



Huis voor Gezondheid
draagt ZORG in Brussel

Strategisch plan

ZORG DRAGEN IN BRUSSEL 2011-2015

INHOUD

Inleiding.....	4
Omgevingsanalyse	5
Gezondheidszorg in België	5
1. Aanbodgestuurd ipv een behoeftegestuurd beleid.....	5
2. Te weinig focus op de gehele zorgketen	5
3. Eerste en tweede lijn strijden met ongelijke middelen	5
4. Een gebrek aan cijfermateriaal over zorgactiviteit en type zorgverleners in de eerste lijns- gezondheidszorg in Brussel.....	6
5. specifiek Brusselse problematieken	7
6. Brussel en de rand	9
Toekomst: Naar een nieuwe zorgcontext	11
Huis voor Gezondheid 2010 - 2015	14
Ontstaan en evolutie.....	12
Visie en missie	12
Doelpubliek	13
Expertisedomeinen en Kernfuncties	13
De basis van het Huis voor Gezondheid.....	15
Sterkten.....	15
Zwakten.....	15
Opportunities	15
Bedreigingen	15
Strategische Doelstellingen.....	15
Strategische doelstelling 1: Eerste lijn ondersteunen en structureren.....	17
Strategische doelstelling 2: Informeren van en netwerking stimuleren tussen beroepsgroepen, tussen welzijn en gezondheid.....	18
Strategische doelstelling 3: Multidisciplinaire zorg eenvoudig, duidelijk en patiëntgericht maken. Professionals pragmatisch ondersteunen in het optimaliseren van hun samenwerking	19

Strategische doelstelling 4: Drempels tot zorg wegwerken – correct gebruik van gezondheidszorg stimuleren	21
Strategische doelstelling 5: Zorgen voor voldoende instroom van tweetalige zorgverleners in de Brusselse zorg - werken in de brusselse zorg promoten.....	22
Strategische doelstelling 6: Taal in de zorg	25
Strategische doelstelling 7: Zorgzoeker verder uitbouwen en promoten als communicatie- en informatieplatform	26

INLEIDING

Het Huis voor Gezondheid zag op 1 januari 2010 het licht. De aankondiging dat de projecten Pro Medicis Brussel, ZORGNET en “Coördinatie Gezondheidszorg” hun werking verankerd zouden zien, werd in 2010 realiteit. Het Huis voor Gezondheid is geen sleutel op de deur concept: het is een zorgvuldig uitgedachte en op maat gemaakte oplossing voor een aantal uitdagingen in de Brusselse gezondheidszorg.

Het strategisch plan 2011 – 2015 wil u graag wegwijs maken in het Huis voor Gezondheid. Het start met een omgevingsanalyse die de lezer inwijdt in de context waarbinnen het Huis gebouwd werd: de Brusselse gezondheidszorg, haar kenmerken, spelers en de resultaten van de projecten die aan het Huis voor Gezondheid vooraf gingen. Het is een kritische analyse die pijnpunten bloot legt, maar ook kansen formuleert.

Vervolgens gunnen we u een blik op de missie en visie van het Huis voor Gezondheid: ze staat garant voor een consistent verhaal dat op lange termijn de essentie van het Huis voor Gezondheid bewaakt én een antwoord biedt op de kernelementen uit de omgevingsanalyse. Op basis van de visie en missie worden achtereenvolgens het doelpubliek, de functies en de methoden van het Huis voor Gezondheid aangeboord. Het Huis voor Gezondheid wil hiermee de verwachtingen scherp stellen: op zich zijn gezondheidszorg en Brussel dermate uitgebreide en complexe begrippen dat hoe dan ook enige verduidelijking gepast is.

Het strategisch plan sluit af met strategische en operationele doelstellingen. De strategische doelstellingen formuleren de aandachtsgebieden voor de volledige periode 2011 – 2015. Ze worden elk verantwoord en gekaderd binnen de missie en visie van het Huis voor Gezondheid. De vertaling van deze uitdagingen op middellange termijn naar jaarlijkse actieplannen gebeurt in de operationele doelstellingen. De strategische en operationele doelstellingen bieden de mogelijkheid om de werking van Huis voor Gezondheid te evalueren en bij te sturen.

Het team van het Huis voor Gezondheid hoopt dat dit strategisch plan uitnodigend werkt: het moet de medewerkers enthousiast maken, inspiratie geven aan de Brusselse zorgverleners en hun organisaties, en ultiem de Brusselse patiënt een antwoord bieden op de behoeften die hij kent.

Prof Dr Jan Peers,
Voorzitter



Dr Caroline Verlinde,
directeur



1. AANBODGESTUURD IPV EEN BEHOEFTEGESTUURD BELEID

De Belgische gezondheidszorg is historisch opgebouwd vanuit een sturing van het zorgaanbod. Wetgeving rond gezondheidszorgberoepen, ziekenhuizen en andere residentiële zorginstellingen staan centraal in ons gezondheidszorgsysteem. In de regel vertrekken projecten en initiatieven van de organiserende overheden vanuit eenzelfde aanbodgestuurde paradigma. Het kan actueel niet anders: de eigenlijke zorgbehoefte van de bevolking – welk ook het regionale perspectief is – blijft een goed bewaard geheim. De aanbodgestuurde zorg weegt op de betaalbaarheid en kwaliteit van de Belgische gezondheidszorg:

Door onvoldoende kennis van de behoefte van de bevolking in het algemeen en van bepaalde regio's in het bijzonder, of het onvoldoende inspelen op gekende behoeften, wordt voor sommige diensten overconsumptie geïnduceerd (bijvoorbeeld door onbeperkte en ongecontroleerde toegang tot gespecialiseerde geneeskunde), voor andere een onderconsumptie (bijvoorbeeld voor psychologische problemen: depressie, vereenzaming etc) en een inefficiënt gebruik van middelen (dubbele onderzoeken, onvoldoende subsidiariteit, ...).

2. TE WEINIG FOCUS OP DE GEHELE ZORGKETEN

Actueel overheerst een acuut zorgmodel de Belgische gezondheidszorg. Acute zorg is de zorg die ad hoc en vrijwel onmiddellijk geconsumeerd kan worden. Acute zorg tracht een antwoord te bieden op zorgvragen die zich beperken tot een bepaalde periode, een bepaald specialisme, soms zelfs een bepaald orgaan. Niet enkel de zorgsector denkt binnen dit zorgmodel, ook patiënten zijn vragende partij voor een "acuut probleem - onmiddellijke oplossing" principe. Het staat vast dat een acuut zorgmodel noodzakelijk, maar onvoldoende is.

Acute zorg induceert onzichtbare maar reële verticale barrière tussen gezondheidszorgprofessionals en hun instellingen. De Belgische gezondheidszorg treedt in gespreide slagorde op: segregatie en moeilijke communicatie tussen eerstelijnszorg, specialistische tweedelijns- en supergespecialiseerde derde en vierdelijns geneeskunde; tussen huisartsen en specialisten; tussen verschillende beroepsgroepen onderling zijn publieke geheimen. Het financieringssysteem werkt die fragmentatie sterk in de hand: een systeem van vergoeding per prestatie deelt de verzorging op in aparte stukjes en rafelt een zorgketen uiteen tot een reeks afzonderlijke, individuele verrichtingen van een reeks afzonderlijke, individuele verstrekkers.

Zowel in de eerste en tweedelijnszorgverlening, als vanuit het beleid in het algemeen, wordt er nog veel te weinig aandacht besteed aan de mogelijkheden van preventie van aandoeningen en de belangrijke rol die de patiënt hierin speelt. Gezondheidsvoorlichting en opvoeding, vaccinatie, screening en secundaire preventie bieden vaak een hogere meerwaarde dan behandeling. Naast een ondergebruik van preventieve middelen, worden problemen vaak gemedicaliseerd. Welzijns- en onderwijsproblematieken eindigen nog al te vaak in medische handelingen.

3. EERSTE EN TWEDE LIJN STRIJDEN MET ONGELIJKE MIDDELEN

De betere financiële toegankelijkheid van de 2^e lijn, de schaalgrote en dus betere zichtbaarheid, de mogelijkheid voor subsidies voor aankoop van gebouwen, ... Institutionele gespecialiseerde zorgverleners beschikken over meer ondersteunende bestaffing – verpleegkundige en paramedische middelen, maar ook juridische, economische, ICT en managementexpertise.

Eerstelijnsorganisaties krijgen geen of onvoldoende middelen om zich professioneel te organiseren en een representatieve (lokale) kringwerking uit te bouwen. Al te vaak worden eerstelijnszorgverleners bijkomende taken opgelegd die niet of onvoldoende gecompenseerd worden. Bovendien ontbreken tot op heden de nodige financiële incentives om zorgverleners uit de eerste lijn van verticaal gestructureerde silo's te laten "kantelen" naar een horizontale zorgorganisatie. Initiatieven die hierop een antwoord zouden kunnen bieden (SEL, GDT) boeken voorsnog onvoldoende resultaat door een te beperkte focus en/of te grote afhankelijkheid van de goodwill van lokale zorgverleners en -organisaties.

4. EEN GEBREK AAN CIJFERMATERIAAL OVER ZORGACTIVITEIT EN TYPE ZORGVERLENERS IN DE EERSTE LIJN

Uit verschillende internationale rapporten en aanbevelingen blijkt dat inzetten op een sterke eerstelijnsgezondheidszorg meer garantie biedt op kwaliteit en betaalbaarheid van zorg en zorggarantie voor een zo breed mogelijke doelgroep. Afwezigheid van projecties van zorgbehoefte in het algemeen en beperkte beschikbaarheid van cijfermateriaal over welke zorg er in welke mate in de toekomst zal nodig zijn, maken het moeilijk om een doelgericht eerstelijnsbeleid uit te tekenen. Toch zullen gezien het aangetoonde belang van de eerstelijns, initiatieven genomen moeten worden om de eerstelijnsgezondheidszorg toekomstgericht uit te bouwen en elke burger de garantie op kwalitatieve en toegankelijke gezondheidszorg te bieden.

GEZONDHEIDSZORG IN BRUSSEL

5. SPECIFIEK BRUSSELSE PROBLEMATIEKEN

1. De institutionele context belemmert een gericht gezondheidsbeleid

In Brussel zijn verschillende overheden bevoegd voor gezondheid: naast het Federale niveau zijn drie gemeenschapscommissies bevoegd voor gezondheid: de Vlaamse (VGC), de Franse (Cocof) en Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC= COCOM). Daarnaast heeft elk van de 19 Brusselse gemeenten een eigen OCMW en gemeentelijke gezondheidspolitiek, vaak als (mede)eigenaar van institutionele zorg. Het Hoofdstedelijk Gewest is indirect betrokken via de Hoofdstuk XII constructie voor de Iris – ziekenhuisgroep. Dit zorgt voor een erg complex Brussels gezondheidslandschap. Bovendien is er een totaal gebrek aan coördinatie tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus. Op het terrein betekent dit dat (1) voor preventie, eerstelijnszorg en erkenning van bepaalde gezondheidsdiensten en -instellingen (de gemeenschapsbevoegdheden mbt gezondheidszorg) initiatieven genomen worden zonder rekening te houden met de initiatieven van de andere gemeenschap op hetzelfde grondgebied (cfr borst- en colonkankerscreening, vaccinatiebeleid, zorgverzekering ...), (2) diensten erkend maar niet geprogrammeerd kunnen worden (gewestbevoegdheid), (3) samenwerking die decretaal opgelegd wordt met bepaalde diensten erkend door bepaalde gemeenschappen onmogelijk is omdat er geen of quasi geen aanwezig zijn met dat type erkenning (cfr dagverzorgingscentra, centra kortverblijf, woonzorgcentra met Vlaamse erkenning, ...) De verschillende reglementeringen voor gelijksoortige initiatieven al naargelang het over Vlaams, GGC of COCOF erkende instellingen of diensten gaat, geven aanleiding tot een gezondheidszorg met 3 maten en 3 gewichten. Hierdoor zijn uniforme kwaliteitscriteria niet afdwingbaar en kan het voorgestelde organisatiesysteem in Brussel leiden tot “escapisme”: de zorgverlener of zorgorganisatie sluit zich aan bij het systeem dat best past bij zijn voorkeuren. Het vooruitstrevende en kwaliteitsvolle karakter van de opgesomde initiatieven kan aldus tot het omgekeerde leiden en een gepast antwoord op de behoeften van de Brusselaar in de weg staan.

Slechts weinig pogingen worden genomen om te komen tot afstemming van de verschillende beleidsintenties en -interventies van de verschillende bevoegde overheden. De verschillende adviesraden zouden hierin een rol kunnen spelen maar dit is tot op heden niet het geval.

Het gevolg is ook dat zorgverleners en zorgvragers onvoldoende het aanbod kennen, zeker indien het een aanbod van de andere gemeenschap betreft wat aanleiding geeft tot ondermaatse zorg, oneigenlijk en inefficiënt gebruik van het gezondheidsaanbod.

2. Specifieke zorgnoden in Brussel

De Brusselse bevolking verschilt op verschillende vlakken van andere gewesten en grootsteden.

Brussel kent een **zeer jonge bevolking**, waarvan de gemiddelde leeftijd nog afneemt: het aantal geboorten ligt hoger dan het aantal sterfgevallen. Bij bijna de helft van de Brusselse geboorten heeft de moeder niet de Belgische nationaliteit.

Het **multiculturele karakter** van het Brussels Gewest neemt nog toe: Brusselaars van vreemde origine vormen een steeds groter aandeel van de bevolking, maar zij vormen geen homogene groep. De verschillende etnische groepen hebben significante verschillen in mortaliteit en morbiditeit voor de meest voorkomende doodsoorzaken (dit soms in positieve en elders in negatieve zin). Ook het gebruik van gezondheidszorg verschilt in functie van de nationaliteit: zo ligt het percentage Brusselse mannen en vrouwen die geen vaste huisarts hebben significant hoger bij de Europeanen en de Marokkanen dan bij de Belgen.

Meer dan een op de vier Brusselaars leeft onder de **armoederisicogrens*** en het aantal mensen met een leefloon* of met een gehandicaptenuitkering blijft stijgen. De werkloosheid blijft hoog, in het bijzonder bij de jongeren. Hoewel een groot deel van de bevolking in sociaal moeilijke omstandigheden leeft, trekt het Gewest ook hooggeschoolde jongvolwassenen aan. De bevolkingscategorie van de 50-plussers heeft gemiddeld een hoger opleidingsniveau dan het nationale gemiddelde. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is een stadsgewest met scherpe sociaal-economische tegenstellingen. Tot de 19 Brusselse gemeenten behoren de drie gemeenten met het laagste fiscale inkomen per inwoner van het land, terwijl slechts vijf gemeenten zich boven het nationaal gemiddelde bevinden. Zelfs binnen elke gemeente zijn de sociaal-economische verschillen zeer uitgesproken. De sociale status is een belangrijke gezondheidsbepalende factor, zo is bv het verschil in foeto-infantiele mortaliteit tussen de armste en de meest welstellende sociale klassen tussen de periodes 1998-2002 en 2003-2007 groter geworden (het relatieve risico is gestegen van 2,1 naar 2,3).

Met deze grootstedelijke en specifiek Brusselse behoeften wordt nog veel te weinig rekening gehouden. Bovendien werden de gevolgen van de specifieke Brusselse demografie op de zorgnoden en gezondheidsproblemen nog te weinig in kaart gebracht: bv wat is het aantal diabeten in Brussel rekening houdend met de grotere prevalentie bij de mediterrane bevolking, is een specifiek/meer doorgedreven suïcidepreventiebeleid ten aanzien van de grote groep van vereenzaamde Brusselaars nodig, is er voldoende aandacht voor intra familiaal geweld, wat met perinatale sterfte, manifest ondergebruik van thuiszorg, hoe omgaan met verschillende verwachtingen en consumptiepatronen van andere culturen tav zorg, is de programmatie van gezondheidsopleidingen in Brussel voldoende aangepast aan huidige en toekomstige zorgnoden in Brussel, ...

3. Onevenwicht tussen zorgaanbod en zorgvraag

3.1. Overaanbod aan 2e lijn, ondergebruik van 1e lijn

Wat betreft aanbod en verbruik van gezondheidszorg onderscheidt Brussel zich van andere regio's en grootsteden door een uitgebreid zorgaanbod, een laag aantal huisartsconsultaties, een verhoogd gebruik van ambulante specialistische zorg en een uitgesproken hoog aantal hospitalisaties in universitaire ziekenhuizen. Brussel beschikt nochtans over het hoogste aantal huisartsen per 10.000 inwoners maar deze huisartsen hebben jaarlijks het laagste aantal contacten per inwoner en per huisarts en het laagste aantal GMD's. In het Brussels Gewest wordt minder beroep gedaan op thuiszorg maar wordt vaker een beroep gedaan op tandverzorging, rusthuizen, specialisten en ziekenhuizen dan in de rest van het land. Het gemiddeld aantal contacten met een specialist per jaar en per persoon ligt in Brussel een stuk hoger dan in de rest van het land en in Brussel worden deze significant minder geïnitieerd door verwijzing van de huisarts. Deze gegevens worden bevestigd door de vaststellingen in de gezondheidsenquête van 2004: een lager percentage van de bevolking heeft een vaste huisarts en Brusselaars gaan beduidend minder vaak naar de huisarts, zelfs in vergelijking met inwoners van andere grote Belgische steden.

3.2. Afwezigheid van een afdwingbare taalwetgeving

In Brussel zouden alle zorginstellingen een tweetalige dienstverlening moeten hebben. Momenteel is dit enkel een verplichting voor openbare zorginstellingen (de IRIS-groep), maar theorie en praktijk liggen spijtig genoeg ver uit elkaar ondanks verschillende pogingen om deze schendingen in taalwetgeving bij de bevoegde instanties aan te kaarten. Wat de private zorginstellingen betreft is een tweetalige dienstverlening een morele verplichting, gezien hun bicommunautair statuut, maar geen afdwingbaar feit.

Er bestaat geen taalreglementering in de Brusselse eerstelijnsgezondheidszorg. Slechts een klein percentage van de eerstelijns werkers is Nederlandskundig.

Er is een gebrek aan cijfers voor wat betreft de talenkennis van de zorgverleners om een gericht beleid uit te stippelen. Er leeft in elk geval de perceptie van een tekort aan tweetalige huisartsen in de eerste lijn en tweetalige verpleegkundigen in 1e lijn, ziekenhuizen en woon- en zorgcentra. Openstaande vacatures bevestigen deze perceptie.

3.3. Tekort aan beroepsgroepen

De sectoren welzijn en gezondheid zijn in volle ontwikkeling in Brussel. Er is een groeiende vraag naar personeel. De zorginstellingen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest klagen over recruiteringsproblemen. Cijfers over ziekenhuisverpleegkunde spreken van een personeelstekort van 1841 FTE verpleegkundigen tegen 2015, en 2121 FTE in 2020. Voor huisartsen tonen de meest recente cijfers van het RIZIV op gewestniveau geen tekort aan huisartsen. Wanneer de analyse per gemeente wordt overgedaan, blijkt de norm van 90 huisartsen per 100.000 inwoners niet gehaald in 8 gemeenten. Sint Joost ten Node spant de kroon met slechts 22 huisartsen per 100.000 inwoners. Deze cijfers maken geen onderscheid naar taalgroep van de huisartsen. Er zijn 78 huisartsen aangesloten bij de Nederlandstalige kring actief in Brussel. 54 hiervan neemt deel aan de officiële Nederlandstalige wachtdienst. 34,5% van de actieve Nederlandstalige huisartsen is ouder dan 55 jaar, 61,5% is ouder dan 50 jaar. Binnen dit en 10 jaar betekent dit dus een halvering van het aantal actieve Nederlandstalige huisartsen in Brussel. Een analyse van de Nederlandstalige Zorgzoekerdatabank toont alarmerende cijfers voor: optometristen (0), pedagogen (0), ergotherapeuten (2), podologen (2), diabeteseducator (4), logopedisten (6) en vroedvrouwen (13).

Problemen met mobiliteit en veiligheid, lager inkomen (perceptie of realiteit?), duurdere immobiliënmarkt, multiculturele populatie die constante aanpassing van de zorgverlener vergt, nood aan meertalige zorgverleners ... zijn uitdagingen waar momenteel geen of quasi geen compensaties tegenover staan. Deze situatie zorgt ervoor dat buiten Brussel werken veel makkelijker is en slechts enkelingen specifiek voor Brussel als werkplek kiezen. Verder onderzoek van in- en uitstroom van gezondheidszorgprofessionals is noodzakelijk om meer gefundeerde uitspraken te kunnen doen over de arbeidsmarkt in de Brusselse gezondheidszorg.

6. BRUSSEL EN DE RAND

Brussel en de Rand worden beleidsmatig opgedeeld maar naar gezondheidsnoden en -dienstverlening hebben ze veel gemeen en kennen ze gelijkaardige problemen: overaanbod aan 2^e lijn, ondergebruik 1^e lijn, armoede, verfransing, allochtone aanwezigheid,...

Zorgvragers uit de Vlaamse Rand zijn vaak op Brussel aangewezen voor specialistische zorg. Ongeveer een derde van de ziekenhuispatiënten komt uit de Rand. Brusselse zorgvragers zijn vaak op de Rand aangewezen voor bepaalde eerstelijnszorg (logopedist, diëtist, psycholoog,...).

Zorgverleners werkzaam in de Brusselse gezondheidszorg, wonen vaak in de Rand. Het werkingsgebied van een zorgverlener is niet gebonden aan gewestgrenzen. Een zorgverlener uit de Rand/Brussel heeft patiënten van zowel binnen als buiten Brussel.

Het HvG richt zich daarom op Brussel maar daar waar functioneel ook op de Rand en werkt nauw samen met partners uit de Rand. Dit betekent dat het Huis voor Gezondheid complementair werkt aan bestaande organisaties uit de Rand en zoveel mogelijk tracht samen te werken om een geïntegreerd en globaal gezondheidsbeleid voor Brussel en de Rand te bewerkstelligen.

Concreet houdt dit onder meer in dat Zorgzoeker ook de eerstelijnszorgverleners en welzijns- en gezondheidsorganisaties, uit de Rand opneemt en ontsluit. Ook de activiteiten, nieuwsitems en jobs van deze organisaties en personen wordt op Zorgzoeker geplaatst. Er wordt nauw samengewerkt rond zorgpaden en zorgtrajecten

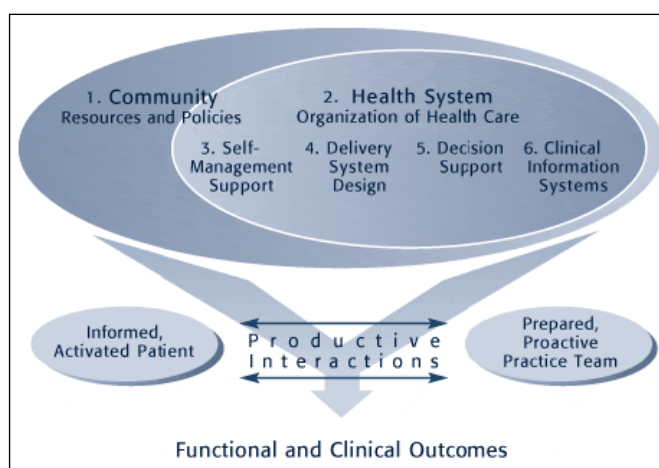
met de partners uit de Rand. Het H-team bezoekt ook de secundaire scholen uit de Rand en zorgverleners uit de Rand worden uitgenodigd op evenementen van het Huis voor Gezondheid.

De eerder aangegeven druk op betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg heeft een verschuiving naar een nieuwe zorgcontext tot gevolg. Er bestaat actueel een spanning als gevolg van een botsing tussen een zorgaanbod dat gebaseerd werd op acute zorg en de zorgbehoeften die verschuiven naar meer chronische zorg. Het bestaande acute zorgmodel beantwoordt niet (meer) aan de huidige zorgbehoeften^{1, 2}. Een verschuiving naar een chronisch zorgmodel is noodzakelijk. Daarom wordt zowel nationaal als internationaal gezocht naar andere manieren om gezondheidszorg te organiseren en structureren om aan deze nieuwe zorgnoden te beantwoorden op een manier die betaalbaarheid is en tegelijkertijd een toegankelijke en kwalitatieve zorg waarborgt.

Het Chronic Care Model (CCM) biedt een op evidentie gebaseerd conceptueel kader om met deze nieuwe zorgbehoeften om te gaan³. Het model beschrijft verbetervoorstellen voor het gezondheidszorgsysteem die kunnen helpen om de kwaliteit van zorg voor patiënten met chronische aandoeningen te waarborgen. Het model wordt weergegeven in Figuur 1.

Het Chronic Care Model gaat uit van zes noodzakelijke componenten om te komen tot een geïnformeerde patiënt die een actieve relatie aangaat met zijn voorbereide en proactieve zorgteam:

1. Community resources en policies (beleid en beleidsmiddelen)
2. Health care organisation of health system (organisatie van de gezondheidszorg)
3. Self management support (ondersteuning van zelfzorg)
4. Delivery system design (organisatie van het zorgproces)
5. Decision support (beslissingsondersteuning)
6. Clinical information system (klinische informatiesystemen)



Figuur 1: het Chronic Care Model. Bron: J.E. EPPING - JORDAN (2004) .

In dergelijk model is er een sterke en coherente eerste lijn die de patiënt ondersteunt in (zelf)zorg, gebaseerd op wetenschappelijke beslissingsondersteuning en performante klinische informatie- en communicatiesystemen. Een chronisch model focust meer nog dan een acuut model op transmurale zorg en de goede multidisciplinaire samenwerking die daarbij een vereiste is. De centrale rol van de huisarts in de samenwerking met collega-specialisten en andere zorgverleners wordt er enkel door versterkt. Regionale, nationale en internationale Initiatieven als zorgpaden, zorgplannen en zorgtrajecten zijn methoden om tegemoet te komen aan de opgesomde uitdagingen. Structuren zoals de lokale multidisciplinaire netwerken, de SEL's (SamenwerkingsInitiatieven Eerste Lijn) en middelen zoals de elektronische medische dossiers, beveiligde elektronische communicatie tussen zorgverlener worden ontwikkeld om de transmurale zorg en communicatie te ondersteunen.

¹ T. BODENHEIMER, E. H. WAGNER, en K. GRUMBACH, Improving primary care for patients with chronic illness in *JAMA: the journal of the American Medical Association* 288, (2002), 14.

² S. PRUITT, J. A. EPPING-JORDAN, en S. ANNANDALE, *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report*, World Health Organization, 2002.

³ E. H. WAGNER, C. DAVIS, J. SCHAEFER, M. VON KORFF, en B. AUSTIN, A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? in *Journal of Nursing Care Quality* 16, (2002), 2.

ONTSTAAN EN EVOLUTIE

Het Huis voor Gezondheid is ontstaan onder impuls van het project 'coördinatie gezondheidszorg', een project dat tussen 2006 en 2009 zorgverleners en organisaties samenbracht met het oog op meer coördinatie en samenwerking in de Brusselse zorg. Het was een initiatief van de Vlaamse minister bevoegd voor Brussel en kreeg de steun van de Vlaamse Gemeenschapscommissie.

Bij zijn oprichting in 2010 integreert het Huis voor Gezondheid de werking van de vzw's Zorgnet en Pro Medicis Brussel, het project gezondheidscoördinatie van de Brusselse Welzijnsraad, het project H-team en de portaalsite Zorgzoeker. Het krijgt de actieve steun van de Brusselse Huisartsenkring (BHAK), het Brussels Overleg Thuiszorg (BOT), de Brusselse Welzijnsraad (BWR) en het Doktersgild Van Helmont.

Dankzij deze steun werd in 2010 de opstart van het Lokaal Multidisciplinair Netwerk (LMN) Brussel gerealiseerd binnen het Huis voor Gezondheid. Het Huis voor Gezondheid zal op vraag van BHAK en BOT, de zorgtrajecten de volgende 4 jaar via het LMN ondersteunen.

In 2011 worden de middelen van de convenant gezondheid VGC-BWR overgedragen aan het Huis voor Gezondheid en in ditzelfde jaar zullen BWR, BOT, Kenniscentrum Woonzorg Brussel, Home-info, Ado-Icarus en het steunpunt Ouderenmisbehandeling verhuizen naar de Lakensestraat 76 te 1000 Brussel waar een heus Brussels welzijns- en gezondheidshuis zal opgericht worden.

In de periode waarover dit strategisch plan handelt, zal het Huis voor Gezondheid zich verder ontwikkelen en bekend maken. Huis voor Gezondheid wil door werkveld, onderwijs- en zorginstellingen en de overheid erkend worden als neutrale en onmiskenbare expert in het Brusselse gezondheidslandschap en dit dankzij zijn unieke kennis, ervaring en positie. We zullen onze bestaande relaties en samenwerking verder uitdiepen en samenwerking met bicommunautaire instellingen en organisaties trachten aan te halen. De samenwerking met organisaties die zich op de Brusselse eerstelijnsitueringen zoals het Lokaal GezondheidsOverleg Brussel, Kind en Gezin, centra geestelijke gezondheidszorg, ... zal de komende jaren geïntensifieerd worden.

VISIE EN MISSIE

1. MISSIE

Het HvG streeft naar een efficiënte zorgorganisatie met het oog op een kwalitatief zorgaanbod in Brussel, in het bijzonder voor de Nederlandstalige patiënt in Brussel. Hiertoe biedt het HvG ondersteuning aan zorgverleners en organisaties van zorgverleners die in de context van een multiculturele hoofdstad toegankelijke en kwalitatieve zorg willen bieden, gesteund op de globale benadering van de patiënt/cliënt.

2. VISIE

- Het HvG wil gezamenlijke diensten opzetten, afstemming en synergie van de activiteiten van de participerende zorgondersteunende organisaties, grotere efficiëntie door schaalvergroting, afspraken rond gezondheidszorgontwikkeling met de zorgverstrekkers, gezondheidsorganisaties en beleidsinstanties.
- Het HvG functioneert als ontmoetingsplatform voor de gezondheidssector (het virtuele zorgnetwerk) en in samenwerking met de Brusselse WelzijnsRaad, tussen de welzijns- en gezondheidssector. Het Huis voor Gezondheid vzw is het platform voor de verschillende vormen van gezondheidszorg te Brussel en voor de Nederlandstaligen uit de Rand die op Brusselse gezondheidsdiensten en -organisaties beroep wensen te doen.

- Het Huis voor Gezondheid vzw zoekt actief naar samenwerking met alle partners die de visie en missie van het HvG onderschrijven om haar doelstellingen te verwezenlijken, in het bijzonder met de organisaties uit de Brusselse Rand.
- Het Huis voor Gezondheid vzw legt aan de bevoegde overheden en aan de bevolking verantwoording af en is zich bewust van haar maatschappelijke verantwoordelijkheden.

Om zijn missie van voldoende kwalitatief zorgaanbod in Brussel, in het bijzonder naar de Nederlandstalige patiënt te kunnen realiseren, zijn een aantal elementen van cruciaal belang:

- Aanwezigheid van voldoende tweetalige zorgverleners
- toegankelijke zorg zowel fysiek (voldoende ontsloten, vindbaar) als financieel (betaalbare zorg en zorg die gelijkwaardig toegankelijk is)
- zorg die afgestemd is op de noden van de patiënt (patiëntgericht)
- kwalitatieve zorg die kostenefficiënt is

DOELPUBLIEK

De doelgroepen van het HvG zijn de Nederlandskundige zorgverleners en (zorg)organisaties enerzijds en de zorgvragers anderzijds. Met deze doelgroepen wil het HvG in contact zijn, bottum up werken. Door frequente en laagdrempelige contacten en gerichte bevragingen wil het HvG weten waar zij nood aan hebben. Het HvG wil met deze doelgroepen samenwerken/voor hen werken zowel via de beroepsgroepen en organisaties, als via de individuele zorgverlener en zorgvrager.

Het Huis voor Gezondheid verstrekt zelf geen zorgen maar zorgt voor bekendmaking en toegankelijkheid van het Nederlandskundig zorgaanbod in Brussel en de Rand.

EXPERTISEDOMEINEN EN KERNFUNCTIES

EXPERTISEDOMEINEN

Netwerking: samenbrengen van professionals uit de gezondheidssector, uit de gezondheids- en welzijnssector: thematische werkgroepen, gezondheidsmeetings en –debatten

Zorgpaden en –trajecten

Aantrekken en behouden van zorgberoepen: scholieren warm maken voor de zorgberoepen: H-team, stages in de zorg, praktijkondersteuning in de eerste lijn

Inventarisatie en laagdrempelige ontsluiting van welzijns en gezondheidsaanbod: Zorgzoeker

KERNFUNCTIES

Aanspreekpunt voor de Brusselse zorgvragers, zorgverleners en hun organisaties, voor de overheid

Het HvG ontplooit haar activiteiten in nauwe samenspraak met het werkveld en het beleid, wat de gedragenheid en uitvoerbaarheid van onze activiteiten vergroot. Het HvG wil een laagdrempelig aanspreekpunt zijn voor de Brusselse zorgvragers, zorgverleners en hun organisaties. Het HvG is een ondersteunende organisatie en wil zijn activiteiten in nauw overleg met het werkveld ontwikkelen.

Signaalfunctie

HvG wil hiaten en problemen in de zorg detecteren en signaleren aan de overheid en vertalen in concrete en bruikbare aanbevelingen.

Het Huis voor Gezondheid vzw wil de tussenschakel zijn tussen de Brusselse gezondheidswereld en het beleid. Het HvG wil een onafhankelijk forum bieden aan de gezondheidssector voor overleg en samenwerking en hierbij de nodige linken leggen naar belendende sectoren, in het bijzonder de welzijnssector.

Expertisecentrum over en voor de Brusselse zorg

HvG wil expert zijn in het Brussels medisch netwerk, in de medische sociale kaart van Brussel : we beschikken over kennis van zorgvraag en –aanbod. Om deze expertisefunctie te vervullen verzamelen we de beschikbare kennis over de Brusselse zorg, doen we gericht onderzoek daar waar kennis ontbreekt. We stellen onze kennis ter beschikking van partners en externen (via website, infosessies, ...)

Onderzoek

Daar waar onvoldoende informatie beschikbaar is, zal het HvG ook **gericht onderzoek verrichten**

DE BASIS VAN HET HUIS VOOR GEZONDHEID

STERKTEN

- Het HvG is een overkoepelend initiatief dat verschillende krachten en expertises bundelt en ontstaan is uit de nood aan een grotere zichtbaarheid van het Nederlandskundig zorgaanbod in Brussel.
- Financiering op lange termijn, maakt langetermijnplanning mogelijk
- HvG is een initiatief dat door het werkveld ondersteund wordt
- Het HvG werkt bottum-up
- Het HvG beschikt over expertises uniek in de eerste lijn en in de link tussen eerste en tweede lijn
- Het HvG is afgestemd op de Brusselse gezondheidscontext

ZWAKTEN

- We zijn een kleine organisatie (ongeveer 7 FTE in 2010)
- HvG is onvoldoende ondersteund in zake secretariaat en ICT (2010)
- Het HvG kan niet op alle noden inzake Nederlandskundige gezondheidszorg in Brussel ingaan

OPPORTUNITEITEN

- Sense of urgency
- Generatiewissel
- Initiatieven vanuit het beleid zoals de e-Health, de Samenwerkingsinitiatieven Eerste Lijn en Geïntegreerde diensten voor Thuisverzorging, de eerstelijnsconferentie van Minister Vandeurzen
- Ter beschikking stellen van cijfers over regionale gezondheidsbehoeften biedt mogelijkheden om in te spelen op lokale noden
- ICT ontwikkelingen in de gezondheidszorg op Vlaams en Federaal niveau

BEDREIGINGEN

- Onduidelijkheid over waar Vlaanderen met Brussel oa op vlak van gezondheidszorg naartoe wil
- De verwachtingen tav het HvG zijn hoog
- De context waarin in België over gezondheidszorg gedacht wordt is niet aangepast aan de Brusselse multiculturele realiteit
- Het gezondheidsfinancieringssysteem ondermijnt de structurele samenwerking tussen zorgverleners uit verschillende beroepsgroepen
- Escapisme naar het gemeenschapsbeleid dat de minste weerstand biedt (cfr omgevingsanalyse 5.1)

- Moeilijkheid om bij een steeds ouder wordende groep van zorgverleners concepten van zorgvernieuwing in te voeren
- Manifest tekort aan Nederlandkundige zorgverleners
- Zorgverleners schermen met therapeutische vrijheid

7 STRATEGISCHE DOELSTELLINGEN

Elk van de 7 strategische doelstellingen wordt vertaald in verschillende operationele doelstellingen. Indien bij deze laatste geen richtjaar aangeduid werd, betekent dit dat deze operationele doelstelling voor de gehele periode van dit strategisch plan geldt.

STRATEGISCHE DOELSTELLING 1: EERSTE LIJN ONDERSTEUNEN EN STRUCTUREREN

De eerste lijn is weinig gestructureerd maar krijgt ook weinig middelen om zich structureel te organiseren en te vertegenwoordigen. De eerste lijn is bovendien erg divers georganiseerd wat de zichtbaarheid ervan niet ten goede komt zeker in een grootstad als Brussel waar velen niet vertrouwd zijn met ons Belgische gezondheidsstelsel en waar elke gemeente zijn eigen ziekenhuis heeft. Het HvG wil een brug slaan tussen de eerste lijn en de tweede lijn, een duidelijk aanspreekpunt vormen voor beiden en de eerste lijn vertegenwoordigen in overlegorganen teneinde de kwaliteit van de transmurale zorg te bevorderen.

OD 1.1. ZORGEN VOOR EEN BRUSSELS AANSPREEKPUNT VOOR BEROEPSGROEPEN

Bzorgt (Brusselse thuisverpleegkundigen) en BKK (Brusselse kinesitherapeutenkring)

- Zolang lokale kringen van kinesitherapeuten en van thuisverpleegkundigen niet kunnen rekenen op financiële ondersteuning vanuit het beleid, zal het HvG voor Brussel Bzorgt en BKK logistiek en administratief blijven ondersteunen indien deze beroepsverenigingen dit wensen.

Brusselse Huisartsen

- Met BHAK zal nagegaan worden waar synergie mogelijk is: uitwisselen van expertise, logistieke ondersteuning, ... Tegen eind 2012 zullen BHAK en HvG uitklaren of en hoe meer geïntegreerd werken mogelijk is: is een gemeenschappelijke ondersteuning (algemeen secretariaat, statutaire ondersteuning, voor en nazorg voor vergaderingen en bijscholingen, ...) voor alle beroepskringen mogelijk?

Apothekers, tandartsen en vroedvrouwen

- We zullen de wenselijkheid en haalbaarheid van een kringwerking/groepswerking van Nederlands-kundige apothekers, tandartsen en vroedvrouwen onderzoeken in 2013

OD 1.2. VERTEGENWOORDIGING VAN DE EERSTELIJN IN OVERLEGORGANEN MET OVERHEID, ZIEKENHUIZEN, (ZORG)ORGANISATIES ZOWEL OP BRUSSELS, VLAAMS ALS FEDERAAL NIVEAU

**STRATEGISCHE DOELSTELLING 2:
INFORMEREN VAN EN NETWERKING STIMULEREN TUSSEN BEROEPSGROEPEN, TUSSEN WELZIJN
EN GEZONDHEID**

De Brusselse Nederlandskundige zorgverlener komt weinig in contact met zijn collega-zorgverleners. Dit biedt het voordeel dat er geen gevoel van concurrentie is maar heeft het nadeel dat velen relatief geïsoleerd werken en slechts over een klein (verwijs)netwerk beschikken. Dit bleek oa uit de netwerkenquête van PMB uit 2008. Zowel voor het welbevinden van de zorgverlener, als voor de kwaliteit van zorg is het belangrijk dat zorgverleners hun collega's persoonlijk kennen en dat zij geïnformeerd zijn over nieuwe initiatieven in de gezondheids- en welzijnssector.

OD 2.1. HET INFORMEREN VAN DE SECTOR

- gebeurt via gerichte mailings vanuit het Zorgzoekerplatform, via de maandelijkse Zorgzoekernieuwsbrieven en alsook via activiteiten en berichten op de website Zorgzoeker
- in 2011 wordt samen met de BWR, Kenniscentrum Woonzorg Brussel en BOT onderzocht of een gemeenschappelijk Brussels gezondheids- en welzijnstijdschrift of een gemeenschappelijke elektronische nieuwsbrief haalbaar is. Indien het zinvol blijkt zal een format uitgewerkt worden en geïmplementeerd worden in 2012.

OD 2.1. KENNISMAKING EN NETWERKVORMING

- We organiseren multidisciplinaire bijeenkomsten op vraag van de sector: in 2011 zullen we een multidisciplinaire platform wachtdiensten en dringende medische hulpverlening opstarten
- Jaarlijks organiseren we een grote gezondheidsmeeting en gezondheidsdebat gericht naar de brede Brusselse gezondheids- en welzijnssector.
- We organiseren overlegplatforms of -momenten tussen opleidingsinstellingen en zorginstellingen

OD 2.3. SCHAKEL ZIJN TUSSEN WERKVELD EN OVERHEID

- signalen uit het werkveld opvangen, onderzoeken, het beleid informeren
- antwoorden op ad hoc vragen van overheden, actoren uit het werkveld

**STRATEGISCHE DOELSTELLING 3:
MULTIDISCIPLINAIRE ZORG EENVOUDIG, DUIDELIJK EN PATIËNTGERICHT MAKEN.
PROFESSIONALS PRAGMATISCH ONDERSTEUNEN IN HET OPTIMALISEREN VAN HUN
SAMENWERKING**

Het HvG wil de Nederlandkundige zorgverleners uit Brussel en de Vlaamse Rand die patiënten doorsturen naar Brusselse zorgorganisaties ondersteunen in het aanbieden van optimale zorgkwaliteit. Het HvG tracht een continue kwaliteitsverbetering van de geleverde zorg te realiseren door de samenwerking tussen de verschillende zorglijnen en zorgberoepen actief te ondersteunen. Het HvG wil transparant, efficiënt en resultaatgericht werken. Hiervoor pleegt het HvG nauw overleg met de betrokken beroepsgroepen en tracht met hen tot overeenkomsten te komen. Het HvG speelt proactief in op beleidsontwikkelingen die samenwerking (onder welke vorm dan ook) promoten en op onderzoeksprojecten geïnitieerd vanuit verschillende overheden.

Volgende grote prioriteiten worden hierbij geformuleerd:

1. Multidisciplinaire samenwerking eenvoudiger maken

Maak multidisciplinaire samenwerking meer laagdrempelig, gebruiksvriendelijk en oplossingsgericht

2. Multidisciplinaire samenwerking duidelijk maken

Objectiveer, evalueer en verbeter multidisciplinaire zorg in samenwerking met de zorgverlener

3. Multidisciplinaire samenwerking patiëntgericht maken

De Nederlandstalige patiënt uit Brussel en de Rand vormt het vertrekpunt bij multidisciplinaire zorg

4. Professionals ondersteunen in het optimaliseren van de kwaliteit

Ondersteunen van kritische zelfreflectie en het verantwoorden van de activiteiten ten dienste van de zorgverleners

Deze prioriteiten zullen als uitgangspunt gebruikt worden bij het formuleren van de strategie en bijhorende doelstellingen voor de periode 2011-2015. Het hanteren van deze elementen als rode draad op middellange termijn dient de doelgerichtheid van deze strategische doelstelling ten goede te komen. Ze vormen het tastbare eindpunt van de verschillende acties die in de komende jaren voor deze werking zullen genomen worden.

OD 3.1 IN DE PERIODE 2011 – 2015 DE DOELGROEPEN VOOR MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING ACTIEF ONDERSTEUNEN BIJ INTER- EN MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING.

- oprichten of onderhouden van intervisiegroepen per doelgroep om communicatie, partnership en lokaal overleg rond patiëntengroepen te bevorderen. Intervisiegroepen kunnen mono- of multidisciplinair zijn, maar focussen steeds op de zorg voor een bepaalde patiëntengroep.
- voorzien van toegang tot vormelijke vereisten bij multidisciplinaire samenwerking. Voorbeelden zijn: verwijs- en antwoordbrief, elektronisch medisch dossier, e-Health, Zorgzoeker en andere communicatiemiddelen naar doelgroepen, overheden en verzekeringsinstellingen.
- verzamelen, ontwikkelen en aanbieden van beleids- en beslisondersteuning bij de zorg voor een relevant aantal chronisch zorgbehoevenden. De daarbij ingezette middelen zijn richtlijnen, zorgpaden, zorgtrajecten en zorgplannen.

- per patiëntengroep aanbieden van multidisciplinaire opleidingen voor zorgverleners die betrokken zijn in multidisciplinaire zorg. Dit betekent opleidingen organiseren waarin verschillende professionele groepen aan en met elkaar opleiding geven.

OD 3.2 IN DE PERIODE 2011 – 2015 DE INTER- EN MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING VAN DE DOELGROEPEN OBJECTIVEREN OM EVALUATIE VAN DEZE SAMENWERKING MOGELIJK TE MAKEN EN VERBETERACTIES TE IDENTIFICEREN.

- instellen van een meetsysteem voor kwaliteit van zorg en zorgcoördinatie voor prioritaire patiëntengroepen 2013
- Het verwerken van gemeten data tot relevante en interpreteerbare informatie in het kader van multidisciplinaire samenwerking 2013
- Het verzorgen van feedback en verbetervoorstellen gebaseerd op objectief verkregen informatie 2014

OD 3.3 IN DE PERIODE 2011 – 2015 DE PATIËNT OF ZIJN VERTEGENWOORDIGERS ONDERSTEUNEN IN DE INTERACTIE MET ZIJN ZORGVERLENERS.

- Het betrekken van de patiënt of zijn vertegenwoordiger in de intervisiegroepen 2012
- Het betrekken van de patiënt of zijn vertegenwoordiger in de objectivering van multidisciplinaire samenwerking en de daaruit volgende evaluatie en verbeteracties 2013
- Het maximaliseren van zelfzorg via informatie, educatie en beschikbaar zelfzorgmateriaal 2011

STRATEGISCHE DOELSTELLING 4:
DREMPELS TOT ZORG WEGWERKEN – CORRECT GEBRUIK VAN GEZONDHEIDSZORG STIMULEREN

Een kwart van de Brusselse bevolking geeft aan problemen te hebben bij het betalen van basiszorg en deze om die reden uit te stellen. Slechts 18% van de Brusselaar heeft een Globaal Medisch Dossier, huisartsenwachtdiensten worden onderbenut, spoedgevallendiensten worden overstelpt met huisartsenpathologie. Belangrijke internationale rapporten stellen dat een performant gezondheidszorgsysteem staat of valt met een toegankelijke en goed uitgebouwde eerstelijnsgezondheidszorg. In Brussel, meer dan in andere regio's in ons land, is de eerste lijn onvoldoende aanwezig en ondergebruikt.

OD 4.1. EEN VASTE HUISARTS EN HET HEBBEN VAN EEN GLOBAAL MEDISCH DOSSIER (GMD) PROMOTEN:

- sensibiliseringscampagnes bij zorgverleners en publiek organiseren, zo mogelijk ism Franstalige partners. Verschillende strategieën zullen gebruikt worden: een NI-Fr eerstelijnscongres te om het aanbod aan eerstelijnszorg in Brussel in de kijker te stellen, lokale media en nieuwsbladen, via intermediairs (organisaties en zorgverleners), folders, ... 2012

OD 4.2. PROMOTEN VAN HET GEBRUIK VAN DE EERSTELIJNSWACHTDIENSTEN

- In samenwerking met de eerstelijnswachtdiensten (ook Franstalige) wordt er bekeken hoe dit aanbod beter bekend kan gemaakt worden bij de Brusselse bevolking 2011

OD 4.3. FINANCIËLE TOEGANKELIJKHEID VERBETEREN EN CULTURELE DREMPELS DIE TOEGANG TOT ZORG BEPALEN WEGWERKEN

- Het HvG zal zich tussen 2011 en 2015 gaandeweg meer toeleggen op financiële toegankelijkheid van zorg en de culturele drempels die toegang tot zorg bepalen. HvG zal hiervoor samenwerken met partners die hier reeds expertise in opgebouwd hebben zoals BWR, Foyer, BON, zorgvertrekkers die werken in achtergestelde buurten, ... en zal zich voor zijn acties baseren op studies oa vanuit het Observatorium.

OD 4.4. KWETSBAAREN INFORMEREN EN SENSIBILISEREN MBT HUN ROL IN HUN GEZONDHEID

- Het HvG zal ism lokale partners (lokale en regionale dienstencentra, BOT, LOGO, ...) infosessies rond gezondheidszorg in België en Brussel en rond bepaalde gezondheidstopics organiseren naar allochtonen en kansarmen en zal de impact van deze sessies evalueren 2012

OD 4.5. MANTELZORG EN VRIJWILLIGERSWERK

- HvG zal ism met mantelzorgorganisaties nagaan waarom er relatief weinig mantelzorg bestaat in Brussel 2013
- Het HvG zal nagaan of het wenselijk is om meer vrijwilligers in te schakelen in de thuiszorg ikv de vereenzaming van ouderen en de kansarmoede in Brussel 2014

**STRATEGISCHE DOELSTELLING 5:
ZORGEN VOOR VOLDOENDE INSTROOM VAN NEDERLANDSKUNIGDE ZORGVERLENERS IN DE
BRUSSELSE ZORG - WERKEN IN DE BRUSSELSE ZORG PROMOTEN**

Voor meer instroom van Nederlandkundige zorgverleners in de Brusselse zorg kan gezorgd worden door

- scholieren te sensibiliseren om te kiezen voor een zorgberoep
- studenten in de zorgsector te motiveren voor Brussel te kiezen als stageplaats en werkplek
- de 2 taligheid te bevorderen van reeds in Brussel werkzame zorgverleners
- bestaande praktijken meer toekomstgericht te maken
- het creëren van nieuwe multidisciplinaire praktijken die beantwoorden aan de verwachtingen van startende zorgverleners.

Voor deze verschillende doelgroepen gebruiken we verschillende strategieën en methodieken. Deze worden per doelgroep toegelicht in de onderstaande operationele doelstellingen.

Eind 2010 en in de loop van 2011 zal een impactstudie gevoerd worden rond deze strategische doelstelling. We zullen onze eigen acties uit het verleden mbt deze doelstelling, de acties in Vlaanderen en op federaal niveau analyseren. We zullen een literatuurstudie verrichten mbt aantrekken en behouden van zorgverleners en zullen obv de resultaten van deze impactstudie de operationele doelstellingen van strategische doelstelling indien nodig bijstellen.

De impactstudie dient een antwoord te bieden op oa volgende vragen:

- Hoe kan het HvG een reëel zicht krijgen op de behoeften aan Nederlandkundige zorgverleners in Brussel?
- Welke zijn de drempels om in Brussel te komen studeren, te komen werken? Hoe kunnen deze weg-gewerkt worden?
- Wat zijn de acties die door het HvG moeten/kunnen gevoerd worden om te zorgen voor voldoende instroom van tweetalige personeel in de Brusselse zorg?
- Welke doelgroepen worden nu reeds aangesproken of kunnen aangeboord worden als potentiële zorgverleners (werkzoekenden, allochtonen, buitenlanders in Brussel al dan niet zonder wettige verblijfsvergunning, professionals uit het buitenland, ...). Welke zijn hiervoor potentiële valkuilen? Welke acties kan het HvG hierin ondernemen ism oa BON, Actiris, VDAB, Foyer,...

**OD 5.1. VERTEGENWOORDIGING VAN HET HVG IN VLAAMSE, FEDERALE WERKGROEPEN
MBT PROMOTIE VAN DE ZORGSECTOR**

Bv promotie zorgberoepen Vlaanderen ism de zorgambassadeur

OD 5.2. BRUSSELSE SCHOLIEREN WARM MAKEN VOOR ZORGBEROEPEN: H-TEAM

- We organiseren infosessies over zorgberoepen in het Secundair Onderwijs in Brussel en de Rand
- We coachen en vormen de gidsen (ervaringsdeskundigen), superviseren hun werkbelasting, breiden de gidsengroep uit zo nodig

- Gaandeweg zullen we de scope van het H-team verruimen (initieel enkel verpleegkunde) naar medische en paramedische beroepen en zorgberoepen (verzorgende) om de sessies meer op maat van het klasniveau te kunnen aanbieden

OD 5.3. DOCENTEN EN STUDENTEN GEZONDHEIDSZORG UIT BRUSSEL LATEN KENNISMAKEN MET BRUSSEL EN DE BRUSSELSE ZORGSECTOR

- Docenten en studenten in Brusselse onderwijsinstellingen kennen zoals pendelaars, Brussel onvoldoende of niet. Het Huis wil ism de Brusselse hoge scholen, VUB en OPB deze studenten op maat laten kennismaken met het echte Brussel en de Brusselse zorgsector.
- Brusselse hogescholen en universiteiten 'verbrusselen'
 - Docenten informeren over Brussel als werkplek in de zorgsector
 - Stimuleren tot stages in Brussel
 - Brussel sessies (lespakketten uitwerken voor de opleidingen gezondheidszorg)

OD 5.4. STUDENTEN GEZONDHEIDSZORG UIT VLAANDEREN LATEN KENNISMAKEN MET BRUSSEL EN DE BRUSSELSE ZORGSECTOR

- Het Huis wil de stagecoördinatoren uit hogescholen (accent Brussel) en universiteiten informeren over het HvG-aanbod (HvG als geheel bekend maken)
- HvG wil verder bemiddelen tussen onderwijsinstellingen en zorginstellingen voor stageplaatsen en de bestaande relaties verzelfstandigen (U Gent, VUB, KUL), in 2012 trachten we ook UIA te betrekken
- HvG wil zijn activiteiten voor stagiairs in Brussel bekend maken bij de studenten. De stageservice omvat: infotassen, ontmoetingsavonden (wandelingen, infosessies, ...), bemiddeling voor logies en openbaar vervoer, persoonlijk contact met stagiairs die 2 of meer keer in Brussel stagelopen, toeleiden tot de vacatures in Brussel
- Het HvG zal zoeken naar alternatieven voor (de financiering van) transport en logies voor stagiairs: uitbreiding van het netwerk van gastgezinnen en gemeenschapshuizen (goedkoopste formule voor korte verblijven), sensibiliseren van de ziekenhuizen voor logies, overeenkomst met MIVB, Villo voor kosteloos vervoer, ...
- Organiseren van gepersonaliseerde netwerkstages voor 7^{de} jaars geneeskunde (= 1^{ste} jaar HA-geneeskunde) in Brussel.
- Onderzoek naar nood en haalbaarheid van themadagen voor starters in de Brusselse gezondheidszorg 2012-2013
- Onderzoek naar de nood bij hoge scholen en universiteiten voor stages in de Brusselse eerste lijn (huisartsen, thuisverpleegkundigen, ...) en zo nodig zorgverleners hiervoor sensibiliseren 2011
- Nood en haalbaarheid van de Brusselse gezondheidsvacaturebank via Zorgzoeker nagaan 2012
- Nood en haalbaarheid van Interuniversitaire vormingsavond voor stagiairs en stagemesters geneeskunde uit Brussel nagaan 2013

OD 5.5. FRANSTALIGE BRUSSELSE STUDENTEN EN STAGIAIRS

Het tweetalig aanbod kan ook uitgebreid worden door het Nederlandskundig maken van de Franstalige collega's.

- De bereidheid tot het invoeren van (al dan niet optionele) lessen medisch Nederlands in ULB en UCL wordt nagegaan. 2012
- De bereidheid tot het invoeren van (al dan niet optionele) lessen medisch Nederlands in Franstalige Brusselse hoge scholen wordt nagegaan. 2013

OD 5.6. OMVORMING VAN EERSTELIJNSPRAKTIJKEN ONDERSTEUNEN:

Bestaande praktijken moeten meer toekomstgericht georganiseerd worden. Pas dan zijn ze aantrekkelijk voor jonge zorgverleners. Elektronisch medisch dossier, werken met administratieve ondersteuning, met een goed uitgebouwd wachtsysteem, ...

- **Eerstelijnszorgverleners (focus op huisartsen) informeren over de uitgewerkte dienstverlening:** Het ondersteuningspakket kan omvatten: Aanbieden van een omgevingsanalyse, informatie over bestaande subsidiemogelijkheden (Impulso I + II, ...), doorverwijzing naar experts voor infrastructuraanpassingen, voor juridisch advies (contracten, samenwerkingsvormen, ...), voor opstellen financieel plan (fiscalist), communicatieplan (communicatiebureau), begeleiding digitaliseren van de praktijk, aanbod cursus Nederlands voor onthaalpersoneel, aanbod cursus Medisch Nederlands/Frans, ...

OD 5.7. OPRICHTING VAN EERSTELIJNSZORGCENTRA ONDERSTEUNEN

Niet alle eerstelijnspraktijken hebben de mogelijkheid te evolueren naar een toekomstgerichte praktijk. Om de uitstroom van zorgverleners in evenwicht te brengen met voldoende instroom dienen ook nieuwe praktijken opgestart te worden. De toekomstige praktijken zijn multidisciplinaire praktijken waar eventueel ook andere zorg dan louter medische zorg voor handen is. Oa ikv de uitbouw van de woonzorgzones kunnen dergelijke praktijken uitgebouwd worden. HvG volgt de evolutie van de woonzorgzones op en voorziet in terugkoppeling naar potentieel geïnteresseerde zorgverleners.

- De input van het HvG omvat : een voorstudie: oplijsting van de reeds aanwezige zorg in de regio (zorgzoekerdatabank en gerichte bevraging van deze zorgverleners), een behoeftenanalyse van de regio (zorgverleners en zorgvragers), advies bij mogelijkheden tot financiering van dergelijk zorgcentrum en mogelijkheden tot overheidsfinanciering nagaan (VGC, VIPA, VG,...).

Bij het vinden van een mogelijke locatie en potentieel geïnteresseerde zorgverleners wordt het ondersteuningspakket voor eerstelijnspraktijken ingeschakeld (cfr up)

OD 5.8. NEDERLANDSKUNDIG PERSONEEL IN DE BRUSSELSE ZIEKENHUIZEN

- Er wordt nagegaan of het HvG een rol kan spelen bij het onthaal van nieuw Nederlandskundig personeel in Brusselse ziekenhuizen (Aanwezigheid op onthaaldagen van ziekenhuizen, onthaalmoment voor ziekenhuispersoneel, ...)
- er wordt nagegaan welke meerwaarde het HvG kan betekenen bij het samenbrengen van Nederlandskundig personeel uit de verschillende Brusselse ziekenhuizen (bv een avondconferentie voor begeleidingsverpleegkundigen, ...)

STRATEGISCHE DOELSTELLING 6:
TAAL IN DE ZORG

O.D 6.1. HET HVG WIL DE SECTOR, OVERHEID EA BLIJVEN SENSIBILISEREN OVER HET BELANG VAN TAAL IN DE ZORGVERLENING

- De onderwijssector en het beleid sensibiliseren voor het belang van de 2^{de} taal in zorgopleidingen, zeker in de Brusselse opleidingsinstellingen. Er wordt actief gezocht naar mogelijkheden en oplossingen om dit taalbeleid vorm te geven. 2012
- Wetenschappelijke publicaties ivm taal en dienstverlening in de zorg opvolgen en waar mogelijk samenwerken en eigen artikels publiceren.
- Het taalbeleid in de gezondheidszorg in Brussel nagaan alsook hoe dit kan verbeterd worden. Hoe kan de drempel voor de andere landstaal verlaagd worden?

OD 6.2. HET HVG WIL DE HAALBAARHEID VAN DE OPSTART VAN EEN TAALPLATFORM NAGAAN ISM HET HUIS VAN HET NEDERLANDS EN ANDERE MOGELIJKE PARTNERS ZOALS UCL-KUL, VUB-ULB, ...:

- inventaris van het aanbod van ‘medische’ taalcurssussen (NI-Fr) opvolgen en aanbieden aan geïnteresseerde zorgverleners. Dit aanbod zal in 2011 via de website van het HvG kenbaar gemaakt worden.
- Medisch Nederlands:
 - Nood aan aanbod Medisch Nederlands nagaan voor stagiairs, HAIO's en zorgverleners (ism 'taalinstellingen'): bevraging huisartsen 2011, bevraging andere zorgverleners 2012, terugkoppeling naar onderwijsinstellingen en eventueel opstarten van cursus op maat 2012
 - Een aanbod Medisch Nederlands uitwerken voor Franstalige huisartsen indien een enquête de nood hieraan aantoont (ism 'taalinstellingen')
 - Promotie van het Nederlands bij Franstalige zorgverleners (oa taalboekje dat zal geüpdatet worden, haalbaarheid van een taalboekje specifiek voor vroedkundigene en artsen met eventuele opdeling per specialisme wordt nagegaan) 2012
- Optreden als intermediair tussen beroepsgroepen en het Huis van het Nederlands (oa. Spoedcursus Nederlands, Nederlands voor Apothekers, ...)

STRATEGISCHE DOELSTELLING 7:
ZORGZOEKER VERDER UITBOUWEN EN PROMOTEN ALS COMMUNICATIE- EN
INFORMATIEPLATFORM

Zorgzoeker zal verder gebruikt en gepromoot worden als het communicatie- en informatiemedium naar Nederlandskundige zorgverleners en zorgvragers. Hiervoor wordt samengewerkt met BOT en BWR om de link tussen welzijn, gezondheid en thuiszorg te beklemtonen. In 2011 zal ook nagegaan worden in welke mate het LOGO voor wat betreft het preventieve luik in de gezondheidszorg, hierin een rol kan spelen.

OD 7.1. ELEKTRONISCHE INFORMATIE OP OF VANUIT ZORGZOEKER

- We sturen gerichte mailings zowel vanuit HvG (ook andere organisaties of beroepsgroepen kunnen van deze toepassing gebruik maken), we verzorgen maandelijks thematische Zorgzoeker nieuwsbrieven, zorgen voor continue update van activiteiten, nieuws, jobs en andere content op de Zorgzoeker-website.

OD 7.2. PROMOTIECAMPAGNE NAAR HET NEDERLANDSTALIGE PUBLIEK EN NEDERLANDSKUNDIGE ZORGVERLENERS IN BRUSSEL

- samenwerking met 1700 voor laagdrempelige telefonische ontsluiting, bekendmaking van Zorgzoeker via gemeenschapscentra, dienstencentra, bibliotheken, scholen, spoeddiensten, huisartsenwachtposten, diensten bevolking van de Brusselse gemeenten, OCMW's,... plaatsen waar veel (potentiële) gebruikers van Nederlandskundige zorg langsgaan en dit is m.o. BOT en BWR
- verspreiden van het Brussels zakboekje, Zorgzoekergadgets en gebruiksvoorwerpen voor zorgverleners (bics, post-its, verwijskubus), Zorgzoekerstand op bijeenkomsten van zorgverleners, mailings... om zorgzoeker blijvend onder de aandacht te brengen van de zorgverleners

OD 7.3. SAMENWERKING MET LOGO IKV ZORGZOEKER

- in 2011 wordt de samenwerking met het LOGO rond Zorgzoeker uitgetest adhv een concrete onderwerpen bv rookstop. Indien positief geëvalueerd zal de samenwerking rond andere topics uitgebreid worden.

OD 7.4. ZORGZOEKER PROMOTEN IN VLAANDEREN: SAMENWERKING TUSSEN ZORGZOEKER EN VLAAMSE SELS

- Er wordt bekeken of Zorgzoeker kan fungeren als tool om één van de opdrachten van de SEL nl het *'inventariseren en ontsluiten van het gezondheidsaanbod uit de zorgregio van de SEL'* te vervullen in gans Vlaanderen. Het HvG zal hierover met de SELs, de SOKA, Domus Medica en de Vlaamse Overheid overleggen om indien mogelijk tot één eenvormig en nuttig instrument voor gans Vlaanderen te komen. Verkennende gesprekken in 2010, concretiseren van samenwerking en aanbestedingsplan voor een eenvormige elektronisch tool in 2011, operationele tool in 2012.

OD 7.5. UP TO DATE HOUDEN VAN DE DATABANK EN DE GEGEVENS IN DE

- De Zorgzoekerdatabank bevat gezondheidsgegevens waarvoor het Huis verantwoordelijk is. Jaarlijks worden de gezondheidsgegevens geüpdatet. Het BOT is verantwoordelijk voor de thuiszorggegevens, de BWR voor de welzijnsgegevens (gegevens uit de sociale kaart).

OD 7.6. OVERLEGGEN MET PARTNERS DIE GEZONDHEIDSGEGEVENS KUNNEN AANLEVEREN

- om de update van gezondheidsgegevens zoveel mogelijk geautomatiseerd te laten verlopen wordt overlegd met de instanties die over deze gegevens beschikken: RIZIV, FOD Volksgezondheid, e-health, Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

OD 7.7. ANALYSEREN VAN DATABANKGEGEVENS EN ZOEKOPDRACHTEN

- Er wordt nagegaan hoe de databankgegevens maar ook de zoekopdrachten meer informatie kunnen verschaffen mbt de nood en het aanbod aan Nederlandkundige zorg in Brussel en de Rand. Deze informatie moet het HvG in staat stellen zorgverleners te informeren over hiaten in het Nederlandkundig zorgaanbod. HvG zal in dit kader ook samenwerken met de meet- en weetcel van de VGC. Focus 2012<

OD 7.8. MEERWAARDE VAN ZORGZOEKER CREËREN VOOR INGELOGDE ZORGVERLENERS

We willen dat Zorgzoeker in de toekomst een dagelijks gebruiksinstrument wordt voor de Brusselse zorgverlener. Ontwikkelingen zoals e-ID en e-health kunnen ons hierin ondersteunen.

- **Inloggen via de elektronische identiteitskaart**

de login voor zorgverleners zal vervangen worden door aanmelding via e-ID om zowel authenticatie als inloggen te vereenvoudigen 2012

- **2^e lijnszorgverleners in Zorgzoeker**

Er zal een nieuwe sensibiliseringscampagne naar de ziekenhuizen gevoerd worden om de gegevens van hun Nederlandkundige specialisten te ontsluiten via Zorgzoeker 2011