

**MEMORANDUM:
VERSTERKING VAN
HET BRUSSELS
ZORGWERKVELD
VOOR
KWALITEITSVOLLE
ZORG VOOR ELKE
BRUSSELAAR**



Huis voor Gezondheid

draagt ZORG in Brussel



Inhoudsopgave

Maak kennis met onze Brusselaars:
Marie en Adam

Wat is interdisciplinaire samenwerking precies?

Wat zijn de uitdagingen voor zorgverstrekkers van
Adam en Marie?

Kwaliteitsvolle zorg voor elke Brusselaar: welke
acties om deze uitdagingen aan te pakken?

Huis voor Gezondheid is een Vlaamse
ondersteuningsstructuur in Brussel

Afkortingenlijst

Maak kennis met onze Brusselaars

Marie



80 jaar oud, weduwe, alleenwonend, een echte Brusselse (voornamelijk 'Vlaams', maar kan zich behelpen in het Frans)

Woont in appartement op de 3de verdieping, geen lift – verhuizen is zowel financieel als emotioneel onmogelijk

Vriendelijke, behulpzame burens met een migratieachtergrond doen af en toe wat boodschappen voor haar, het contact blijft beperkt en oppervlakkig en wordt bemoeilijkt door hun beperkte kennis van het Frans

Kinderen en kleinkinderen komen zelden, ze wonen te ver

Gezondheid: momenteel grote wonde aan het scheenbeen, verder ook artrose, verhoogde bloeddruk, suikerziekte (diabetes type 2). 1 jaar geleden hersenklonter (CVA) waarvan ze volledig is hersteld.

Marie haar zorgteam bestaat uit:

- Nederlandstalige drukbezette huisarts van 60 jaar
- Nederlandstalige drukbezette thuisverpleegkundige
- Franstalige apotheker op de hoek van de straat
- Thuiszorg door COCOF – erkende organisatie (keuze op basis van beschikbaar budget van Marie)

Adam



20 jaar, tweetalig Nederlands en Frans, Belg, ouders hebben een migratie-achtergrond

Bracht zijn jeugd door in instelling bijzondere jeugdzorg omwille van een problematische thuissituatie

Woont sinds zijn 18de alleen in kleine studio

Werkt als zorgkundige in een woonzorgcentrum, bicommunautair erkend

Naast psychische problemen werd recent HIV bij hem vastgesteld en hij kreeg daarvoor ziekteverlof, maar nog geen vervangingsuitkering. Hierdoor ontstonden er financiële moeilijkheden. Hij heeft de moed verloren, is depressief en zelfs suïcidaal.

Adam zijn zorgteam bestaat uit:

- CAW (administratieve ondersteuning en budgetbegeleiding)
- Nederlandstalige psycholoog CGG (psychotherapie)
- Nederlandstalige huisarts uit zijn jeugd + nieuwe Nederlandstalige huisarts (de huisarts van zijn jeugd woont nu te ver en sinds de diagnose HIV heeft hij zelf contact gezocht met een nieuwe huisarts)
- Expertisecentrum HIV, Franstalige specialisten
- Arbeidsgeneesheer



**INTER
DISCIPLINAIRE
SAMENWERKING**



We zetten ons in voor meer interdisciplinaire samenwerking, maar wat is dat nu precies?

Bij **interdisciplinair samenwerken** nemen zorgverleners samen de verantwoordelijkheid voor de zorg van Adam en Marie, en betrekken ze hen **actief** bij de zorgregie. Op die manier kunnen alle partijen **verantwoordelijkheid en doelstellingen** delen.

Interdisciplinair werken vraagt een **radicale mentaliteitswijziging** in het **strategisch denken** van zorgverleners. Het volstaat immers niet meer om elke ziekte apart te behandelen. Integendeel, het wordt in een interdisciplinair kader nodig om het **geheel van problemen in kaart te brengen** en in functie van de context en persoonlijke voorkeuren van de patiënt **een persoonsgericht zorgplan** uit te werken.

Trendbreuken zijn zeer belangrijk bij interdisciplinair samenwerken:

1. De patiënt wordt **een actievere partner** in haar zorgregie
2. We gaan van aanbodgestuurde zorg naar een **vraaggestuurd zorgaanbod**
3. De focus op ziekte verschuift naar een **focus op gezondheid**
4. Er is een shift van solo- naar **groepspraktijken**
5. We verschuiven **van multi- naar interdisciplinair samenwerken**

Wat zijn de uitdagingen voor zorgverstrekkers van Adam en Marie?

Voor beide Brusselaars is het noodzakelijk dat de zorgverstrekkers vlot interdisciplinair samenwerken (dit betekent samen de verantwoordelijkheid voor de zorg van Adam en Marie opnemen, hen actief betrekken bij de zorgregie en op die manier streven naar gezamenlijke doelstellingen).

Terwijl ze streven naar interdisciplinair samenwerken, botsen de zorgverstrekkers op heel wat uitdagingen:

1. Samenwerken: sector-, lijn-, taal- en bevoegdheid(beleids)overschrijdend

- Met welke collega's moeten de zorgverstrekkers van Adam en Marie samenwerken en hoe kunnen ze deze vinden?

Brusselse zorgteams zijn divers. De zorgteams van Adam en Marie bestaan uit zorgverstrekkers die Nederlands, Frans of nog een andere moedertaal hebben en die aangesloten zijn bij de Brusselse, Vlaamse of Franstalige overheid. Elkaar vinden is de eerste uitdaging, want er zijn te weinig zorgverstrekkers en ze kennen elkaar niet. Er zijn bovendien geen repertoria beschikbaar waarin het volledig zorgaanbod is opgenomen.

- Hoe laten we de zorgteams van Marie en Adam efficiënt samenwerken en hoe kunnen we de zorg echt integraal op maat van deze Brusselaars maken?

Om tot oplossingen te komen moeten we een aantal onderliggende uitdagingen aanpakken:

- ◇ Hoe zorg persoonsgericht maken (betaalbare, beschikbare en efficiënte zorg)? En hoe hierover in team overleggen?
- ◇ Hoe gegevens (al dan niet elektronisch) delen tussen zorgverstrekkers en met de patiënt?
- ◇ Hoe communiceren met de collega's van het zorgteam?
- ◇ Hoe een overleg organiseren met het zorgteam en de gemaakte afspraken opvolgen?
- ◇ Hoe kwaliteitsvolle cultuurgevoelige zorg verlenen?
- ◇ Hoe in verstaanbare taal communiceren, rekening houdend met het waardenkader van de patiënt / Brusselse zorgvrager? Hoe mantelzorgers betrekken in het zorgproces?
- ◇ Hoe Adam en Marie zelf activeren in hun zorgregie?

Om een antwoord te formuleren op bovenstaande uitdagingen moeten er in de eerste plaats voldoende (Nederlandskundige) zorgverleners zijn en dienen zij te beschikken over voldoende bruikbare hulpmiddelen om integrale, persoonsgerichte zorg op maat van de Brusselaar te kunnen verlenen. Met bruikbare hulpmiddelen bedoelen we instrumenten die zorgverleners voor al hun patiënten (personen met zorg- en ondersteuningsnood) kunnen

gebruiken, ongeacht de taal die ze spreken, en ongeacht of ze nu onder het Vlaamse beleid in Brussel dan wel het Brussels beleid vallen. Instrumenten ook die de communicatie met de patiënt ondersteunen, en die waar nodig een cultuurgevoelige aanpak mogelijk maken. En, last but not least, deze instrumenten moeten de communicatie tussen alle leden van het zorgteam (inclusief de informele zorgverstreker en de patiënt) mogelijk maken.

Uitwisselen van medische gegevens onderling is hierbij een belangrijk aspect: samenwerken gaat vlotter wanneer de relevante gegevens veilig, maar vooral vlot kunnen gedeeld worden. Dit gebeurt bij voorkeur elektronisch. Ook hier botst de Brusselse zorgverstreker op een grote uitdaging: eHealth in Brussel is divers. Er is het Brussels Gezondheidsnetwerk Brusafe voor elektronische gegevensdeling, maar dat is momenteel nog niet opengesteld voor niet-artsen. Het Vlaamse systeem (Vitalink) is dat wel. Sommige collega's van het zorgteam komen van de Vlaamse Rand en voor hen is het nodig om via het Vlaamse systeem te werken. Gebruiksvriendelijkheid en interoperabiliteit tussen het Brusselse en het Vlaamse systeem zijn echter vandaag nog grote problemen en hinderlijk voor de dagelijkse praktijk.

2. Als zorgverstreker de zorg voor de Brusselaars combineren met alle andere opdrachten

Zorg verlenen is de kerntaak van de zorgverleners van Adam en Marie, maar daar bovenop komt nog een hele resem aan andere taken en verantwoordelijkheden. Het is een grote uitdaging voor elke zorgverlener om al deze taken samen te combineren:

- Hoe 'zorg verlenen' (kerntaak) combineren met administratieve taken, overlegmomenten, navormingen?
- Hoe zorg verlenen combineren met een engagement naar kringwerking, wachtdienstorganisatie...?
- Hoe zorgcontinuïteit garanderen en organiseren? Hoe de wachtdienst tijdens weekenden of op andere momenten organiseren? Hoe eventuele afwezigheid overdag opvangen?
- Waar de grens trekken in de zorg voor de patiënt?
- Hoe meewerken aan de lopende hervormingstrajecten (chronic care projecten, eerstelijns hervorming...) en dit combineren met de kerntaak?
- Eerder praktisch: hoe verplaats je je als zorgverstreker in Brussel?

Kwaliteitsvolle zorg voor elke Brusselaar: welke acties om deze uitdagingen aan te pakken?

In het strategisch plan 2016-2020 van Huis voor Gezondheid maakten wij een nog steeds actuele omgevingsanalyse die inmiddels wijd verspreid is. Kernelementen van de analyse: demografisch, epidemiologisch en socio-economisch onderscheidt Brussel zich van de andere grootsteden en bovendien kent de stad een constitutionele complexiteit die elders niet terug te vinden is.

Deze omgevingsanalyse dient aangevuld te worden met de veranderende zorgorganisatie: Het WHO-model voor integrale zorg is hiervoor de rode draad. Afgelopen legislatuur hebben alle overheden hierop ingezet en is er veel procesmatige ondersteuning gegeven (change managers en procesbegeleiders). Dit proces is echter nog niet rond: op het terrein is deze mind shift nog niet overal doorgedrongen. Zo'n mentaliteitsverandering vraagt immers veel tijd en de processen moeten dus worden verdergezet.

De veranderende zorgorganisatie zorgt voor heel wat trendbreuken: de patiënt wordt steeds meer een actieve actor in zijn zorgregie, er is een evolutie van aanbodgestuurd naar vraaggestuurd zorgaanbod en van focus op ziekte naar focus op gezondheid, een shift van solopraktijken naar groepspraktijken, een verschuiving van monodisciplinaire over multidisciplinaire naar interdisciplinaire samenwerking, et cetera.

Huis voor Gezondheid wil de samenwerking bevorderen: over sectoren heen, maar zeker ook over taalgrenzen en beleidsgrenzen heen, want zorg op maat van de Brusselaar betekent zorgorganisatie op maat van Brussel.

De vraag die beklijft: hoe zullen we dit realiseren en vooral, waar is er extra hulp nodig via pilootprojecten en / of beleidsmaatregelen?

1. Samenwerken: sector-, lijn-, taal- en bevoegdheid(beleids)overschrijdend

Zorg op maat van de Brusselaar en zorgorganisatie op maat van Brussel impliceren dat er 1 geïntegreerd beleid komt, waarin alle bevoegde overheden samenkomen tot 1 systeem. Dit is een enorme uitdaging, maar een noodzaak voor op het terrein.

Daarnaast moeten we een aantal randvoorwaarden verwezenlijken.

1.1. Om het zorgteam rond Adam en Marie te kunnen samenstellen moeten er voldoende (Nederlandskundige) zorgverstrekkers zijn

1.1.1. cijfers

Om correct te kunnen inschatten of er tekorten zijn en waar we ons op moeten focussen, moeten er correcte cijfers zijn. Hierbij moet rekening gehouden worden met de noden van de bevolking. Huis voor Gezondheid kan op basis van deze gegevens gerichte acties plannen,

maar kan ook helpen bij het verzamelen van deze gegevens (als het hiervoor een mandaat krijgt).

1.1.2. Gegevens zorgverleners

Om het volledige zorgaanbod in kaart te brengen is er nood aan een super-kadaster. Er moet een overzicht zijn van alle (NL en FR) zorgverstrekkers dat volledige en correcte informatie bevat. Met deze informatie kunnen we een gebruiksvriendelijke databank opbouwen. Op dit moment is er geen enkele instantie in België die over een dergelijk overzicht beschikt, het up-to-date houdt en bereid is om het te delen. Om integrale zorg in de praktijk mogelijk te maken moet hier heel dringend werk van gemaakt worden. Huis voor Gezondheid kan hier mee over nadenken en mee zorgen voor het aanleveren van de correcte gegevens.

1.1.3. Stimulerende maatregelen

Om tekorten correct in te schatten en interdisciplinaire samenwerking met en rond de Brusselse patiënt te bevorderen kunnen we stimulerende maatregelen nemen, zoals bijvoorbeeld Impulseo voor huisartsen.

In Vlaanderen (VG) buigt de werkgroep 'zorgcapaciteit en multidisciplinair samenwerken' (één van de 13 projecten binnen de eerstelijns hervorming) zich hierover. Huis voor Gezondheid participeert in deze werkgroep en wil graag ook participeren in de werkgroep binnen Brussel (GGC). Dit om:

- te vermijden dat Vlaanderen en Brussel 'concurrenten' worden (bv. wanneer één van beide overheden meer biedt dan een andere).
- ideeën en inspiratie aan te leveren: Impulseo-maatregelen (die voor huisartsen zijn bedoeld) kunnen worden toegekend om huisartsenarme 'wijken' aantrekkelijk te maken, maar ook, en in eenzelfde beweging, om interdisciplinaire samenwerking te faciliteren:
 - ◇ Impulseo-middelen aanwenden voor mankracht ter ondersteuning van de samenwerking in de praktijk:
 - a. Onthaal en administratie
 - b. Management (organisatorisch, boekhoudkundig, personeel, infrastructuur...)
 - c. Inhoudelijk: zorgkwaliteit bevorderen
 - d. Alternatieve vormen aanbieden voor startende huisartsen uit generatie-z: multidisciplinaire praktijken waar stagiairs worden begeleid en startende huisartsen (en andere zorgverstrekkers) kunnen instappen, eventueel voor een beperkte periode en waar de starter kan rekenen op bestaande expertise en een bestaand netwerk.
- vergelijkbare stimulerende maatregelen ook voor andere zorgberoepen te initiëren

1.1.4. Sluimerend / toekomstig talent detecteren en toeleiden naar een zorg(opleiding

We moeten (opleidings)trajecten op maat aanbieden voor volwassen studiekeziers en zorgverstrekkers met een niet-Europees (en niet erkend) diploma. Zij zijn immers een belangrijke meerwaarde in een zorgteam: een divers samengesteld zorgteam kan inspelen op de diversiteit van de Brusselse patiënten, door onder andere cultuurgevoelig te werken.

Huis voor Gezondheid heeft al een aantal projecten lopen voor deze doelgroep, maar in de toekomst willen we ook meewerken aan trajecten op maat, waarbij de selecties zich baseren op eerder verworven competenties. We denken enerzijds aan de uitwerking van projecten/trajecten die kandidaten ondersteunen in een keuze van de juiste opleiding of de juiste job en anderzijds aan het helpen realiseren van dergelijke opleidingstrajecten op maat. Dit omvat:

- Aangepaste kijkstages uitwerken en inleefmomenten faciliteren en organiseren om de kandidaten te oriënteren
- Meezoeken naar rolmodellen uit de zorg die deze kandidaten kunnen begeleiden doorheen hun traject

Het is belangrijk jonge potentiële zorgverstrekkers te detecteren op basis van talenten en interesses. Deze screening dient al te beginnen in de basisschool, en moet zeker verdergezet worden in secundaire scholen. We moeten ondersteuning op maat aanbieden aan de verschillende doelgroepen, naar gelang hun context, zodat we hen de weg naar de juiste zorgopleiding tonen, en we hun slaagkansen verhogen. Ook hier kan Huis voor Gezondheid op inzetten.

1.2. Voldoende bruikbare hulpmiddelen voor persoonsgerichte zorg

Om aan persoonsgerichte zorg te kunnen doen moeten de Brusselse (NL) zorgverstrekkers over ondersteunende hulpmiddelen beschikken die bruikbaar zijn voor elke Brusselaar, ongeacht of zij Nederlands-, Frans- of anderstalig zijn. Deze hulpmiddelen moeten meertalig en voor iedereen toegankelijk en bruikbaar zijn. Idealiter zijn deze hulpmiddelen uniform voor alle zorgverleners. Indien dit niet haalbaar is, moeten de verschillende hulpmiddelen probleemloos onderling uitwisselbaar zijn of met elkaar kunnen communiceren. Op die manier bekomen we een geïntegreerd en coherent gebruik van hulpmiddelen dat de interdisciplinaire samenwerking bevordert.

1.2.1. Databank met het volledige zorgaanbod

Eén van de belangrijkste voorwaarden om aan efficiënte persoonsgerichte zorg te kunnen doen is een gebruiksvriendelijke databank met het volledige zorgaanbod, raadpleegbaar voor alle zorgverstrekkers op het terrein.

Zorgzoeker is een instrument dat ontwikkeld is in Brussel en sinds kort onder de bevoegdheid van het Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid valt. Het wordt onder de naam 'de sociale kaart' verder uitgewerkt voor Vlaanderen en Brussel. Het is een goed model: alle gegevens van de individuele zorgverstrekkers worden hierin opgenomen, samen met de gegevens van organisaties van zorg en welzijn. De reikwijdte beperkt zich echter tot Nederlandkundige zorgverleners, wat ons voor een probleem stelt in de Brusselse realiteit.

Er is een heel hoge nood aan een alternatief op maat van Brussel, waarin het volledige zorgaanbod opgenomen wordt, en dat bruikbaar is voor iedereen, ongeacht taal of bevoegdheid.

Huis voor Gezondheid blijft de individuele Nederlandkundige zorgverstrekkers in de sociale kaart up-to-date houden, maar is vragende partij om mee te werken aan een Brussels alternatief.

1.2.2. Meertalige folders / affiches / infosessies

In de Brusselse realiteit bereikt elke zorgverlener personen die verschillende talen spreken en een verschillende thuissituatie hebben, zowel socio-economisch als socio-cultureel. Wanneer we de eindgebruiker willen bereiken, moeten we meertalige communicatie voorzien. De vertaling van promotiemateriaal vraagt een grote investering waar Huis voor Gezondheid met de huidige middelen niet aan tegemoet kan komen. We moeten zoeken naar een constructieve oplossing om onze doelgroep efficiënt te kunnen blijven informeren.

1.2.3. eHealth

Zorgverstrekkers en burgers willen een systeem dat eenvoudige en veilige elektronische gegevensdeling mogelijk maakt. Er is nood aan een single sign on (slecht éénmaal inloggen) waarmee men toegang krijgt tot de gedeelde gegevens. Zonder vertraging moet er achter

de schermen van het geraadpleegde systeem gezocht kunnen worden in de andere systemen, en alle zorgverstrekkers moeten gegevens kunnen delen met elkaar, ook buiten Vlaanderen (in Brussel).

Alle systemen moeten over dezelfde functionaliteiten en mogelijkheden beschikken. Er mag geen verschil zijn tussen het Vlaamse, Brusselse of Waalse systeem. Adam en Marie uit de casussen hebben recht op toegang tot hun medische gegevens, ook digitaal. Maar hoe leggen we hen uit dat hun gegevens vanuit Vlaanderen al na 7 dagen en vanuit Brussel maar na 30 dagen beschikbaar zijn?

We vragen bijzondere aandacht voor de interoperabiliteit van de vaccinatiedatabanken uit Vlaanderen en het Franstalig landgedeelte (Vaccinnet en e-VAX). Het moet voor Adam bijvoorbeeld perfect mogelijk zijn om een geïntegreerd overzicht te krijgen van zijn vaccinaties, ongeacht of deze door zijn voormalige Franstalige huisarts werd toegediend, via ONE of K&G of....

Aan deze interoperabiliteit moeten de overheden werken, nadien kan Huis voor Gezondheid dit mee opnemen in haar vormingsaanbod.

Vormingen voor zorgverstrekkers en burgers over dit onderwerp moeten geïntegreerd het Vlaamse (éénlijn.be) en het Brusselse verhaal kunnen brengen. Huis voor Gezondheid kan deze vormingen voorzien indien we hiervoor de ruimte krijgen.

1.2.4. Ondersteunende en gezondheidsbevorderende projecten over beleidsgrenzen heen - Bewegen op verwijzing

Projecten zoals Beweging op verwijzing vormen de uitwerking op het terrein van de verschuivende focus van ziekte naar gezondheid en op de stijgende aandacht voor preventie.

Dergelijke projecten kunnen op termijn bijdragen aan een gezondere populatie en dus een daling van de consumptie van het zorgaanbod. Een daling van de consumptie zorgt op zijn beurt voor minder overbevraging van zorgverleners en een daling van de zorgkosten. Er dient een blijvende aandacht te zijn voor gezondheidspreventie.

Huis voor Gezondheid kan, in samenwerking met organisaties als LOGO Brussel, een ondersteunende rol opnemen bij het uitrollen van deze soort van projecten in Brussel.

1.2.5. Vorming cultuurgevoelige zorg

Cultuurgevoelige zorg is zorg verlenen aan patiënten met aandacht voor hun normen, waarden en overtuigingen. In een diverse samenleving, hebben burgers en zorgverleners ook diverse overtuigingen. Zich bewust zijn van het 'anders-zijn' van de andere is een belangrijke stap in een cultuurgevoelige benadering.

Zorgverleners worden niet of onvoldoende opgeleid voor een dergelijke breed-inclusieve

benadering. Het is heel belangrijk dat er zowel in de opleidingen als op het werkveld voldoende aandacht gaat naar het omgaan met verschillende culturen. Interculturele bemiddelaars spelen hierbij een belangrijke rol, maar er zijn er momenteel te weinig. Dit aanbod zou mogen toenemen.

Daarnaast kan Huis voor Gezondheid ondersteunen bij het uitwerken en geven van vormingen over cultuurgevoeligheid en inclusie.

1.2.6. Transmurale samenwerking

De samenwerking tussen zorgverleners moet over de lijnen heen reiken. De eerste lijn (algemene zorg, vb. huisarts, apotheker) en de tweede lijn (specialistische zorg, vb. ziekenhuizen) moeten elkaar kennen en efficiënt gaan samenwerken.

Integrale zorg betekent niet alleen sector- maar ook lijn-overschrijdend samenwerken. Door de hervorming van de ziekenhuizen enerzijds en de hervorming van de eerste lijn anderzijds, komen er verschuivingen in het takenpakket: zorgverstrekkers uit de 2de lijn leveren zorg in de eerste lijn en omgekeerd. Maar ook de hervormingen binnen de geestelijke gezondheid spelen hier een rol: de netwerken 107 die een invulling moeten geven aan de 5 functies, waaronder functies in de eerste lijn en in de thuisomgeving van de patiënt. Deze evolutie betekent de zoveelste ommezwaai in het denken rond samenwerken, en biedt een kans om tot efficiëntere en kwaliteitsvolle zorg te komen, maar vraagt de nodige aandacht en ondersteuning.

In Brussel komt daarbij nog de invoer van de 0,5-de lijn. Dit is een initiatief van de GGC om de meest kwetsbaren toe te leiden naar de juiste plaats in de zorg. Er moeten afspraken gemaakt worden tussen de verschillende lijnen om overlappings te vermijden. Dit kan bewerkstelligd worden door onder andere gezamenlijke vormingen te organiseren en concrete afspraken te maken rond samenwerking. Huis voor Gezondheid kan een faciliterende rol spelen bij het organiseren van vormingen tussen eerste en tweede lijn en bij het overleg de tussen (directies van) ziekenhuizen en eerste lijn.

2. De zorg voor de Brusselaars combineren met alle andere opdrachten

Naast het leveren van zorg hebben zorgverstrekkers nog een (heleboel) andere taken: administratieve taken, overlegmomenten, navormingen... Zij nemen ook vaak (al dan niet verplicht) een engagement op binnen hun beroepskring, binnen de verschillende hervormingstrajecten die momenteel lopen (eerstelijns-hervorming, pilootprojecten geïntegreerde zorg), binnen de bredere maatschappelijke context..., en dit doen zij bovenop hun eigenlijke job en veelal op vrijwillige basis. Huis voor gezondheid wil mee nadenken over mogelijke modellen en manieren om zorgverstrekkers hun kostbare tijd zo goed mogelijk te laten benutten.

2.1. Beroepskringen

Zorgverleners engageren zich (al dan niet verplicht) in een beroepskring. Deze

beroepskringen zijn onmisbaar: ze bevorderen samenwerking tussen de zorgverleners en geven hen een vertegenwoordigende stem in de overheid.

Brusselse beroepskringen bevinden zich in een spanningsveld omwille van versnipperde bevoegdheden. Vlaams erkende kringen krijgen geen financiering voor tweetalige initiatieven. Bicommunautaire kringen, zoals de apothekersvereniging van Brussel, krijgen geen financiering van Vlaanderen om het Vlaamse beleid in de Brusselse werking te integreren en te versterken (vb. Vitalink medicatieschema).

2.2. Quadruple aim: zorg voor de zorgverstreker

Het triple aim model wordt heel vaak gebruikt in beleidsdocumenten en heeft 3 doelstellingen:

- Verhoging van de kwaliteit van zorg (improved patient experience)
- Verbetering van de gezondheid en het welzijn van de bevolking (better outcomes)
- Verhoging van de kosteneffectiviteit van de zorg (lower costs)

Er is een evolutie naar het Quadruple aim model, waarbij er een 4de doelstelling aan toegevoegd wordt:

- Verbetering van de kwaliteit van arbeid en een aangename en efficiëntere werkomgeving voor de zorgverstreker zelf (improved clinician experience)

Interdisciplinaire samenwerking en integrale patiëntgerichte zorg moet bijdragen aan het bereiken van deze 4 doelstellingen.

Om de 4de doelstelling te bereiken, moet er enerzijds voldoende aandacht blijven gaan naar zelfzorg en veerkracht en moeten er anderzijds voldoende maatregelen genomen worden en voldoende hulpmiddelen voorzien worden om de zorgverleners op een efficiënte manier te ondersteunen. Huis voor Gezondheid kan een ondersteunende of een voortrekkersrol rol opnemen, afhankelijk van het project en de beschikbare ruimte en middelen.

2.3. Samenwerkingsmodel

Er is een onophoudelijke schreeuw naar samenwerking op het werkveld. Hiervoor zijn er allerlei hervormingen aan de gang, waarin het werkveld een actieve rol opneemt. Deze hervormingen zijn nodig en het is goed dat er bottom-up wordt gewerkt, maar we moeten beseffen dat we veel vragen van de zorgverstrekkers.

Om te komen tot een nieuw samenwerkingsmodel, één dat integrale, patiëntgerichte zorg mogelijk maakt, moeten we de zorgverleners de ruimte en tijd geven om samen te werken. Deze samenwerking moet kunnen plaatsvinden over de grenzen van taal, beleid en sectoren heen.

De tijd die zorgverleners (in het bijzonder zelfstandige zorgverleners) hieraan besteden,

moet gevaloriseerd worden. Er zijn hiervoor al modellen voorgesteld (zoals bijvoorbeeld het cappucinomodel, Pay 4 Quality) die bij de financiering of verloning van zorgverleners rekening houden met heel het takenpakket, dus niet alleen met zorg verstrekken, maar ook met permanente bijscholing, aandacht voor kwaliteitsverbetering in de praktijk en engagement in zorgorganisatie.

2.4. Health literacy

In het samenwerkingsmodel integrale zorg moeten we Brusselaars Adam en Marie en hun mantelzorger betrekken. Dit vraagt een actieve rol van al deze partijen, dus de vraag is hoe we hen kunnen activeren tot het opnemen van de ze rol? Zij moeten kunnen beschikken over de relevante informatie, of ten minste weten waar ze deze kunnen vinden. Health literacy is een competentie die nog niet door alle burgers is verworven, en hiervoor moeten we dus bijkomende initiatieven bedenken en uitwerken. Huis voor Gezondheid kan hieraan meewerken.

Naast beschikken over de juiste informatie(kanalen), moeten burgers ook vaardigheden hebben om een actieve rol op te nemen. Dit vraagt om een ander vormingsaanbod, en ook hierover kan Huis voor Gezondheid samen met relevante partners (zoals het VPP) nadenken en hen bij de verwezenlijking van dit aanbod ondersteunen.

2.5. Mobiliteit en parkeren

Zorgverstrekkers die aan huis gaan worden structureel geconfronteerd met mobiliteitsproblemen en parkeerproblemen. De overheid kan en moet hier gerichte maatregelen treffen. Er dienen oplossingen gezocht te worden om het voor zorgverleners mogelijk te maken om op huisbezoek te gaan. Er zijn al meerdere initiatieven rond deze problematiek genomen (we denken aan het Parking+ project van de collega's van Conectar), maar dergelijke projecten zouden een structurele inbedding moeten krijgen. Huis voor Gezondheid kan mee nadenken over oplossingen en vooral het werkveld hierover informeren.

Huis voor Gezondheid is een Vlaamse ondersteuningsstructuur in Brussel

Tijdens de afgelopen legislatuur is duidelijk geworden dat de 6de staatshervorming naast een aantal kansen ook heel wat uitdagingen met zich meebrengt voor Brussel.

Huis voor Gezondheid schenkt hier al van bij de oprichting aandacht aan: modellen / projecten / tools die in Brussel ontstaan en een positief resultaat kenden kunnen exemplarisch worden in Vlaanderen, België, en zelfs Europa.

We moeten gebruik maken van deze kansen, en dit kan wanneer de Brusselse overheid samenwerkt met de Vlaamse overheid.

Vlaanderen kan een positieve keuze maken voor Brussel, door:

- vertegenwoordiging van Brussel (expert) in alle relevante overlegplatformen en structuren (zoals bijvoorbeeld VIVEL).
- bij de besluitvorming (decreten, uitvoeringsbesluiten...) telkens een Brussel-luik toe te voegen waarbij Brussel de mogelijkheid krijgt om dit naar de Brusselse realiteit te vertalen en te implementeren.
- te werken aan een aangepast regelkader voor Brussel.
- het beleid te synchroniseren met de andere bevoegde overheden.

Afkortingenlijst

CAW: Centrum Algemeen Welzijnswerk

CGG: Centrum Geestelijke Gezondheidszorg

COCOF: Commission communautaire française

GGC: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

K&G: Kind en Gezin

ONE: Office de la Naissance et de l'Enfance

VPP: Vlaams Patiëntenplatform

**BEWUST KIEZEN VOOR
BRUSSEL EN VOOR
KWALITEITSVOLLE,
PATIËNTGERICHTE EN
GEÏNTEGREERDE ZORG
VOOR ELKE
BRUSSELAAR: LATEN
WE SAMEN OP WEG
GAAN!**



Huis voor Gezondheid

draagt ZORG in Brussel