



**EERSTELIJNSZONE
GENT**



Verslag
Gents Eerstelijnsforum
14 juni 2022

Datum:	14/06/2022
Locatie:	Sint-Pietersabdij, Sint-Pietersplein 9, 9000 Gent
Aanwezig:	Ca. 100 zorg- en welzijnsactoren werkzaam in Gent

Gents eerstelijnsforum:

Op het jaarlijks Gents eerstelijnsforum (GEF) zijn alle actoren uit zorg en welzijn in Gent welkom om hun inbreng te doen over de toekomst van de Gentse eerstelijnszone. Na twee covidjaren kon het GEF eindelijk doorgaan op 14 juni 2022. Deze editie van het GEF startte met de inbreng van een aantal interessante (gast)sprekers, met de PZON (persoon met zorg- en ondersteuningsnood) centraal. Daarna gingen we aan de slag in kleinere groepen over verschillende thema's: preventie, doelgerichte zorg, eerstelijnsnetwerken, geestelijke gezondheidszorg, toegankelijkheid & vermaatschappelijking van de zorg, beleidssignalen, interprofessionele en intersectorale samenwerking. In de aparte sessies verzamelden we input van de deelnemers om het meerjarenplan van ELZ Gent vorm te geven.

Introductie door voorzitter Isabelle Van de Steene

- Voorstelling team en dagelijks bestuur ELZ Gent ([zie PPT](#))
- De speech van de voorzitter vindt u [hier](#) terug.

Gastsprekers Christophe Wille en Emmy Voorspoels

Christophe en Emmy geven een inkijk in de belangrijkste inzichten uit het onderzoek naar de rol van de PZON (persoon met een zorg- en ondersteuningsnood) in de zorgraden van de eerstelijnszones door Arteveldehogeschool, Hefboom, Vivel en Universiteit Antwerpen. ([zie PPT](#)).

Voorstelling Eerstelijnszone Gent door Emma De Pauw

Wat zijn de belangrijkste acties van ELZ Gent? Aan de hand van de case Fatima leggen we uit hoe onze acties zorg- en hulpverleners in Gent ondersteunen om toegankelijke zorg te bieden aan alle Gentenaars. ([zie PPT](#)).

Spaces

Na het plenaire deel worden de deelnemers opgesplitst in aparte groepen. Elke groep gaat aan de slag rond een bepaald thema in een van de 'spaces'. De thema's van de spaces werden bepaald aan de hand van de interesses van de deelnemers (aangegeven in het inschrijvingsformulier). In elke space gebruiken we een andere methodiek om zo veel mogelijk inbreng te verzamelen van elke deelnemer. Iedere deelnemer kan deelnemen aan 2 à 3 verschillende spaces.



Space 1: Doelgerichte Zorg

Begeleider: Julie Vanbleu

Situering:

Doelgerichte zorg (DGZ) is een van de speerpunten in het beleidsplan van Eerstelijnszone Gent. De voorbije twee jaar organiseerden we 6 tweedaagse trainingen DGZ in verschillende Gentse wijken. Hiermee bereikten we 220 Gentse zorg- en hulpverleners. De trainingen worden positief geëvalueerd. Belangrijke succesfactoren zijn het aanreiken van concrete tools om DGZ in de praktijk te brengen en het feit dat de training interprofessioneel en op wijkniveau plaatsvindt. ELZ Gent organiseert de trainingen in samenwerking met een extern coaching bureau. Meer info over DGZ en de trainingen in Gent vind je op [onze website](#).

In 2021 startte een denkproces rond de verduurzaming en verankering van DGZ in ELZ Gent. Op dit moment werkten we altijd met een extern coachingsbureau, maar als eerstelijnszone vinden we het belangrijk hier zelf de regie en de verdere ontwikkeling rond in handen te hebben. Een van de pistes is om zelf coaches DGZ op te leiden om de inhoud van de trainingen volledig zelf te bepalen. Daarnaast zijn we ons er van bewust dat er meer nodig is dan enkel een tweededaagse training om dit concept echt verankerd te krijgen. Ook hier denken we verder over na. Op het moment van het GEF zijn we daarover nog met verschillende partijen in gesprek.

Hoofdvragen:

Hoe zien jullie de verduurzaming van DGZ in Eerstelijnszone Gent? Wat is daarvoor nodig? Wat zijn valkuilen?

Methodiek:

We werken met drie rondes, met in elke ronde een 'hoed'. Elke hoed staat voor een bepaalde insteek: emotie, pragmatiek, pessimisme. Vanuit iedere insteek wordt de verduurzaming van DGZ besproken.

Wat we meenemen uit de sessies:

1. De rode hoed: de hoed van passie en gevoel. Welke gevoel brengt doelgerichte zorg/het idee van verduurzaming van doelgerichte zorg voor jou teweeg?

Sleutelwoorden uit de sessies:

- positief
- bevorderend voor de samenwerking
- warme zorg en ondersteuning
- enthousiasme (zorgt voor warme zorg en warme ondersteuning)
- respectvol
- uitdagend
- hier zit potentieel in
- verfrissend
- nieuwsgierig



2. De groene hoed: Hoe kunnen we deze verduurzaming realiseren? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat hier echt mee aan de slag gegaan wordt en dit verankerd wordt binnen de werking?

Sleutelwoorden uit de sessies:

- Intervisiegroepen: verduurzaming uit wijk/buurtgerichte intervisiegroepen en terugkommomenten organiseren.
- Scholingen, train de trainer en trainingen blijven aanbieden en toegankelijker maken (vb: e-learning)
- Zorgverleners als ernstige gesprekspartners zien – in de opleiding wordt er te veel van uitgegaan dat de hulpverleners nog niets weten over doelgerichte zorg.
- Twee dagen voor een training is een zware investering (zeker voor zelfstandigen).
- Mogelijkheid creëren tot samenwerken en samenbrengen. Centraal aanspreekpunt aanstellen voor DGZ (zowel intern binnen de organisatie als een extern aanspreekpunt binnen de eerstelijnszone).
- Taak ELZ: wegwijzen naar projectoproepen en financiering, expertisecentrum, facilitator poule aan lesgevers. Faciliteren, niet implementeren.
- Sensibiliseren
- Inbedden in bestaande systemen (Multidisciplinair overleg, patiëntendossier,...).

3. De zwarte hoed: Welke obstakels/hindernissen kunnen de uitrol van doelgerichte zorg in de weg staan?

Sleutelwoorden uit de sessies:

- Paradigmashift (ingrijpende wijziging) is niet evident.
- Gebrek aan randvoorwaarden (vb: tijd, middelen en personeel).
- Te vrijblijvend: geen consequenties verbonden aan niet gebruik.
- Soms weinig mentale ruimte bij patiënt/cliënt (overlevingsmodus).
- Wat met een patiënt/cliënt zonder ziekte-inzicht?
- Niet effectief bij alle doelgroepen (bv VAPH).
- Gemis aan 1 gemeenschappelijke manier en visie.
- Afstemming tussen organisaties is soms problematisch.
- Info over DGZ vergaat in massa van info.
- Te weinig organisaties mee in het bad.
- Kostprijs van de opleiding
- Er zijn soms tegengestelde belangen van de client – organisatie – context – vb: bij mensen met een beperking – niet eenvoudig doelgericht te werken voor de patiënt als de familie niet akkoord gaat.

Space 2: Eerstelijnsnetwerken

Begeleider: Michiel Van Lysebetten

Situering:

Eerstelijnsnetwerken (ELN) in een veelbesproken term die in beleidsteksten vaak terug te vinden is. Maar wat verstaan we eigenlijk onder een eerstelijnsnetwerk? In de literatuur vinden we het volgende terug:



“Eerstelijnsnetwerken bestaan uit groepen van huisartsen die samenwerken met andere hulpverleners, zoals verpleegkundigen, huisartsen, diëtisten, apothekers, maatschappelijk werkers en professionals in de geestelijke gezondheidszorg. Elk eerstelijnszorgnetwerk stelt een team samen en ontwikkelt diensten om te voldoen aan de behoeften van hun lokale gemeenschap en de gezondheidskwesties in hun praktijken”.

In de praktijk kunnen eerstelijnsnetwerken verschillende vormen aannemen. In Gent zijn we volop bezig met de uitwerking van een lokaal werkbare vorm van eerstelijnsnetwerken. Meer info over de uitwerking van ELN in Gent vind je op [onze website](#).

Hoofdvragen:

In de space wordt nagedacht over het idee van ELN:

- Wat doet ons dromen bij het horen van ELN?
- Wat zijn knelpunten, wat doet ons aarzelen?
- Wat zouden de eerste stappen kunnen zijn richting ELN?

Wat we meenemen uit de sessies:

Veel aanwezigen zien mogelijkheden in ELN omdat de PZON hulpverleners rond zich krijgt die veel meer op elkaar zijn ingespeeld. De mazen van het net worden kleiner omdat er als netwerk samen voor alle burgers in de regio wordt gezorgd en er duidelijkere afspraken kunnen gemaakt worden over disciplines en organisaties heen.

Toch zijn er ook bedenkingen en randvoorwaarden die vervuld moeten worden voor de aanwezigen. Doorheen alle spaces kwam naar voor dat de keuzevrijheid van de PZON overeind moet kunnen blijven staan. Ook naar GDPR/privacy toe moeten er duidelijke lijnen worden getrokken omdat niet alles met elke hulpverlener uit het netwerk gedeeld kan worden. Visieverschillen en verschillen in operationele werking tussen organisaties en disciplines zullen overstegen moeten worden en er zal een manier gezocht moeten worden om ELN te verkrijgen zonder extra tijd- of middeleninvestering. Het is noodzakelijk om te investeren in vertrouwen en kennismaking tussen hulpverleners. Verloop van hulpverleners kan een rem zijn op die vertrouwensrelatie. Verder stellen organisaties/disciplines die niet wijkgericht werken de vraag hoe het voor hen mogelijk kan zijn om toch betrokken te zijn. Tot slot worden er ook vragen gesteld rond de financiering van de zorg voor de PZON zelf in relatie tot een ELN.

Eerste mogelijke stappen die gezet kunnen worden om tot ELN te komen zijn:

- Inzetten op netwerking, kennismaking en vertrouwen, om tot enkele basis kernwaarden te komen (o.a. rond doelgerichte en gemeenschapsgerichte zorg).
- Er moet gezocht worden naar (aanzetten tot) gedeelde digitale dossiers.
- Via MDO's (multidisciplinaire overleggen), kan er ook een opstap gevonden worden naar ELN, mogelijke linken zijn er ook met 'zorgcoördinatoren'.
- Doelgerichte zorg kan een gemeenschappelijke taal creëren.
- Er moet gezocht worden naar zaadjes vanuit de praktijk om rond ELN te werken, i.p.v. enkel top down zaken op te leggen. Er zijn nu al versnipperde initiatieven, deze kunnen best geïntegreerd worden.
- Het niveau van de Gentse wijken voelt als een juiste 'grootte'.



Space 3 : Evaluatie

Begeleiders: Annick Van den Broeke en Emma De Pauw

Situering:

Eerstelijnszone Gent bestaat op het moment van het GEF bijna 2 jaar. We zijn meteen in het diepe gegooid door onze opdrachten in de bestrijding van Covid. Maar daarnaast hebben we ook ingezet op onze oorspronkelijke kerntaken: ondersteuning van de Gentse eerstelijnsprofessionals om de gezondheid en het welzijn van alle Gentenaars te verbeteren, met extra aandacht voor de meest kwetsbaren.

Hoofdvraag:

Hoe tevreden zijn de deelnemers over de werking van Eerstelijnszone Gent vzw zoals ze die tot nu toe ervaren?

Methodiek:

Deelnemers geven een score van 0 – 10 over hun tevredenheid over de werking van ELZ Gent aan de hand van een sticker op een groot blad met continuüm.

O.b.v. hun score krijgen ze een formulier om hun score anoniem te verduidelijken.

Wat we meenemen uit de sessies:

1. Numerieke scores op het continuüm:

Hoe tevreden ben jij over de werking van Eerstelijnszone Gent vzw op een schaal van 1 tot 10?

- ➔ 61 antwoordscores:
- 0 scores van 0 tem 3 (niet tevreden) = 0%
- 12 scores van 4 tem 6 (niet geheel tevreden) = 19,7%
- **49 scores van 7 tem 10 (tevreden) = 80,3% is tevreden over de werking van ELZ Gent**
- 55,7 % van de mensen scoorden 8 of hoger.

2. Analyse antwoordformulieren:

Waarover zijn deelnemers tevreden?

Er is vooral tevredenheid over het faciliteren van ontmoeting, netwerking en samenwerking; het aanleveren van relevante en heldere info (o.a. via de nieuwsbrief); acties rond covid; trainingen en vorming (o.a. DGZ) en de goede werking van het team. Er is ook veel tevredenheid over het GEF zelf.

Wat kan beter?

Uitdagingen voor ELZ Gent zijn volgens de deelnemers vooral het verder bekend maken van onze werking bij de eerstelijnsprofessionals; het juiste evenwicht vinden tussen zorg en welzijn en onze algemene werking (na covid) verder uitbouwen op basis van de noden van de eerstelijnsprofessionals.



Space 4: Geestelijke Gezondheidszorg

Begeleider: Elena Amoah

Situering:

Eerstelijnszone Gent zet in op welzijn en gezondheid in de eerste lijn in Gent. Geestelijke gezondheid is daarin een belangrijk aspect. Concreet is ELZ Gent bezig met de uitrol van de conventie ELP in Gent. We hebben ook twee [wijknetwerkers geestelijke gezondheid](#) in ons team, die fulltime inzetten op geestelijke gezondheid in hun wijken.

Hoofdvragen:

Wat is de huidige situatie van GGZ in Gent? Hoe zien jullie de toekomst van GGZ in Gent?

Methodiek:

Zaadje – kiem – boom- methode (toekomstgericht denken)

Wat we meenemen uit de sessies:

1. Wat is de huidige situatie van GGZ in Gent? (zaadje)

De sterkte is dat er veel wordt ingezet op vindplaatsgericht werken en het bereiken van zorgwekkende zorgmijders. De knelpunten zijn: het aanbod is versnipperd, te weinig aandacht voor post-traumatische zorg (na zwangerschap en/of na vluchtervaring), preventie van psychische kwetsbaarheid bij ouders en het gebrek aan middelen. Het GGZ-landschap mag verder groeien in: zichtbaarheid aanbod, meer opvolging van patiënten, 1^{ste} lijn ondersteunen (kennis, vaardigheden en houding), nood aan zorg voor multi-problematieken (bv. verslaving, dakloosheid, psychose en armoede), nood aan toegankelijke taalbijstand van slechthorenden en anderstaligen, (laagdrempelige) groepstherapie en interactiegroepen, en preventie bij kinderen en jongeren (bv. diagnostiek, aanpak, groepsaankpak > en dit ook al op scholen).

Wat is prioritair:

- Nood aan zorg voor multi-problematieken (bv. verslaving, dakloosheid, psychose en armoede), dus geen uitsluiting.
- Preventie bij kinderen en jongeren (bv. diagnostiek, aanpak, groepsaankpak > en dit ook al op scholen).

2. Waar zien we de GGZ over 2 jaar (2024) in Gent? (kiem)

Belangrijk:

- Diverse methodieken rond GGZ zijn gekend bij de 1^{ste} lijn (bv. groepsessies en outreachende werking).
- Extra aandacht voor kinderen en jongeren.
- Zelfzorg en informele zorg verder stimuleren (bv. good practices → zorgzame buurten).
- In kaart brengen van het aanbod GGZ → een rol voor ELZ Gent!



- Er wordt ingezet op “oneigenlijk” gebruik → aanbod past zich aan aan de vraag van de cliënt/patiënt.
- Meer tolken.
- Meer aanbod in GGZ voor anderstaligen.
- Een google maps overzicht van het volledige aanbod.
- Meer alternatieve woonvormen.
- Meer tussenvormen van zorg voor doelgroepen die er tussen vallen.

Wat is prioritair:

- Cultuursensitieve zorg (vorming voor personeel maar ook meer diversiteit in personeelsbestand).
- Minder lange wachtlijsten voor kinderen/jongeren.
- ELP is gekend en goed uitgebouwd.
- Meer groepssessies rond psycho-educatie → maar mag laagdrempeliger (bv. via beweging of ademhalingstechnieken... → via activiteiten die minder taboe zijn).
- Meer laagdrempelige ELP: bereikbaarheid, zichtbaarheid en toegankelijkheid.

3. Waar zien we de GGZ over 5 jaar (2027) in Gent? (boom)

Belangrijk en prioritair:

- De verdere uitbouw van het OCMW als ideale partner in de GGZ.
- Het delen van good practices (ook over landsgrenzen heen → bv. NL).
- 1^{ste} lijn heeft de regie mee in handen en tracht opnames te vermijden, maar heeft een goede samenwerking met 2^{de} en 3^{de} lijn indien opname noodzakelijk is.
- Meer aandacht/aanbod voor jongeren → bv. psycho-educatie ook in scholen, vroeg detectie en preventie.
- Minder taboe rond mentaal welzijn en mee opnemen in het onderwijscurriculum.
- Vindplaatsgerichte GGZ-werkers.
- Meer signaleren op beleidsniveau → rol ELZ Gent?

Space 5: Intersectorale en interprofessionele samenwerking

Begeleider: Koen Berwouts

Situering:

Intersectorale en interprofessionele samenwerking faciliteren in zorg en welzijn in Gent is een hoofddoel van Eerstelijnszone Gent. Veel van onze acties zetten daar dan ook op in (vb.: doelgerichte zorg, eerstelijnsnetwerken, sociale kaart, ...).

Hoofdvragen:

- Wat heeft er bij jou al gewerkt i.v.m. intersectorale en interprofessionele samenwerking?
- Wat is er in jouw dagelijkse werking reeds misgelopen i.v.m. intersectorale en interprofessionele samenwerking?
- Waar zie je nog onbenutte kansen liggen i.v.m. intersectorale en interprofessionele samenwerking in Gent?



Methodiek:

We voeren een discussie aan de hand van een kwadrant op een flip over. De deelnemers kleven post-its in 3 kleuren a.d.h.v. de drie hoofdvragen hierboven, en situeren de post-its op het kwadrant met dubbele as:

- Horizontaal: welzijn – gezondheid
- Verticaal: van 0 tot 2de lijn (eerste lijn in het kruispunt)

Daarna gaan we in gesprek o.b.v. de succeservaringen, kansen en negatieve ervaringen die op de post-its staan.

Wat we meenemen uit de sessies:

Kwadrant 1^{ste} – 2^{de} lijn: Welzijn

- Goed gewerkt:
 - Samenwerken, samen met doelgroep.
 - Verschillende aspecten van mens-zijn naar boven brengen in de zorg.
 - Via ELZ: contact expertise + vertrouwen, juiste doorverwijzing.
 - Actief + pro-actief: contactopname door ELZ team.
 - VAPH & GGZ initiatieven. Mobiele crisisteam: werken outreachend.
 - Delen van 1 plek met verschillende diensten: formele en informele uitwisseling tussen werkers.
 - Expertise van 1^e, 2^e en 3e lijn verbinden in 1 team werkt. Dient wel gestimuleerd te worden door de overheid.
 - Samenwerking met lokale dienstencentra: samen detecteren van noden en het samenbrengen van diverse actoren.
- Eerder slecht gelopen
 - Tolken vinden als geestelijke gezondheidsorganisatie.
 - Samenwerken rond gezondheid.
 - Druk/snelheid waarmee soms moet gewerkt worden.
 - Communicatie tussen verschillende dienstverleners als gevolg van de diverse tools die niet op elkaar afgestemd zijn.
 - Gebrek aan kennis van het aanbod aan dienstverlening bij hulpverleners.
- Kansen
 - Coördinatie van de zorg.
 - Vb: Casemanager / zorgcoördinator aanstellen in complexe situaties.
 - Groepen hulp/zorgverlening centraliseren zodat ze beter te vinden en te bereiken zijn.

Kwadrant 1^{ste} – 2^{de} lijn: Gezondheid

- Goed gewerkt
 - Groepspraktijken: verschillende disciplines onder 1 dak verlagen sommige drempels.
 - Samenwerking met huisartsen in de buurt loopt zeer goed.
 - Wijkgezondheidscentra die optreden als casemanager.
 - MDO.
 - LOKK & farmaceutisch overleg.



- Doelgerichte netwerken rond specifieke thema's.
- Eerder slecht gelopen
 - Verschillende diensten met eigen aanbod 'vechten' om cliënt binnen te halen in functie van hoge eisen/voorwaarden rond subsidies.
 - Communicatie met huisartsen loopt moeilijk: ze zijn moeilijk bereikbaar.
 - Onvoldoende kennen van andere organisaties / disciplines zorgt ervoor dat mensen elkaar niet vinden.
 - Zorgverleners zijn niet altijd ingebed in het sociaal netwerk in de wijk.
 - Wachlijsten.
 - Ontslagmanagement ziekenhuizen.
- Kansen
 - Digitale kanalen geven mogelijkheden tot doorgeven van informatie.
 - Cultuur sensitieve zorg.
 - Per patiënt het zorgnetwerk zichtbaar maken waardoor communicatie vlotter verloopt.
 - Transmurale 1^e-2^e lijn / 1^e-3e lijn.

Kwadrant 1^{ste} – 0^{de} lijn: Welzijn

- Goed gewerkt
 - Werken op maat / op vraag.
 - Zelfregie
 - Permanentie van zowel OCMW als Dienst Maatschappelijk Werk (DMW) bij verenigingen van personen met een migratieachtergrond.
 - Good practice van samenwerking in De Stek = SAAMO + CAW.
 - Recht van de maand: hierdoor wordt op een vlotte en toegankelijke manier info doorgegeven aan mensen die ook op de 0^e lijn actief zijn.
 - Wijkgerichte samenwerking.
- Eerder slecht gelopen
 - Samenwerking tussen mantelzorgers met migratieachtergrond en woonzorgcentra.
 - Beroepsgeheim vormt soms een muur om goed te kunnen samenwerken.
- Kansen
 - Een soort hotline voor communicatie tussen professionele partners in welzijn en gezondheid.
 - Bereikbaarheid: vergroten van de mogelijkheden om elkaar te vinden.
 - Zorgzame buurten.
 - Eerstelijnsnetwerken.
 - Naadloze zorg.

Kwadrant 1^{ste} – 0^{de} lijn: Gezondheid

- Goed gewerkt
 - De relatie tussen huisartsen en mantelzorger van kwetsbare personen.
 - Er zijn goede intenties en er is de wil tot samenwerking rond de gelijklopende doelstellingen.
 - Senioren kunnen terecht bij de lokale dienstencentra voor ondersteuning GGZ.
 - COVID vaccinatie.



- Eerder slecht gelopen
 - o Samenwerking tussen mantelzorgers met migratieachtergrond en specialisten in ziekenhuizen.
 - o Hoge werkdruk leidt tot te veel focus op de eigen discipline / expertise.
 - o Versnippering van diensten.
 - o Wachtlijsten.
- Kansen
 - o Informelere samenwerkingsmomenten.

Centraal kruispunt

- Goed gewerkt
 - o Cliëntoverleg met diverse actoren over welzijn en gezondheid heen, samen met de cliënt.
 - o Multidisciplinair overleg.
 - o Samenwerking op wijkniveau.
 - o Vaccinatiestrategie via de samenwerking welzijn en gezondheid. Dit zorgde voor een goede toeleiding vanuit sociale organisaties.
 - o Coronabestrijding: samenwerking tussen 0^e, 1^e en 2^e lijn.
 - o Interdisciplinair casusoverleg van de patiënt.
 - o Samenwerking wijkgezondheidscentra en lokale voorzieningen VAPH & GGZ.
- Eerder slecht gelopen
 - o Diversiteit: er is een verschillende invulling van zorg en noden, wat een kloof op het vlak van gezondheidsvaardigheden met zich meebrengt.
 - o De seniorenraad is niet meer vertegenwoordigd in de gezondheidsraad.
- Kansen
 - o Er zou veel meer gewerkt moeten worden met casemanagers die samenwerkingsverbanden opzetten, niet enkel MDO.
 - o Communicatie over succes story's van samenwerken: good practices delen.
 - o Als je een goed professioneel netwerk hebt is het gemakkelijker om samen te werken.
 - o Doelgerichte zorg: voorzien van financiering daarvoor.
 - o Kennen van elkaars werk is een belangrijke voorwaarde om samen te werken. Graag welzijn en gezondheid overschrijdend werken.
 - o Eén communicatie- en observatieplatform.

Space 6: Preventie

Begeleiders: Jora Mommerency en Alexine Van de Weghe

Situering:

Aan de hand van gezondheidsbevordering en ziektepreventie helpen stad Gent en ELZ Gent Gentenaars om langer te leven én hun levenskwaliteit te behouden en te verhogen. Inzetten op preventie en gezonde leefstijl loont en maakt mensen minder kwetsbaar voor pandemieën en andere gezondheidsrisico's.



Op de website van Eerstelijnszone Gent vind je een [overzichtspagina](#) met het actuele Gentse laagdrempelige preventieaanbod terug.

Hoofdvragen + methodiek:

- Hoe kunnen we de verdere uitrol van de preventiereflex stimuleren in ons komend meerjarenplan?
- Welke partners moeten hierbij betrokken worden?
- Welke initiatieven/acties kunnen genomen worden om meer aandacht te laten gaan naar preventie? (i.v.m. thema's gelinkt aan preventie)?
- Hoe zou preventie een prominentere plaats kunnen krijgen binnen ELZ, binnen de zorgraad, binnen ons aanbod, ...?
- Hoe kunnen we het binnen ELZ ook hebben over preventie op het vlak van welzijn?

Met in het achterhoofd houdende:

- ❖ We leven in een ideale wereld. Alles kan, alles mag. En je hebt een onbeperkt budget voor handen.
- ❖ Wat zou er nodig zijn om dit te realiseren, of welke randvoorwaarden zijn er nodig om dit mogelijk te maken?
- ❖ Wat zijn de valkuilen, en wat houdt er ons op dit moment tegen om daartoe te komen?

Wat we meenemen uit de sessie:

Hoe kunnen we de preventiereflex stimuleren?

- Shift van curatie naar preventie - budget voor curatie zou naar preventie moeten gaan.
 - ➔ Financieringssysteem omdraaien.
 - Ook focussen op sectoren mondzorg, ggz en welzijn.
 - Analyseren van data: welke risicofactoren vallen op in Gent? Inzetten op het identificeren van problemen en de shift maken van curatief naar preventief werken.
 - ➔ Als we gezondheidsrisico's beter identificeren, kunnen we betere/gerichtere acties nemen.
- Rol van de ziekenfondsen:
 - Preventief denken stimuleren
 - Aanwezige krachten in kaart brengen
- Nood aan een vogelperspectief over de lopende werking/initiatieven die al bestaan rond preventie.
 - Bundelen?
 - Versterken?
 - ➔ Toeleiden naar bestaand aanbod, dan pas kijken naar 'nieuwe initiatieven'.
 - Nu te veel versnippering en campagnes op het moment zelf ➔ moeten meer verduurzaamd en op elkaar afgestemd worden ➔ taak van ELZ Gent om dat op 1 platform samen te brengen en te zien waar er nog ruimte is voor nieuwe campagnes.

Hoe zetten we preventie meer in de kijker? (algemeen)

- Meer inzetten op preventie in opleidingen binnen zorg en welzijnssector.
- Acties opzetten/verderzetten rond preventie:



- Zorgtraject lessen vooruit
- Diabetes conventie
- Prestatiegeneeskunde staat het in de weg
- Jaarlijks preventief consult/check voor elke Gentenaar.
- Vehicle doelgerichte zorg
 - Vertrekken vanuit patiënt: hoe kan een gezonde levensstijl bijdragen aan doelen?
 - Doelgerichte zorg: vanuit levensdoelen en zorgnoden werken.
- Campagne gezondheidsvaardigheden als good practice → zorgen voor meer van dat.
- Werken met een gezondheidscoach.
- Leren linken vanuit preventiebeleid.

Welke partners moeten hierbij betrokken worden?

- Radar/pakt: geestelijke gezondheid: samen nadenken vanuit lokale noden. Dit op verschillende niveaus en verschillende vormen van preventie. Nu al acties bij RADAR en kant en klare samenwerkingsverbanden. Dit aanbod is misschien nog te onbekend bij de partners. Er is nood aan een platform waar de partners en het aanbod samenkomen.
- Noden en aanbod moeten elkaar meer vinden. Expertisevorming is nodig.
 - ELZ kan rol opnemen als platform om meer te netwerken.
 - ELZ als overkoepelend orgaan dat het aanbod bundelt.
- Netwerken per thema. Dat mag goed opgesplitst worden.
- Expertise in kaart brengen/aanbod meer leesbaar maken. Dit via de geschikte partnerorganisaties in samenwerking met ELZ.
 - Partners: Logo's, Gezond leven, Netwerk Gezondheidspromotie.
 - Prioriteit moet zijn om de bestaande partners en het aanbod in kaart brengen.

Space 7: vermaatschappelijking van de zorg

Begeleider: Michèle Van Elslander

Situering:

In zorg en welzijn wordt steeds meer gesproken over en ingezet op vermaatschappelijking van de zorg. Vermaatschappelijking van de zorg verwijst naar het streven om

- mensen met beperkingen,
- chronisch zieken,
- kwetsbare ouderen,
- jongeren met gedrags- en emotionele problemen,
- mensen met een psychische kwetsbaarheid,
- mensen die in armoede leven,
- ...

een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, hen daarbij waar nodig te ondersteunen en de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de samenleving te laten verlopen. Dit is de theorie. Maar hoe komt dit tot uiting in de praktijk in de Gentse zorg- en welzijnscontext?



Hoofdvragen:

Hoe merken zorg- en hulpverleners in Gent de inzet op vermaatschappelijking van de zorg? Wat is positief? Wat is negatief? Welke acties moeten we ondernemen om de vermaatschappelijking van de zorg te laten 'slagen'?

Methodiek:

De deelnemers schrijven negatieve en positieve aspecten op van vermaatschappelijking van de zorg, en hoe zij deze evolutie in de praktijk ervaren. Aan de hand van de post-its gaan we in gesprek over vermaatschappelijking van zorg in zorg en welzijn in Gent, positieve en negatieve kanten en nodige acties om dit proces goed te laten verlopen.

Wat we meenemen uit de sessies:

Hoe ervaren jullie de inzet op vermaatschappelijking van de zorg?

Positief	Negatief
- De-institutionalisering biedt kansen om diverse doelgroepen te bereiken. - Beeldvorming → rolmodellen in de media, op de werkvloer. - Meerwaarde van mantelzorg meer in media. - Culturele verenigingen als actor zien. - Stad Gent zet in op kwartiermaken i.s.m. de GGZ.	- Vaak te weinig begeleiding waardoor er samenwerkingsproblemen komen in vaak al kwetsbare wijken. - Er komt veel op de eerste lijn terecht dat er niet thuishoort (huisarts is wel bereikbaar). - Overheid geeft niet de juiste omkadering om geïntegreerde samenwerking mogelijk te maken → breuklijnen en schotten doorbreken. - Stigma <-> Integratie - Meest kwetsbare doelgroepen in de kou. - Beschikbaarheid van familiale en mantelzorgers daalt enorm. - Personen met ernstige psychiatrische problematiek vinden geen aansluiting met eerstelijnsactoren.

Nodige actie:

- Veel nieuwe toepassingen zijn niet gekend waardoor rechten niet uitgeput worden (kwetsbare ouderen). Mensen die niet digitaal vaardig zijn moeten juiste ondersteuning krijgen bij processen van digitalisering.
- Meer inzetten op initiatieven zoals De Serre, Poco Loco, arbeidscoaches en IPS (individuele plaatsing en support) coaches.
- Nog meer inzetten op automatische rechtentoekenning.
- Actie rond mishandeling van kwetsbare ouderen.
- Mantelzorgers zien als volwaardige partners.
- Voldoende en regelmatig onderzoeken van behoeften, niet enkel zorg- en hulpvragen.



- Welzijn = Vlaams, Gezondheid = federaal. Hoe kunnen we integreren, centraliseren, federaliseren? Specifieke acties op lokaal niveau zijn nodig.
- Good practice: subsidies van de provincie om Vlaanderen mee te krijgen → gebruik maken van Europese subsidies om overstijgende signalen aan te pakken.

Space 7: toegankelijkheid

Begeleider: Michèle Van Elslander

Situering:

Inzetten op de toegankelijkheid van het zorg- en welzijnsaanbod in Gent is een van de hoofddoelen van Eerstelijnszone Gent. Toegankelijkheid bestaat uit meerdere facetten: begrijpbaarheid, beschikbaarheid, bruikbaarheid, betaalbaarheid, bereikbaarheid (de 5 b's).

Hoofdvragen en methodiek:

Welke drempels zorgen ervoor dat het zorg- en welzijnsaanbod in Gent niet altijd toegankelijk is? Welke acties kunnen we nemen om die drempels weg te werken?

Sidenote: in vet wat door meerdere mensen werd aangegeven.

1. BEGRIJPBAARHEID / BEKENDHEID

De mate waarin informatie over het aanbod begrijpelijk is, zodat de gebruiker kan beoordelen of het aanbod voor hem of haar bestemd is en de mate waarin er begrijpelijk gecommuniceerd wordt in de hulp- en dienstverlening zelf. De mate waarin het aanbod bekend is bij de doelgroep.

Drempels:

- **Interne regels en wetgeving die verbieden om info te vertalen.**
- **Diensten kennen elkaar zelf vaak beperkt wat efficiënte doorverwijzing belemmert.**
- Sommige doelgroepen laten voorschrift lang liggen omdat ze niet direct hun weg vinden naar de gepaste zorg binnen bv. kinesithérapie.
- Gebrek aan meertalige info.
- **Gebruik van vakjargon.**
- Door het bos de bomen zien: er is heel veel aanbod, maar welk aanbod past bij mijn noden?
- **Taboes over bv. psychologische hulpverlening.**

Acties:

- Eerstelijns/PAKT
 - o **Zorgen voor afstemming rond het gebruik van stedelijke subsidie voor sociaal tolken.**
- Diversere teams in zorg- en welzijnsorganisaties zodat "herkenbaarheid" en vertrouwen groter wordt voor verschillende doelgroepen.
- Informatie toegankelijk maken voor alle doelgroepen. Bv. toegankelijke website.
- Inzetten op netwerking tussen hulp- en zorgaanbod: wie elkaar goed kent zal ook gericht kunnen toeleiden.



2. BESCHIKBAARHEID

De mate waarin het aanbod gemakkelijk beschikbaar is en de mate waarin er administratieve en andere drempels zijn zoals wachtlijsten.

Drempels:

- Te hoge werkdruk in zorg en welzijn.
- Stigma bij mensen met een verslavingsproblematiek → sluit deuren.
- **Wachtlijsten in de VAPH.**
- Elk nieuw initiatief lijkt na verloop van tijd vol te lopen (CGG (centra geestelijke gezondheid), WGC (wijkgezondheidscentra), MT (mobiele teams),...).
- COVID zorgde ervoor dat heel veel 'diensten' onbereikbaar of niet beschikbaar waren. Daardoor komen patiënten met al hun vragen naar de WGC.
- Weinig toegang tot laagdrempelige outreachende geestelijke gezondheidszorg voor jongeren.
- Vermaatschappelijking van de zorg zorgt ervoor dat mensen te vlug naar huis gestuurd worden zonder de nodige omkadering.
- **Te lange wachtlijst voor sociaal wonen zorgt ervoor dat sommige mensen de hoop opgeven en hun aanvraag niet langer actualiseren.**
- Grootschaligheid zorgt voor minder aanspreekbaarheid en uitval. Bv. onthaal CAW.
- **Administratieve drempel + digitale kloof.**

Acties:

- Intramuraal ook extramuraal laten gaan. Bv: Patiënten meer 'loslaten' in de psychiatrie maar wel nodige ondersteuning bieden.
- Nazorg psychiatrische opname (opname voorkomen).
- Alle communicatie screenen op toegankelijkheid. Welke procedures kunnen vereenvoudigd worden?
- Voldoende preventief aanbod waar inschrijving/aanmelding niet nodig is.
- Toegankelijke documenten met bv. voice-over.
- Centrale zorgfiguren inschakelen die mensen wegwijs kunnen maken (zorgnetwerk per wijk?).
- Outreachend werken.
- Inzetten op blended care.
- 1 aanmeldpunt voor alle sociale woningen in Gent. Zodat mensen zich geen 5x opnieuw moeten aanmelden.

3. BRUIKBAARHEID

De mate waarin het aanbod aan de behoeften voldoet, ook van specifieke doelgroepen.

Drempels:

- Aanbod is vaak gefocust op ouderen met chronische zorgnoden. Maar baby's, jongeren, burgers, palliatieve zorg zijn ook eerstelijns.
- Gebrek aan open, toegankelijke en laagdrempelige plekken
→ soms is zorgnood/hulpvraag nog niet helder/duidelijk waardoor moeilijk in te passen in een hokje.
- Veel sportaanbod in Gent, maar toch niet gericht op mensen die het niet gewoon zijn om te bewegen.



- Wij begeleiden vaak cliënten met een psychische kwetsbaarheid op zoek naar een woning. Er is zeer weinig aanbod om deze mensen te begeleiden bij hun woonst/huishouden.
→ **woon coaching op private huurmarkt ontbreekt.**

Acties:

- Zorg voor een communicatiewaaijer/taalbeleid in je organisatie.
- **Cultuursensitief werken.**
- Zorg- en hulpverleners met migratieachtergrond betrekken bij ELZ.
- Meer casemanagement/trajectbegeleiding na diagnose van bv. dementie/NAH (niet aangeboren hersenletsel).
- Meer vertrekken van de einddoelgroep bij de uitwerking van het aanbod.
- Eenzaamheid: ook inzetten op laagdrempelige ontmoeting waar er nog geen duidelijke zorgvraag is, maar wel een onderliggende nood.

4. BETAALBAARHEID

De mate waarin de prijs voor het aanbod een drempel vormt, eventueel ook de 'psychologische kostprijs' of de inspanningen die de gebruiker moet leveren om van het aanbod gebruik te maken.

Drempels:

- **Kostprijs psychologische hulp is voor veel mensen nog heel hoog.**
- Derdebetalersregeling wordt niet courant toegepast.
- Ontoegankelijkheid tandzorg.
- Te weinig (gebruik van) tolken.
- Dringende medische hulp is beperkt.
- Signalen vanuit settings als onderwijs: jongeren hebben vaak bagage/een rugzak. Sommigen nemen de rol van mantelzorger op. Ze hebben meer (financiële) ondersteuning nodig.
- Connotaties bij 'OCMW', 'sociale huurder': bepaalde groepen worden gestigmatiseerd door media, beleid, sociale media, ...

Acties:

- Verhoogde tegemoetkoming van mutualiteit automatisch toekennen.
- Inzetten op verhogen van gezondheidsvaardigheden: mensen moeten zicht krijgen op hun rechten en plichten in de gezondheidszorg.
- Transparantie over het lokale zorgaanbod: welke hulpverleners zijn geconventioneerd?
- Inzetten op laagdrempelig preventief (groeps)aanbod (vb. beweeglessen in de wijkgezondheidscentra).
- **Mensen zouden zelf het recht moeten hebben om een tolk aan te vragen om mee te gaan (al dan niet via skype) naar arts, psycholoog. Dus gratis taalondersteuning en niet afhankelijk van bij welke zorgverstrekker je terecht komt of je al dan niet taalondersteuning krijgt.**



5. BEREIKBAARHEID

De mate waarin het aanbod fysiek, ruimtelijk en in de tijd toegankelijk is.

Drempels:

- **Mutualiteiten en vakbonden waren zeer onbereikbaar tijdens corona. Maar ook nu nog moeilijk te bereiken.**
- Ondanks vele inspanningen en laag remgeld of gratis toegang in de wijkgezondheidscentra zien we dat mensen in armoede belangrijke doktersbezoeken uitstellen.
- Sommige preventieve onderzoeken zoals uitstrijkje of darmkanker zijn in sommige culturen nog zeer onbekend en moeilijk bespreekbaar te maken als zorgverlener.
- **Sinds covid zijn allerlei 1^e lijndiensten zoals mutualiteiten, vakbond, ... minder fysiek open. Telefonisch of online is voor sommige mensen te moeilijk.**
- **Veel diensten leggen de focus op het 'digitale'. Bijvoorbeeld i.v.m. het aanleveren van informatie, inschrijvingen, aanvragen... Dit vraagt een grote digitale geletterdheid van burgers en maakt veel mensen kwetsbaar (niet alleen de 'gekende groep kwetsbare burgers').**
- **Bij openbare werken zijn diensten/organisaties soms voor een langere periode (5 weken) totaal onbereikbaar met het openbaar vervoer. Bij openbare werken telkens de vraag stellen: hoe geraakt de minder mobiele mens aan hulp?**
- Bereikbaarheid van professionals voor elkaar: weten wat het aanbod is, elkaar kennen.
- Algemene bereikbaarheid diensten:
 - o **Enkel online**
 - o Telefonisch: lange wachtmuziekjes – te moeilijke keuzemenu's
 - o Telefonisch: betalende nummers, bv OCMW.
- **Gent is slecht toegankelijk voor rolstoelgebruikers.**
- Contact met professionals die dossier opvolgen (bv medewerker van OCMW) verloopt moeilijk. Ofwel niet/moeilijk bereikbaar, ofwel kunnen ze de nodige info niet aanleveren.
- Slechte bereikbaarheid huisartsen. Huisbezoeken, consultatiemomenten, snelle doorverwijzing naar wachtpost.

Acties:

- Toegankelijke diensten: click + call + connect moet het principe zijn.
- **Digitale kloof voorkomen! Telefoneren moet kunnen.**
- **Digitale tools aanleren op maat van verschillende doelgroepen.**
- Toegankelijkheid Gentse taalondersteuning voor vrije beroepen → recht van de burger.
- Werken met toegankelijkheidsapps en mobiliteitsapps. Bv. novilens
- Voldoende fysieke loketten in kwetsbare wijken.



Space 8: Toekomstvisualisatie

Begeleider: Piet Vandevenne

Situering:

Tijdens het GEF willen we vooruit kijken en samen met de Gentse eerstelijnsprofessionals de toekomst van de eerstelijns uittekenen. In deze space kunnen de deelnemers volop creatief mee nadenken over het ideale scenario.

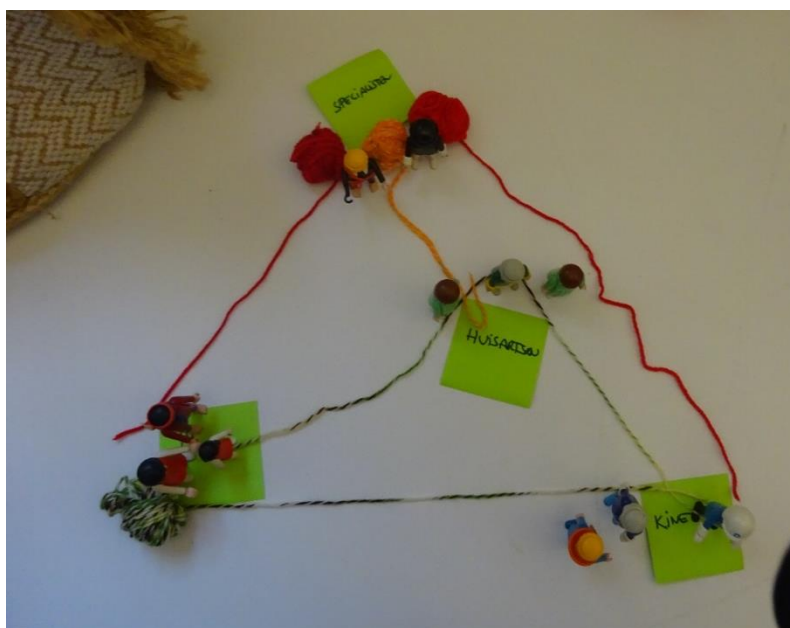
Methodiek en hoofdvragen:

Aan de hand van verschillende attributen visualiseren de deelnemers hun toekomstvisie voor de Gentse eerstelijnszone. Ze vertrekken daarbij vanuit de volgende vragen:

- Waar moet de ELZ staan in 2026?
- Waar willen jullie dat de ELZ staat in 2026?
- Wat is jullie ideale, maar realistisch toekomstbeeld van de ELZ?
- Welke thema's moet de ELZ vastnemen?
- Welke thema's moet de ELZ niet vastnemen, maar de partners wel?
- Hoe zijn jullie betrokken bij de ELZ of hoe willen jullie betrokken worden bij de ELZ?

Eén van de vele creaties:

Dit is een opstelling die focust op de verschillende communicatielijnen.



“Waar de communicatie tussen de PZON en de verschillende eerstelijnspartners vaak vlot verloopt, loopt deze grotendeels spaak tussen eerstgenoemden en een tweedelijnspartner, het is aan de Eerstelijnszone om de link naar en met de tweede- en derde lijn toegankelijker te maken.”





“Tussen de PZON en gerichte eerste-, tweede- en/of derdelijnszorg staan veel hindernissen en hoge muren, het is aan de Eerstelijnszone om dit kluwen te ontrafelen en door de muren heen te werken.”



“De eerstelijnszone mag enkele aandachtspunten niet uit het oog verliezen: focus op alle leeftijden, zelfsturing van de PZON, ruimte laten voor innovatie & de Eerstelijnszone is een belangrijke radar in het bestaande netwerk van informatiestromen.”



Suggestie box

In de suggestie box kon men toekomstgerichte suggesties steken voor de ELZ.

Wat kwam eruit:

- 1) Wijkoverleg: inzetten op netwerkoverleg op niveau van Gentbrugge. Eén overleg waar zorg & welzijn elkaar ontmoeten.
- 2) Proberen nog meer zelfstandigen te bereiken. Veel praktijken zijn multidisciplinair. Onderdeel zorg misschien nog meer differentiëren. O.a. door LOKK.
- 3) Regelmatige fysieke intervisies → Netwerken

Evaluatie GEF

Na afloop van het GEF vroegen we de deelnemers om een kleine online evaluatie in te vullen van het Gents eerstelijnsforum als evenement. 22 deelnemers evalueerden het GEF aan de hand van een aantal stellingen.

Dit zijn de belangrijkste resultaten:

- 71% van de deelnemers vonden de doelstelling van het GEF duidelijk.
19% vond de doelstelling redelijk duidelijk en 10% vond de doelstellingen niet zo duidelijk.
- Bij 62% van de deelnemers werden de verwachtingen ingelost.
28% antwoordde gemiddeld en 10% had er iets meer van verwacht.
- 60% van de deelnemers vond de sprekers interessant en relevant.
30% antwoordde gemiddeld en 10% vond de sprekers minder interessant of relevant.
- 75% van de deelnemers vond de werkwijzen in de spaces geschikt voor het GEF.
15% antwoordde gemiddeld en 10% vond de werkwijzen minder geschikt.
- 80% van de deelnemers vond de inhoud van de spaces goed gekozen.
10% antwoordde gemiddeld en 10% vond de inhoud minder goed gekozen.
- 85% van de deelnemers vond dat hij/zij zijn/haar mening kon geven en ideeën kon delen. 10% antwoordde gemiddeld en 5% vond dat hij/zij eerder weinig inspraak had.
- Nagenoeg iedereen was tevreden over de catering en vond de locatie geschikt.

De deelnemers waren vooral tevreden over de netwerkmogelijkheden en de werking van de spaces.

Enkele bijkomende opmerking van een aantal deelnemers:

- Per space waren er vrij veel deelnemers en was de tijd vrij beperkt.
- Inhoud van de spaces was soms te open of oppervlakkig.
- De spaces binnen waren iets moeilijker te volgen door de akoestiek.
- Tijdens het gedeelte van de sprekers was het beter geweest om neer te kunnen zitten.



De resultaten geven een indicatie maar zijn geen perfecte weergave gezien slechts een beperkt deel van de deelnemers deze evaluatie invulde.



