld heeft niet gewacht op aangepaste regelgeving en financiering om via **innovatieve zorg en samenwerking** te doen wat moest gebeuren. Tele- en videoconsultaties deden hun intrede op grote schaal, personeel werd gedeeld en nieuwe samenwerkingsverbanden werden opgezet. De eerste lijn wenst deze nieuwe functies, structuren en rollen te bestendigen en te integreren in de reguliere zorg.

*We vragen aan de overheid om als **accelerator voor innovatie** op te treden. Zorg voor ‘democratische’ regelluwte, voorzie in een innovatiebudget, evalueer en consolideer zonder te veel regels op te leggen en pas regelgeving aan om vernieuwde zorg en zorgvormen volop kansen te geven en doordacht op te schalen.*



9. Iedereen digitaal in 1 taal

Geïntegreerde zorg en ondersteuning vereist communicatie en uitwisselbaarheid van persoonsgebonden data die raadpleegbaar zijn voor elke zorg- en hulpverlener én de burger. Er zijn al stappen gezet rond gegevensdeling, maar **een gedeeld gebruikersdossier** waarin elke beroepsgroep digitaal werkt, is noodzakelijk voor een performante transmurale samenwerking. De ontwikkeling van een systeem voor interoperabiliteit met universele registratie, classificatie en gedeelde instrumenten (BELRAI, levensdoelen, International Classification of Functioning, International Classification of Primary Care...) maakt dat iedereen uniform en volgens gedeelde doelstellingen werkt.

We roepen de overheid op snel werk te maken van één gedeeld digitaal gebruikersdossier. In overleg met de actoren dient te worden bepaald welke informatie gedeeld moet worden en een concrete tijdslijn worden opgemaakt. Het gebruikerscomité Vitalink moet omgevormd tot een comité dat de transitie naar een gedeeld gebruikersdossier begeleidt.

10. Aantal generieke competenties voor alle zorgverleners

Tijdens een crisis waarbij het alle hens aan dek is, moeten zorgverstrekkers en hulpverleners maximaal kunnen worden ingezet. Met name in een sector waarbij schaarste ook in normale omstandigheden al een probleem is. Nochtans zagen we dat er in de crisis duidelijk onevenwicht was in workload: sommigen waren overbelast, anderen hadden door de omstandigheden onvoldoende werk. Idealiter beschikt elke beroepsgroep over een aantal **generieke basiscompetenties opdat taken kunnen worden gedeeld**.

Om capaciteitsversterking in zorg en ondersteuning te realiseren (zeker tijdens een gezondheids crisis), zijn ingrepen nodig. Het idee om bepaalde zorg- en welzijnsaktes strikt toe te wijzen aan selecte beroepsgroepen is achterhaald, en moet worden herzien in functie van optimale resultaten voor de persoon met zorg- en ondersteuningsnoden. Opleidingen waarin generieke competenties worden aangeleerd, naast de beroepsspecifieke kennis, kunnen door opleidingscentra worden uitgewerkt.

11. Vernieuwd vaccinatiebeleid

Om te vermijden dat (kwetsbare) mensen met griepcomplicaties en luchtwegeninfecties de hoognodige bedden voor corona innemen, zal een **brede vaccinatie voor griep en pneumokokken** in het najaar nodig zijn.

Er moeten voldoende vaccins beschikbaar zijn, alsook voldoende vaccinatoren om dit bij de bevolking te kunnen toedienen. Dit geldt nog meer voor een toekomstige **COVID-vaccinatie**, waarbij een grote groep in snel tempo moet ingeënt worden. De niet te miskennen stem van de anti-vaxxers vormt hierbij een mogelijke bedreiging, en sensibilisatie bij de bevolking is nodig.

Er moet dringend proactief, samen met de betrokken stakeholders, een aangepast griep-, pneumokokken- en COVID-19-vaccinatiebeleid worden uitgewerkt dat in de nodige menskracht en procedures voorziet om breed en snel te kunnen vaccineren. Kostendrempels, zoals voor het pneumokokkenvaccin, moeten verwijderd worden.

12. Sociale kaart

Om actief te kunnen doorverwijzen en om de noden en het zorg- en ondersteuningsaanbod op lokaal niveau te kunnen afstemmen, is het cruciaal dat men weet wie er in de eigen regio actief is als zorgverstrekker of hulpverlener. Er zijn in die zin al stappen gezet via inventaris op de



sociale kaart. De crisis heeft echter pijnlijk blootgelegd dat de sociale kaart in zijn huidige vorm niet voldoet. Het databestand is niet up-to-date en geeft geen goed beeld over wie waar actief is. De overheid moet prioriteit maken van het in kaart brengen van het aanbod (kwalitatief en kwantitatief) in de eerste lijn. Ook praktijkregistratie ontbreekt (waar en met wie werkt men samen). Het werkveld vraagt dringend een **degelijk en gestructureerd, dynamisch kadaster met kwaliteitscontrole.**

Om dit te realiseren kan men actie ondernemen op meerdere niveaus: maak registratie verplicht van actieve en erkende zorg- en hulpverleners, activeer deze opdracht van de zorgraad als prioritair en maak het operationeel op niveau van de overheid. Ook organisaties en groepen van informele zorgverstrekkers en hulpverleners moeten lokaal in kaart gebracht worden.