



**EERSTELIJNSZONE  
GENT**



Zorgraad 25 juni 2021

# Zorgraad 25 juni 2021

Datum: 25/06/2021

Locatie: Teams

Aanwezig: Dirk Aelbrecht, Samia Van Voren, Blondeel Jean-Pierre, De Neef Ilse, De Rocker Hendrik, Konings Riet, Seys Bert, Slock Alain, Van de Steene Isabelle, Van De Steene Willy, Van De Walle Sofie, Van De Weghe Alexine, Van Elslander Michèle, Van Kerkhove Bertien, Van Zele Leen, Vermassen Peter, Geirnaert Koen, Cnockaert Christoph, De Buck Ronald, De Vos Els, Degraef Sieglinde, Devriesere Willy, Moerenhout Edwin, Schepens Filip, Vernailen Neelke, Viane Annemie, Geert Polfliet, Dirk Aelbrecht

Verontschuldigd: Jan De Maeseneer, Katrien Van Goidsenhoven

Verslaggever: Emma De Pauw

## Agenda

1. Verwelkoming
2. Actie 'signalen' beleidsplan ELZ Gent
3. Rol ELZ Gent post-Covid
4. Mandaten ELZ Gent inclusief voorzitterschap
5. Varia

### Verwelkoming nieuwe zorgraadleden:

- Dirk Aelbrecht voor de Cluster Netwerk Eerstelijns psychologische functie
- Samia Van Voren voor de Cluster Diensten maatschappelijk werk ziekenfonds
- Koen Geirnaert voor de Cluster Departement sociale dienstverlening

### Eerste agendapunt Actie 'signalen' beleidsplan ELZ Gent (Michèle Van Elslander)

Tijdens een vorige zorgraad stonden we stil bij van welke signalen we als zorgraad trekker willen zijn. Uit die lijst werden 4 signalen op de agenda van deze zorgraad gezet. Waarom deze 4? ==> N.a.v. prioriteitenoefening Stad Gent. Op deze zorgraad worden die signalen besproken die niet bij de prioriteiten van de stad zitten. We wachten de oefening binnen de stad af om een volgende zorgraad te wijden aan andere signalen die door de zorgraad naar voor geschoven werden.

Uit het lijstje met signalen waarvan de Zorgraad de opvolging wil trekken, werden de volgende 4 signalen besproken (**meer info zie [www.beleidssignalen.be/2021/signaal-2021](http://www.beleidssignalen.be/2021/signaal-2021) en [beleidsplan ELZ Gent](#)**)

24. Geen vaste huisarts (link beleidsplan ELZ Gent, actie GMD bij operationele doelstelling 3.3)
26. Enkel kortlopende psychologische zorg is betaalbaar (link beleidsplan ELZ Gent, operationele doelstelling 3.5 Continuïteit van zorg)



70. Nood aan voor- en nazorg®© (link beleidsplan ELZ Gent, operationele doelstelling 3.5 Continuïteit van zorg)

94. Sociaal isolement®© (opvolging werd al ingegeven door de trekker op de website beleidssignalen)

+ Ondertussen kwam er ook een **nieuw urgent signaal** binnen: acute psychiatrische opnames, ook voor mensen met suïcidale gedachten kunnen niet meer.

**Volgende vragen werden door zorgraadleden voorbereid. Discussie rond de signalen en vragen erbij werden in kleine groepen besproken via break-out rooms.**

- **Wat kunnen we hier als zorgraad rond doen?**
- **Wat is de rol van elk zorgraadlid / van jou als zorgraadlid in de opvolging van dit signaal?**

Signaal 24: Geen vaste huisarts (cfr beleidsplan actie GMD bij operationele doelstelling 3.3)

**Gesprek break out room Julie/Emma:**

- Vanuit de werkgroep Zorgnet Icuro rond CRA's: probleem overbevraging huisartsen wordt hier ook gesignaleerd.
- Meer en meer groepspraktijken. Vroeger kende de huisarts het hele levensverhaal, nu niet meer. Vaste huisarts hebben is 1 zaak, maar is dat dan ook een vaste huisarts?
- + hoge druk door administratie. Tijd om met patiënten bezig te zijn neemt af, dit is het grote probleem.
- WZC vinden ook geen CRA's meer, huisartsen kunnen dit er niet meer bij nemen.
- Werd er reeds geanalyseerd wat hier allemaal in meespeelt? Waarom hebben mensen geen vaste huisarts of GMD?

Werkelijke redenen waarom mensen geen huisarts hebben moeten beter gekend zijn.

- Redenen die al vastgesteld zijn:
  - Cultuur: gewoonte uit land van herkomst om meteen naar ziekenhuis te gaan bij gezondheidsproblemen vanuit idee dat ze alleen daar onmiddellijk geholpen zullen worden
  - Pas achteraf betalen
- Derde betalingsstelsel is er, maar mensen zijn hier niet altijd van op de hoogte

Mogelijke acties zorgraad

- Info rond derde betalingsstelsel beter verspreiden. Zorgverstrekkers sensibiliseren om hulpvragers hier nog meer en beter rond te informeren.
- Bekendmaking en sensibilisering i.v.m. vaste huisarts en GMD via huisartsenwachtposten + spoed: mensen van daaruit stimuleren om vaste huisarts en GMD te hebben.
- Vanuit K&G: komen in contact met de meeste nieuwe Gentenaars die geboren worden. Ideale aanleiding om bij de gezinnen het zorgstelsel toe te lichten. Is nu reeds 1 van de acties om ernaar te streven dat elk kind een vaste huisarts heeft, GMD bespreken, kennis van de organisatie zorgstelsel is cruciaal.
- I.v.m. factor cultuur: bestaan er referentiepersonen binnen culturen om op LT te kijken wat er meespeelt in cultuur, geschiedenis en hier rond te sensibiliseren?
- Ook nood aan gedragswijziging bij artsen. Er is sprake van consumptiegedrag bij artsen (vb artsen die snel ziektebriefjes schrijven)

**Gesprek break-out room Koen:**

- Er zijn verschillende categorieën binnen de groep van mensen die geen vaste huisarts hebben, zoals
  - Mensen die geen of onvoldoende kennis hebben van rond GMD, derdebetalersstelsel, ..., en die om financiële of andere redenen (niet onmiddellijk moeten



betalen) naar de spoed gaan als er iets is. Daarbij aansluitend: er zijn ook mensen die het wel handig vinden om gewoon naar de spoed te gaan. De spoed is misschien wel iets té toegankelijk voor hen.

- Verschillende cultuurpatronen op vlak van gezondheidszorg
- Zorgvermijders
- Het OCMW kan een rol spelen bij de groep van zorgvermijders. De groep van dak- en thuislozen neemt een belangrijke plaats in bij de zorgvermijders. Hier is nog potentieel om rond te werken, ook in relatie met de doorverwijzingen naar inloopcentra.
- Mensen met een mentale beperking en die ondersteund worden hebben steeds meer en meer een vaste huisarts. Er is natuurlijk de keuzevrijheid van de mensen, maar we merken dat door het GMD minder shopping gedrag is; wat uiteraard een positieve zaak is. Binnen de groep van mensen met een mentale beperking zijn er mensen die kampen met multi-problemen. Het zijn cliënten die veel tijd vragen om alles goed uitgelegd te krijgen. Die extra tijd is niet altijd evident voor huisartsen.
- Een GMD is veel minder evident bij mensen met een mentale beperking die niet ondersteund worden. Het probleem is vooral groot bij diegenen die weinig structuur hebben. Het is niet duidelijk op welke manier die best bereikt worden.
- Bij de apothekers merken ze een groep van mensen die geen GMD hebben omdat zij op basis van bepaalde medische opvolgtrajecten systematisch contact hebben met professionals uit de 2<sup>de</sup> lijn, en van daaruit met voorschriften naar de apotheek gaan. Indien ze daarbij een vaste huisapotheek hanteren kun je die situatie wel oppikken omdat het dan wel opvalt dat er geen vaste huisarts is.
- Gezondheidsgidsen spelen sowieso een belangrijke rol bij het toeleiden naar het gezondheidszorgsysteem.
- De medische kaart is een goede zaak voor mensen zonder wettig verblijf. We mogen er wel vanuit gaan dat we maar ca. 50% van de daadwerkelijke doelgroep bereiken. Angst om in contact te komen met officiële instanties speelt hierbij een grote rol.

#### Mogelijke acties Zorgraad

- Afstemmen met ziekenhuizen om afspraken te maken over de manier van werken met mensen die beter naar een huisarts waren gegaan. (bv. wachtposten naast of vlakbij ziekenhuis, duidelijke informatie in de spoed waar het wachtpost te vinden is, ...). Ook afstemming tussen de grens van spoedeisende hulp en planbare chronische zorg mag daar op tafel gelegd worden.
- De financiële draagkracht speelt een rol om niet onmiddellijk naar een huisarts te gaan. Is het realistisch om een maatschappelijk werker te voorzien binnen een wachtpost. Een proeftuin rond de multi-disciplinaire benadering kan interessant zijn. Er wordt verwezen naar een doorgedreven manier van werken in Nederland. Een potentieel nadeel van deze manier van werken is dat de actieradius te groot zal worden, met een onmiddellijke impact op de afstand en de bereikbaarheid.

#### **Toevoeging breakout room Rachel (input Sofie Vande Walle):**

- Vanuit de huisartsenvereniging reeds enkele acties ondernomen zijn.
  - De huisartsarme regio's worden reeds opgelijst, dit monitoren ze sterk. Grens wordt gelegd op 90 huisartsen voor 100.000 inwoners. Enkele koppen worden geteld, geen VTE. Startende artsen kunnen deze info opvragen bij de huisartsenvereniging en worden zoveel mogelijk naar deze regio's toegeleid.
  - Sinds het nieuwe systeem van de wachtdienst, waarbij patiënten die zich aanmelden met huisartsenpathologie doorverwezen worden naar de huisartsenwachtpost. Zij worden daar toegeleid om een vaste huisarts te kiezen (via o.a. een folder).
  - Ook op het vaccinatiecentrum en bij opname in het ziekenhuis wordt er steeds expliciet nagevraagd of de patiënt die zich aanmeldt een vaste huisarts heeft. Op dit moment is dit al een minimale interventie.



- Nog opties voor andere acties:
  - Evt. zou er in de toekomst wel nog extra kunnen ingezet worden om patiënten die invullen/aangeven dat ze geen vaste huisarts hebben hier ook extra over te informeren. Nu wordt het enkel genoteerd maar wordt er proactief nog niets mee gedaan.
  - Een ander voorstel zou kunnen zijn om bijvoorbeeld dit ook op andere plaatsen extra te bevragen. Ik denk bijvoorbeeld aan de apotheek, de maatschappelijk assistent, de mutualiteit. Als er ook daar extra wordt ingezet op het bevragen van de vaste huisarts kan dit ook gelden als een waardevolle maar toch minimale interventie.

#### Mogelijke acties Zorgraad

- Een goede sociale kaart voorzien:
  - Met een handige zoekfunctie voor een huisarts in de buurt
  - Waar namen van individuele huisartsen kunnen worden bekeken en eventueel specifieke competenties: bijv talenkennis.

Signaal 26. Enkel kortlopende psychologische zorg is betaalbaar (link beleidsplan ELZ Gent operationele doelstelling 3.5 Continuïteit van zorg)

#### **Gesprek break-out room Julie/Emma:**

- Inzetten op preventie is bij dit signaal minstens even belangrijk. Hoe kan dit in de eerste plaats voorkomen worden?
- Binnen de WZC-sector merkt men vooral noden bij mantelzorgers. De mantelzorg kan een gigantische psychologische druk op families leggen. Oproep om zeker ook oog te hebben voor deze specifieke groep. ==> Eventueel een folder meegeven bij een nieuwe aanmelding in het WZC waar ondersteuning gekregen kan worden.
- Het bestaande aanbod in kaart brengen en inventariseren en via diverse kanalen bekendmaken. ==> vandaaruit kunnen dan een aantal acties ontwikkeld worden.
- Oprichten van een Expertisecentrum rond psychologische hulp (naar analogie van het Expertisecentrum dementie) waar men met allerlei vragen te recht kan. ==> in principe zijn er voldoende therapeuten beschikbaar maar vaak duurt het lang eer men de juiste hulp vindt. Het expertisecentrum kan hier een rol in spelen.
- Doorbreken van het taboe rond psychologische problemen en rond het hulp zoeken hierbij. ==> Dit moet meer genormaliseerd worden. Benoemen dat mentale en sociale gezondheid minsten even belangrijk zijn als fysieke gezondheid.
- Kan de stad eventueel ondersteuning bieden wanneer blijkt dat langdurige hulp onbetaalbaar wordt.
- De stelling klopt niet helemaal. Vanuit het CGG wordt bijvoorbeeld wel langdurige betaalbare zorg aangeboden maar dit is erg intensief en men heeft niet voldoende capaciteit om de vraag te beantwoorden. Hierdoor ontstaan lange wachtlijsten.

#### **Toevoeging breakout room Koen:**

- Het is sowieso een positieve zaak dat er ingezet wordt op toegankelijke eerstelijns psychologische hulp. We moeten uiteraard realistisch blijven: verschillende mensen hebben nood aan lange termijn therapieën, waarbij bij voorkeur bij 1 therapeut gebleven wordt.
- Broodnodige therapieën worden voortijdig afgebroken om financiële redenen.
- Op zich zit je ook met een onlogische situatie, waarbij een psychiater wel terug betaald wordt door RIZIV, maar een psycholoog niet of heel beperkt.
- Dit is federale materie. Vanuit de eerste lijn moeten we toch blijven signaleren dat een ruimere RIZIV terugbetaling voor psychologen nodig is. Er is nood aan een billijk systeem voor



zelfstandige psychologen. Daarnaast is het belangrijk dat de capaciteit van lange termijn psychologische ondersteuning door CGG en CAW uitgebreid wordt.

- Het OCMW probeert wel oplossingen te zoeken, ook al is het een probleem dat op een ander beleidsniveau zit. Denk aan de psychologische dienst van het OCMW, waarbij inspanningen gemaakt worden om de druk van de wachtlijsten te verminderen.

#### 70.Nood aan voor- en nazorg<sup>®</sup>© (link beleidsplan ELZ Gent operationele doelstelling 3.5 Continuïteit van zorg)

##### Gesprek break-out groep Rachel:

- M.b.t. ontslag vanuit ziekenhuizen: er is een project digitale communicatie voor betere ontslag formulieren. Zodat patiënt en arts beter op de hoogte zijn. Dit zijn alleen ziekenhuizen. Psychiatrische ziekenhuizen zijn hier helaas niet meegenomen. Wellicht wel beter om die ook mee te nemen. Er is dan wel nog meer een uitdaging m.b.t. privacy/GDPR. Idee van aparte ontslagbrieven voor diverse hulpverleners organisaties die dan de maatschappelijk assistent contacteren.
- Gat tussen residentiele zorg en thuisondersteuning.
- Er dient gebruik te worden gemaakt van het netwerk. Het initiatief moet komen vanuit residentiele sector. De Zorgraad kan een verbindende rol opnemen tussen residentieel en thuisondersteuning
- Veel loopt mank in communicatie!!
  - Zorgraad kan hier rol in opnemen.
  - MDO na ontslag met heldere afspraken
  - Ziekenhuis kan bij opname ook contact opnemen met (thuis)zorgorganisaties rondom patiënt om informatie te vergaren.

#### 94. Sociaal isolement<sup>®</sup>© (opvolging werd al ingegeven door de trekker op de website beleidssignalen)

##### Gesprek break-out room Michèle:

- Vanuit het team GGZ binnen stad Gent heeft Nuriël Milleville van het team geestelijke gezondheid Stad Gent ingezet op vereenzaming. Bedoeling is om een overzicht te bieden van wat er is en wat er dan nog nodig is. Dit via de relance-middelen van stad Gent sinds corona.
- Belangrijk is om af te stemmen op wat er uit de analyse komt? Gaat het over vereenzaamde bejaarden of over andere groepen? En van daaruit een plan opmaken om de vereenzaming aan te pakken.
- Ook buurtzorg kan hierin iets betekenen (zie oproep minister Beke), het bieden van formele en informele zorg op basis van de noden van de mensen.
- Belangrijk hierbij is om te **focussen op wie we niet bereiken** met onze initiatieven. Zorgzame buurten moet gaan over de zorg voor de populatie en dus de niet-bereikten ook includeren.
- Om mensen te bereiken die we met onze initiatieven nog niet bereiken, kunnen we de hulp van mantelzorgers inschakelen.
- **Buurtgerichte samenwerking gekoppeld aan doelgerichte zorg** (vanuit de levensdoelen van mensen) en **populatiegericht denken**, zal heel belangrijk worden en staat al in het beleids- en actieplan van ELZ Gent.
- Ook nog meer **inzetten op de mindshift** naar kwaliteit van leven (mantelzorger/patiënt betreft de zorg en niet omgekeerd), waaraan kwaliteit van zorg zich moet aanpassen.

##### Gesprek break-out groep Rachel:

- Het is moeilijk om maatschappelijk draagvlak te vinden.
- Een oplossing is netwerkversterkend werken maar dat vraagt veel capaciteit die er vaak niet is.



- Het is belangrijk dat in de samenleving bekend is/wordt gemaakt dat eenzaamheid gemeld kan worden bij de huisarts.
- Initiatieven die er al zijn:
  - Stad Gent doet er al iets mee dmv kaartje voor nieuwe burens: 'ik wil je graag leren kennen'.
  - Sociale dienstencentra doen hier veel in: gaan straat op/wijk in en daar kan ook gemeld worden
- Rol voor de zorgraad: om aanbod dat er is bij verschillende organisaties te verbinden aan elkaar.

NB: ELP-ers: zijn er voor mensen met milde tot matige klachten niet met zware problematiek

Nieuw urgent signaal: acute psychiatrische opnames, ook voor mensen met suïcidale gedachten kunnen niet meer.

#### Gesprek break-out room Michèle:

- Herkenbaar, ook voor jongeren. De crisismeldingen stijgen en we weten niet meer waar naartoe doorverwijzen. De crisisnetwerken binnen jeugdzorg en GGZ zitten vol.
- Ook bij volwassenen mag je het breder zien dan enkel de acute problemen, in veel situaties lukt het huisartsen niet om door te verwijzen. Met als gevolg dat de eerstelijns een grote verantwoordelijkheid draagt.
- Iemand met waanbeelden moet 3 maanden wachten vooraleer een neuroloog te kunnen zien.
- Is het ooit anders geweest? Ik herinner me nog dat ik 15 jaar geleden ook met jongeren moest rondrijden om ze ergens opgenomen te zien. Nu is het misschien nog nijpender.
- Ook de thuiszorg zit op zijn limiet, er geldt momenteel zelfs een opnamestop, omdat we de medewerkers geen ondersteuning kunnen bieden.
- Mensen vinden hun weg niet. Ook is het zo dat mensen hier vaak binnenvetters zijn en pas heel laat hun weg beginnen zoeken in het kluwen.
- Binnen het departement opvoeding, onderwijs en jeugd is er grote vraag naar aanbod rond socio-emotionele regulering van kinderen. Het gezinsbeleid wil ook meer en meer op preventie inzetten. Ook hier is bekendmaking van laagdrempelig aanbod belangrijk. De adviespunten van het Huis van het Kind nemen ook GGZ mee.

#### Mogelijke acties zorgraad:

- Een oplossing zoeken voor de acute problemen is één ding (hier spelen wachtlijsten en taalbarrières een rol), ondertussen kan er wel meer op preventie worden ingezet om crisissen te voorkomen. Kan meegenomen worden naar het **netwerk Gezondheids promotie**. Hier gaat het over universele preventie, psycho-educatie, wijknetwerkers GG, ...
- Voor de acute-opnamemogelijkheden is **Het Pakt** onze partner, ook voor de ondersteuning van de 0<sup>de</sup> en 1<sup>ste</sup> lijn. Er is ook het netwerk suïcidepreventie. Ook voor de eerstelijnspsychologische functies is het best om af te stemmen met Het Pakt. Van daaruit kan er een goede dispatching gebeuren.
- Mantelzorgverenigingen hebben een telefoonsysteem opgestart en kunnen helpen waar nodig.
- Kunnen we niet **profiteren van de corona-crisis** om middelen en ruimte te krijgen? Er kwam een lockdown omdat de capaciteit van het gezondheidssysteem op instorten stond. Nu staat de capaciteit van de psychiatrie op instorten. Bovendien wordt er voor iemand met hartfalen meteen 'ruimte' gemaakt, terwijl iemand met acute psychiatrische problemen in de kou blijft staan.
- **Gans het kluwen** van de primaire (veerkracht) en secundaire preventie (toegankelijkheid verhogen) kan **duidelijker** gemaakt worden. Nu vaak voor veel mensen ondoorzichtig.
- Er komen 1000 psychologen bij via Minister Vandenbroecke (welzijn en GGZ), de mobiele teams krijgen 16 mensen extra voor mobiele werking en vroeg interventie.



**(kort) gesprek break-out groep Rachel:**

- Huisarts niet voldoende onderlegd om te ondersteunen bij zware problematiek en ook ELP-ers zijn er voor mensen met milde tot matige klachten niet met zware problematiek.
- Rol van zorgraad: signaleren



**Tweede agendapunt: Rol ELZ Gent post-Covid (Berten Van Kerkhove): BESPREKING EN BESLISSING**

Wat zijn de noden post (of met) -Covid?

Aanleiding is luxeprobleem elz: als we in de begroting alle reserves incalculeren zitten we nog op positief saldo. Qua personeelsbezetting scoren we ook onder minimum. → extra personeelslid aanwerven?

Om gericht extra personeel aan te werven denken we na over op welke acties we extra willen inzetten als ELZ.

Herneming acties 2021 – waar zetten we dit jaar al op in:

- Actie 1: ELZ Gent ondersteunt welzijn en zorg in het beheersen van de COVID-pandemie
- Actie 2: ELZ Gent werkt verder aan een signalenbeleid waarbij zorg- en welzijnspartners structurele problemen kunnen signaleren, waardoor een overzicht ontstaat van diepgaande knelpunten. Vervolgens wordt gepoogd een oplossing uit te werken voor deze signalen.
- Actie 3: ELZ Gent creëert een vlotte doorverwijzing in Gent door noden van partners hierrond te bevragen en - vertrekkend vanuit de Vlaamse sociale kaart - lokaal doorverwijsflows te optimaliseren/integreren in de werking van eerstelijns werkers.
- **Actie 4:** ELZ Gent versterkt interprofessionele en intersectorale **samenwerking** door in te zetten op verschillende subacties: organiseren van interprofessionele bijeenkomsten per wijk, organiseren van themawandelingen in Gent, organiseren van trainingen doelgerichte zorg als gemeenschappelijke onderliggende visie op hulpverlening, welzijnspartners een evenwaardig forum te geven in de zorgraad (GBO, VAPH, Jeugdhulp), het uitdenken en uitbouwen van Eerstelijnsnetwerken
- Actie 5: ELZ Gent zet een **communicatiestrategie** op naar eerstelijns werkers teneinde hen beter te kunnen ondersteunen in hun werking

Potentiële extra speerpunten:

+ **Doelgerichte zorg** (cfr. beleidsplan ELZ Gent)

+ **Veerkracht** (cfr. bespreking signalen op Zorgraad, aanwerving wijknetwerkers GG) → aanwerving lopende, start op 1 september

+ **Intrafamiliaal Geweld** (nood in Gent, versterkt door corona: cfr beleidssignalen, GIPS-overleg, signalen, mogelijkheid tot samenwerken welzijn, gezondheid, lokaal bestuur, project Domus Medica ...)

Gesprek: waar kunnen we de komende tijd extra focus op leggen?

Zorgraad ging vooral in op de thema's IFG en doelgerichte zorg. Dit bleken thema's die we als zorgraad willen vastnemen en concrete acties rond willen voeren.





## Intrafamiliaal geweld (IFG)

- Vanuit **CAW** worden er een paar 1000 mensen bereikt i.v.m. dit thema, maar veel moeite om structurele samenwerking op te zetten met de gezondheidssector. Heel weinig doorverwijzing i.v.m. IFG vanuit huisartsen. Unieke kans om dat thema in dit platform op te nemen. Binnen **stadsdienst preventie voor veiligheid** is men hier ook mee bezig, probleem **samenwerking welzijn – zorg** is herkenbaar
- ELZ was samen met team preventie en veiligheid aanwezig op overleg Domus Medica rond project IFG. Afspraken i.v.m. samenwerking IFG verdaagd naar oktober. Vraag vanuit medische hoek, brug naar ELZ en Stad Gent.
- **Uitdaging:** vaak hebben artsen geen mandaat om door te verwijzen  
Huisartsen hebben meer aanmelding van gezinsgeweld. Maar patiënten willen vaak wachten met door te verwijzen. Al grote stap om het te melden. Vaak geen zicht op of ze doorverwijzing wel opvolgen. Vanuit HVG ook te weinig antwoorden op vragen als 'wat gaat er dan gebeuren als ik die stap zet e.d.'. Vragen rond vertrouwen van de patiënt  
Gelijkaardige noden bij sleutelfiguren etnisch culturele minderheden, K&G (vooral inloopteams) en thuiszorg
- CAW kan ervaringen rond aanklappend helpen delen, wil daar schouders onder zetten. Gesprekstechnisch kan CAW huisartsen ondersteunen. Concrete tip: Volgende vraag kan helpen: *'mag een hulpverlener binnenkort contact met jou opnemen om te horen wat mogelijk is, wat kan en wat niet kan?'* Dit verlaagt de drempel.
- Vormingen vanuit Domus Medica worden beter via HVG en LOK's verspreid, dan zullen huisartsen weg beter vinden naar opleiding en beter weten wat ze op vragen van patiënten i.v.m. ifg kunnen antwoorden
  
- In **opleiding** huisartsen wel focus op signalen IFG, maar niet op doorverwijzing (behalve vluchthuis of vk, maar dit is al grote stap)
- CAW had samenwerking met huisartsenopleiding. Er werd vorming gegeven over IFG aan huisartsen in opleiding. *We geven als CAW helaas geen gastles meer aan de huisartsen-opleiding ... o.v.v. hun herschrijven van hun curriculum. Zonde*
- Apothekers: **masker 19 actie** waarbij mensen op laagdrempelige manier kunnen aangeven dat er sprake is van IFG. Zo kunnen apotheker signalen opvangen en in actie schieten. Hendrik vraagt cijfers hierover na bij de beroepsvereniging.
  
- **Preventie in scholen.** Bij kinderen die opgroeien in een gezin met geweld is kans groot dat ze dit later zelf aanvaarden van hun eigen partner of zelf geweld plegen. Wanneer hier vroeg aandacht aan gegeven kan worden kan dit belangrijke start zijn.
  - In basisonderwijs merken we dat sinds M-decreet er al een enorme belasting is. Vragen over draagkracht van de scholen? Belang van omkadering voor scholen, zodat zij ergens bij terecht kunnen wanneer ze signalen opvangen. Taak van CLB om hierin rol op te nemen? Maar ze hebben hier nu geen mandaat in. Gezonde school gent: werken rond gezondheidsbeleid in scholen met kwetsbare leerlingen. Evt. met hen bespreken wat mogelijkheden zijn om rond dit thema aan de slag te gaan.
- Kindreflex: stappenplan met focus op reflex naar ondersteuning kinderen. Kinderen in beeld brengen van zodra er hulpverlener aanwezig is.
- Werkgevers (WZC, thuiszorg) vangen ook signalen op over IFG bij hun eigen personeel. Van vakbonden mogen werkgevers zich daar niet in moeien. Kunnen werkgevers hier een rol in spelen? Kunnen zij mandaat krijgen om hier acties in te ondernemen?

**Conclusie IFG:** Grote gedragenheid om rond thema IFG te werken: kruispunt thema welzijn en gezondheid. Wat is de doelstelling? Welk project zetten we op?



- Een debat waardig op de zorgraad rond dit thema: zo kunnen we ook welzijnspreventie naast Gezondheids promotie op de kaart zetten vanuit ELZ

Idee rond koppeling sociaal isolement en projectoproep zorgzame buurten.

## Doelgerichte zorg

- Unieke opdracht en opportuniteit voor de ELZ om tussen zorg en welzijn een gemeenschappelijke taal te creëren. Vanuit LDC zijn er een aantal mensen die opleiding volgden en daar erg enthousiast en versterkt door waren. Zelfde ervaring bij diensten gezinszorg en vanuit gebruikersgroep Plazzo.
- Zat al in actieplan ELZ maar is ondergesneeuwd door covid.
- Dit najaar 2 nieuwe trainingen doelgerichte zorg gepland.

Veel thema's om op te werken. Als we profiel aanwerven vanuit ELZ: waarop focussen we dan?

==> Welk profiel hebben we nodig? Kennis zit al in zorgraad. ELZ Gent heeft vooral procesbegeleider nodig. Verbinden van kennis die bij actoren en bij burgers zit. Sociale regisseur (zoals Koen in Welzijnsoverleg Regio Gent) of bruggenbouwer. Iemand die juiste mensen rond de tafel zet en aan het werk zet.

DB en team maken onderbouwde focus o.b.v. deze input.



## Derde agendapunt: Mandaten ELZ Gent inclusief voorzitterschap (Isabelle Van de Steene): VOORSTELLING SCENARIO'S EN BESLISSING

Zie [nota](#)

Berten zal directeur worden bij Zorgzaam-zkj vzw en neemt voorzitterschap niet langer op. Lieve Crobea zal vanaf 1/9 plaats Berten vervangen in zorgraad voor de sector gezinszorg. Ze zal niet in het DB zetelen.

### **Bespreking:**

#### **Verkiezing van de voorzitter in september:**

- Zorgraad is akkoord om de voorzitter te kiezen obv cascadesysteem
- Voorkeur voor optie 1, mensen die mee aan de opstart van ELZ stonden. Oproep aan zorgraadleden en mensen uit DB om verantwoordelijkheid op te nemen en continuïteit te verzekeren.
- Neutrale rol is niet evident maar wel cruciaal
- We vragen veel van de voorzitter: een halve dag per week, onbezoldigd. Geen aantrekkelijk profiel + personeelsmiddelen teveel
- Als we externe voorzitter kiezen: is dit dan betaald profiel? Zelfde geval in andere cascades
  - Je doet dit toch vanuit intrinsieke motivatie?
  - Voor een zelfstandige is dat misschien een ander verhaal
  - Halve dag per week onbezoldigd is veel
  - Toont professionaliteit om mensen toch te vergoeden, zeker als er mogelijkheden zijn (zie luxeprobleem middelen) en als je je op externe beroept.



- Er bestaat een stuurgroep tandartsen ELZ over hoe rol van de tandartsen binnen elz geoptimaliseerd worden, wat dit inhoudt en ook hier is thema vergoeding aan bod gekomen. Collega's die nog actief zijn als tandarts vinden het niet evident om niet vergoed tijd te investeren in een zorgraad. Momenteel denkplaatje bij tandartsen om vanuit beroepsvereniging vergoeding te voorzien voor de zelfstandigen.
- Engagementsstermijn: voor DB is mandaat steeds voor **3 jaar**.

*Kandidaturen kunnen tegen 3 september (datum wordt nog nagegaan) doorgestuurd worden naar de secretaris: [leen.vanzele@stad.gent](mailto:leen.vanzele@stad.gent)*

#### **Verkiezing van de ondervoorzitter in september:**

- Akkoord om de ondervoorzitter te kiezen uit het dagelijks bestuur? Zorgraad is akkoord
- DB bekijken intern wie rol opneemt

*Kandidaturen kunnen doorgestuurd worden naar de secretaris: [leen.vanzele@stad.gent](mailto:leen.vanzele@stad.gent)*

#### **Verkiezing van de penningmeester in september:**

- Akkoord om de penningmeester te kiezen uit het bestuursorgaan of de Algemene Vergadering? Zorgraad is akkoord
- Belang dat penningmeester ondersteund/gecorrigeerd moet worden vanuit DB, penningmeester zit best binnen DB. Algemeen beheer kan je niet los zien van je financiën.
- Kan ook uit AV komen, en kan dan om de zoveel tijd aansluiten bij DB volgens werkbare regelmaat

*Kandidaturen kunnen doorgestuurd worden naar de secretaris: [leen.vanzele@stad.gent](mailto:leen.vanzele@stad.gent)*

Over dit agendapunt wordt later teruggekoppeld.

#### **Varia**

- Op basis van de verschillen in personeelsbezetting tussen publieke en commerciële WZC, kwam de vraag om op Gents grondgebied te streven naar een goede omkadering vanuit een multidisciplinaire team en minimale kwaliteitseisen. Dit niet alleen voor de WZC, maar ook voor het andere zorgaanbod (VAPH, thuiszorg, ...) (Jean Pierre Blondeel)
- Doelstelling: dat elke bewoner van Gent minimum kwaliteit heeft aan zorg, ongeacht structuur of vorm van organisatie. Er is sprake van aankomende versoepelingen (vermindering) rond personeelsaantallen. Vraag naar eis rond minimumgrens naar beleid toe.
  - Zeer relevante vraag, maar overstijgt mogelijkheden van ELZ, moeilijk te capteren vanuit zorgraad
  - Extra obstakels: financiering i.p.v. keuze, ook wervingsproblematiek personeel
  - Werkgroep opstarten over: wat zijn minimale verwachtingen die je kan stellen naar de zorg
- Team ELZ Gent gaat in overleg rond dit thema met partners vanuit WZC.
- [Oproep zorgzame buurten](#) : zijn er zorgraadleden die hierop willen intekenen?
- Wordt door tijdsgebrek niet op deze zorgraad besproken, nemen we verder mee in DB.
- Vraag om Logo Gezond+ te betrekken



**Volgende vergadering: 27 augustus 2021**

