

Vlaamse overheid
Koning Albert II-laan 35 bus 33
1030 BRUSSEL
T 02 553 35 00
F 02 553 35 84
zorgengezondheid@vlaanderen.be
www.zorg-en-gezondheid.be

NOTA AAN HET KABINET

//

Datum: 5/05/2022

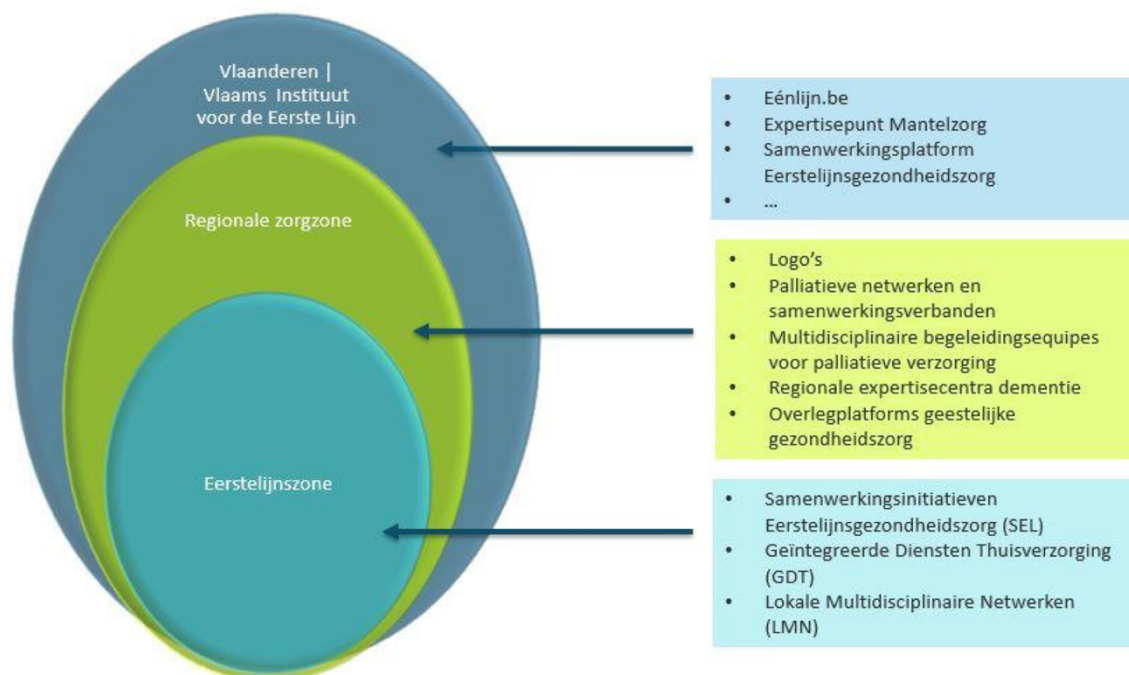
Auteur: Karen Fredrix
E-mail: karen.fredrix@vlaanderen.be
Telefoon: 02 553 33 41

Onderwerp: voorstelling resultaten traject met de pilootprojecten “Vorming regionale zorgplatformen”: krijtlijnen voor een uitvoeringsbesluit regionale zorgplatformen

//

1 SITUERING

In de toenmalige beleidsvisietekst, als resultaat van de eerstelijnsconferentie van 16 februari 2017, werd het ondersteuningslandschap voor de Vlaamse eerstelijnszorg opgedeeld in 3 niveau's: het lokale, regionale en Vlaamse niveau. Initieel was het ook de bedoeling dat elke nieuw te creëren structuur, bestaande structuren, netwerkverbanden of overlegplatformen, moest integreren.



In de vorige legislatuur was het niet meer haalbaar om naast de zorgraden op het lokale niveau en Vivel op het Vlaamse niveau ook de derde voorziene structuur, m.n. de regionale zorgplatformen, ten gronde uit te werken. Dit had deels te maken met het gegeven dat het op dit niveau (veel meer dan op de 2 andere niveau's) ging om grotere organisaties, waarvan sommige met een heel concreet aanbod naar andere organisaties en/of de persoon met een zorg- of ondersteuningsnood. Zomaar inkantelen of overgaan naar een nieuwe structuur was voor de betrokken organisaties op het regionale niveau minder vanzelfsprekend dan voor de organisaties op het lokale of Vlaamse niveau. Het fusie- of integratievraagstuk verschilde dus volledig van de discussies die voor het lokale of Vlaamse niveau golden. Bovendien werd de noodzaak aan een regionale structuur veel minder sterk verwoord dan de noodzaak voor een lokale en Vlaamse ondersteuningsstructuur. Wel werd in het eerstelijnsdecreet het regionale zorgplatform als structuur op het regionale niveau voorzien en staan er een aantal meer generieke bepalingen in het decreet rond samenstelling, vorm en opdrachten (hoofdstuk VI, artikel 14 t.e.m. 18). Tot een uitvoeringsbesluit is het echter niet gekomen.

Naar analogie met de pilootprojecten voor de vorming van de zorgraden, werd midden 2019 beslist om ook 4 pilootprojecten op te zetten voor de vorming van de regionale zorgplatformen. Na een informatievergadering, een open oproep en een beoordeling van de kandidaatsdossiers, werden eind 2019 4 projecten geselecteerd. Elk project kon beschikken over de ondersteuning van een transitiecoach. De geselecteerde projecten dienden zich te engageren tot deelname aan een lerend netwerk om de inzichten uit de pilootprojecten te vertalen in een concrete grondslag voor het opmaken van een uitvoeringsbesluit regionale zorgplatformen. In deze nota presenteren we het resultaat van dit traject, als basis voor een politiek besluitvormingsproces rond vorm, inhoud en financiering van de toekomstige regionale zorgplatformen.

2 VERLOOP VAN HET LEREND NETWERK

Het lerend netwerk rond de pilootprojecten 'regionale zorgplatformen' heeft als geen ander project in het hervormingstraject van de Vlaamse eerstelijnszorg geleden onder de COVID-19 pandemie. Nauwelijks was het project opgestart met een succesvolle en energiegeevende startdag op 14 januari 2020 in Brussel of we waren al verplicht om de volgende bijeenkomst, gepland in maart 2020, online te organiseren. Tussen de verschillende golven door werden er alles samen nog 2 bijeenkomsten live georganiseerd, maar de rest van het lerend netwerk moest noodgedwongen online gebeuren.

Een lerend netwerk is niet hetzelfde als een werkvergadering. Het vraagt om levendige interactie, die moeilijk vanachter een computercamera is te vatten. Tel daarbij het feit dat alle betrokken actoren zelf dag en nacht in de weer waren met de bestrijding van de epidemie en het mag geen verwondering heten dat er in het voorjaar van 2021, in de 3^{de} golf, beslist werd om het lerend netwerk tijdelijk 'on hold' te zetten. In het najaar van 2021 startte het lerend netwerk terug op maar ook hier leidde de 4^{de} en 5^{de} golf nog tot afgelasting van bijeenkomsten en uitstel.

Een factor die eveneens voor een moeilijk proces zorgde was het ingrijpende besluitvormingsproces rond de referentieregio's die een hypotheek legde op een aantal afbakeningen van regionale zorgzones. Dit leidde o.m. tot het (begrijpbare) vroegtijdige afhaken van het pilootproject Dender en Waas gezien de nieuwe kaart van de referentieregio's hun afbakening volledig doorkruiste.

Maar de andere 3 pilootprojecten bleven aan de slag. En COVID, hoe zwaar ook, bleek een krachtige leeromgeving. De regionale partners vonden elkaar binnen de 3 pilootprojecten om COVID-gerelateerde uitdagingen op te pakken. Op deze wijze ontstonden hechte samenwerkingsverbanden die hun meerwaarde meermaals toonden.

Grasduinen doorheen alle verslagen van bijeenkomsten en de presentaties die de pilootprojecten telkens brachten om inzicht te geven in hun werkzaamheden, toont duidelijk dat men nooit stilgezeten heeft. Er werd stelselmatig verder gewerkt aan de opdracht van de pilootprojecten. Beetje bij beetje werd de missietekst scherper en doorheen het formuleren van mogelijke strategische en operationele doelstellingen, het formuleren en al dan niet gedeeltelijk uitvoeren van projecten, lijnden er zich 4 grote opdrachten voor de regionale zorgplatformen af.

Er werd heel veel geïnvesteerd in netwerken, met elkaar van gedachten wisselen over de mogelijke meerwaarde van regionale zorgplatformen. Daarnaast heeft men vastgehouden aan de allereerste pre-COVID-ideeën over de aanpak van het lerend netwerk, waarbij het de bedoeling was om te experimenteren in cases en mogelijke projecten. Ook al was de experimenteeruimte misschien wat beperkter dan verwacht - de realiteit dwong immers dagelijks tot handelen en doelgerichte actie - hebben de experimenten rond zelfmoordpreventie, ontslagmanagement, PZON centraal, zorgstrategische planning... zeker geleid tot inzichten voor de uitwerking van de opdrachten. De ervaringen die hier werden opgebouwd zullen zeker grond vormen waar later op kan worden verder gewerkt.

Het resultaat van de pilootprojecten zijn dus alleszins hechte netwerken en veel input rond de mogelijk toekomstige rol van regionale zorgplatformen. Het zijn vooral de laatste bijeenkomsten van het lerend netwerk, die tussen pakweg september 2021 en maart 2022, die het agentschap waardevolle input hebben gegeven voor de opmaak van deze nota over missie, opdrachten en structuur van de regionale zorgplatformen. In de uitwerking van de 4 hoofdopdrachten komt de meerwaarde van regionale zorgplatformen heel duidelijk naar boven.

We starten deze nota met de door de pilootprojecten geformuleerde opdrachten, vanuit het door hen geformuleerd 'mission statement' voor de regionale zorgplatformen. Daarna volgen de door de pilootprojecten geformuleerde randvoorwaarden en de leidende principes voor de vormgeving en structuur van de regionale zorgplatformen. Met deze 3 grote blokken wordt het beeld geboden vanuit de pilootprojecten op het latere regionaal zorgplatform. In een besluitend deel geven we de visie van het agentschap op de volgende stappen. **Indien het kabinet akkoord gaat met deze visie, starten we met de opmaak van een NVR en een ontwerpbesluit.**

2 OPDRACHTEN VOOR EEN REGIONAAL ZORGPLATFORM

Mission statement

Het regionaal zorgplatform streeft naar een betere gezondheid en algemeen welzijn voor elke burger uit de regionale zorgzone. Door netwerking, samenwerking en kennisdeling met personen met zorg- en ondersteuningsnood en hun (in)formeel netwerk, professionele zorgaanbieders, organisaties uit het

beleidsdomein van welzijn en volksgezondheid en van andere beleidsdomeinen en hun netwerken realiseren wij een gezamenlijke aanpak op maat van de regionale zorgzone.

De acties van het regionaal zorgplatform bevorderen een kwalitatieve, geïntegreerde en op elkaar afgestemde organisatie van het zorgcontinuüm preventie/cure/care/palliatie op niveau van de regionale zorgzone, complementair aan het niveau van de eerstelijnszone.

Het regionaal zorgplatform legt de klemtoon ook op zorg- en welzijnsvraagstukken en -opportunities die de eerstelijnszones en/of sectoren overschrijden of kenmerkend zijn voor de hele regio en dit met bijzondere aandacht voor gezondheidsgelijkheid en wetenschappelijke onderbouwing. Ook de kloof tussen somatische gezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg en welzijn moet op dit niveau ook vernauwd worden.

Opdrachten

Om te komen tot de formulering van opdrachten vertrokken de pilootprojecten van 4 sporen:

- de opdrachten die in het eerstelijnsdecreet reeds zijn opgenomen, met het meenemen van de opdrachten die reeds door zorgraden en Vivel worden opgenomen (deze opdrachten sommen we nog eens op als bijlage bij deze nota),
- de experimenten die bottom-up zijn gegroeid en geformuleerd binnen de diverse pilootprojecten. De definities van deze experimenten waren vaak gebaseerd op ervaren leemtes of uitdagingen. Zo werden er experimenten opgezet rond zorgcontinuïteit, versterken van PZON en mantelzorgers, zelfmoordpreventie, zorgstrategische planning...
- een aantal strategische oefeningen in de schoot van het lerend netwerk waarbij mogelijke strategische en operationele doelstellingen voor regionale zorgplatformen werden geformuleerd,
- de ervaring en samenwerking in het kader van de COVID-19 crisis.

Finaal werd er geland op 4 grote opdrachten voor de regionale zorgplatformen:

1. Zorgcontinuïteit

Het **realiseren van 'zorgcontinuïteit'**, wat ook begrepen kan worden als 'ontschotting', 'naadloze samenwerking' of verbinding tussen de nulde en eerste lijn, ziekenhuizen en netwerken. Dit kan een regionaal zorgplatform doen door te faciliteren tussen de actoren, de juiste partners samen te brengen, overzicht te houden.... Meer instrumentele uitwerkingen zijn bv. draaiboeken, uitwerken van zorgpaden, afspraken maken tussen actoren rond doorverwijzing...

2. Programmamanagement

Het 'programmamanagement' van **vraagstukken en uitdagingen op een hoger populatieniveau** dan de eerstelijnszone, kwesties die echt op een regionaal niveau spelen en ook op een regionaal niveau moeten worden aangepakt, waarbij de oplossingen echt regionale interventies vergen, en niet enkel lokale.

3. Dataverwerking en interpretatie

(Bottom-up) dataverwerking en vooral data interpretatie. Het is niet de bedoeling dat regionale zorgplatformen zelf intensief aan dataverzameling, -management en -beheer doen (geen bijkomende systemen opzetten), dit is een rol die men eerder op het Vlaamse niveau ziet, aangevuld met cijfers van lokale en provinciale besturen. Maar het regionale zorgplatform is goed geplaatst om deze kwantitatieve en vooral ook kwalitatieve data (ervaringen van PZON, ervaringen met nieuwe aanpakken en methodieken...) te verrijken door (1) signalen die ze opvangen te verbinden met de verzamelde data, (2) met de kennis en aanwezige expertise in het regionale netwerk gegevens te interpreteren en (3) tendenzen die men in de data ziet te verbinden met ondernomen acties (effectmeting). Belangrijk is dat data vooral geïnterpreteerd worden in functie van trajecten eerder dan van momentopnames (zie ook opdracht rond zorgcontinuïteit). Op deze wijze kan het regionaal zorgplatform ook een signaalfunctie opnemen,

zowel naar het meer lokale niveau toe, als naar het Vlaamse niveau. Dit werk vormt ook de grondslag voor de zorgstrategische planning.

4. Regionaal zorgstrategische planning

Een regionaal zorgstrategisch plan is het resultaat van de afstemming en integratie van onderliggende zorgstrategische plannen (ziekenhuisnetwerken, zorgraden, ggz...) in de regio: zowel voor het gezondheidszorgaanbod als voor het welzijnsaanbod. Het brengt de regionale zorgnoden in kaart en tekent uit welk aanbod daar in de toekomst tegenover moet worden gesteld. De opdracht van een regionaal zorgplatform is om **de integrale zorgstrategische planning op het regionale niveau uit te voeren**. Ze brengt de plannen en partijen samen, doet voorstellen voor integratie, leidt de nodige gesprekken hierover en dient het finale regionale zorgstrategische plan in bij de Vlaamse overheid. Het regionaal zorgstrategische plan vormt niet alleen de basis voor de adviesfunctie van het regionaal zorgplatform t.o.v. overheden (lokaal, Vlaams en federaal). Het vormt ook een richtsnoer voor eigen programma's en samenwerkingen.

Om deze opdrachten op een goede manier te kunnen uitvoeren, zijn een aantal randvoorwaarden cruciaal:

- Een minimum aan middelen om deze opdrachten te kunnen coördineren en uitvoeren op een neutrale manier
- Een duidelijke governancestructuur voor de regionale zorgplatformen (zie verder)
- Goede afstemming met de regiefunctie van lokale besturen
- Kunnen beschikken over voldoende en kwalitatieve data (Vlaamse overheid speelt hier een belangrijke rol maar ook andere actoren)

3 STRUCTUUR

In het huidige eerstelijnsdecreet stipuleert artikel 14 dat het regionaal zorgplatform een rechtspersoon moet zijn. Op basis van de inzichten en discussie met alle betrokkenen bij de pilootprojecten voor de vorming van regionale zorgplatformen, kan alleszins niet gesteld worden dat hier een grote eensgezindheid over bestaat. De deelnemers aan de pilootprojecten vertrekken in hun denkoefening over de noodzakelijke structuur van een aantal leidinggevende principes:

- De structuur moet een gelijkwaardige vertegenwoordiging van alle betrokken actoren toelaten. Grotere of financiële sterkere organisaties hebben op zich geen groter gewicht.
- De structuur moet voldoende het bottom-up proces, de voeding van onderuit, de idee van een echt open organisatie mogelijk maken
- De structuur moet voldoende neutraliteit en objectiviteit vanuit de aansturing mogelijk maken
- De structuur moet engagement stimuleren, schijnparticipatie tegengaan en vrijblijvend lidmaatschap ontmoedigen. Deelnemers aan de structuur moeten gestimuleerd worden in het nemen van initiatief en het oppakken van eigenaarschap
- De structuur moet toelaten om voldoende slagkracht te ontwikkelen
- De structuur moet verantwoordelijkheden en bevoegdheden leggen waar ze het best worden opgenomen (subsidiariteit)
- De structuur moet co-creatie stimuleren

Achter het formuleren van deze principes door de deelnemers aan de pilootprojecten zitten 2 grote verlangens. Vooreerst moeten regionale zorgplatformen voldoende mogelijkheden en hefboomen hebben om de geformuleerde opdrachten op een ernstige manier uit te voeren: dit impliceert een minimum een financiële ruimte om een aantal taken uit te voeren en de coördinatie van het regionale netwerk uit te voeren. Maar men is anderzijds op zijn hoede voor een structuur waarbij organisatieloga's de overhand

nemen en waar bestuurlijke kwesties (bv. zetelverdeling, machtsverhoudingen...) de flexibiliteit in de werking en het engagement van deelnemers fnuiken.

4 VISIE OP DE VOLGENDE TE ZETTEN STAPPEN

Al dan niet een nieuwe structuur?

Op dit ogenblik lijkt het ons nog te vroeg om resoluut te kiezen voor een volwaardige tussenliggende structuur op het regionale niveau. Hiervoor zien we verschillende redenen:

- Hoewel de pilootprojecten heel erg hebben gezocht naar een duidelijke complementariteit t.a.v. de zorgraden en VIVEL, blijft er een niet te ontkennen overlap met missie en opdrachten van zorgraden en de interactie met opdrachten die in de toekomst op het Vlaamse niveau zullen opgenomen worden (VIVEL/agentschap). Enkele voorbeelden:
 - de gedefinieerde missie sluit in essentie sterk aan bij de missie van zorgraden,
 - voor wat betreft de opdracht rond dataverwerking en interpretatie is het wellicht te vroeg om echt de aanvullende waarde t.a.v. de rol die het agentschap in de komende jaren zal opnemen wat betreft het ter beschikking stellen van data en hoe de zorgraden hiermee aan de slag gaan,
 - voor wat betreft de opdracht rond programmamanagement. Het is zonder twijfel zo dat er problemen zullen zijn die het niveau van de zorgraden overschrijden, in de pilootprojecten zelf zijn er zo duidelijke voorbeelden geven wat betreft bv. aanbod van geestelijke gezondheid, jeugdwezijn.... De pilootprojecten waren echter te beperkt in tijd en omvang om een antwoord te bieden op de vraag in welke mate deze opdracht de inzet van mensen en middelen vergt. Bovendien moet ook verder uitgezocht worden hoe de opdracht rond programmamanagement aansluit bij de opdrachten rond zorgcontinuïteit en regionaal zorgstrategische planning.
- De opdracht voor het opstellen van een regionaal zorgstrategische planning is tot op heden altijd gezien als een opdracht voor een regionaal zorgplatform. Vandaar dat ze reeds in het decreet als dusdanig is omschreven. Maar eigenlijk is er verder wettelijk nog maar zeer weinig uitgewerkt m.b.t. regionaal zorgstrategische plannen, met uitzondering van de loco-regionale zorgstrategische plannen van de ziekenhuisnetwerken. En hier zit een probleem: hoe kan je de verantwoordelijkheid opnemen over iets dat eigenlijk nog niet echt gedefinieerd is, waarvan nog niet duidelijk waarvoor het allemaal gebruikt zal worden, wie er allemaal bij betrokken moet worden...
- Het landschap op het regionale niveau is volop in beweging:
 - er loopt een traject over de toekomstige positionering en opdrachten van de Logo's;
 - het hervormingstraject voor de palliatieve sector is recent opgestart,
 - in de komende maanden en jaren dient onderzocht hoe de werkingsgebieden van alle voorzieningen met een werking op het regionale niveau aangepast moeten worden aan de door de Vlaamse regering goedgekeurde referentieregio's
- voor wat betreft de verhouding met de zorgraden, toch essentieel voor de vormgeving van het regionale niveau, spelen er 2 elementen:
 - er is sowieso het hervormingstraject geïnitieerd door de afspraak in het Vlaamse regeerakkoord rond het versterken van de betrokkenheid van de lokale besturen. Het resultaat van dit traject zal impact hebben op samenstelling en opdrachten van de zorgraden en dus een impact hebben op hoe de zorgraden zich verhouden tot regionale voorzieningen en thema's,
 - en er is sowieso het gegeven dat zorgraden, sinds hun erkenning, nog weinig gelegenheid hebben gehad om actief bezig te zijn met die zaken waarvoor ze zijn opgericht (zie

opdrachten in bijlage). De zoektocht naar complementariteit met een regionale structuur komt daardoor wellicht te vroeg.

Maar helemaal geen stappen richting meer samenwerking en integratie op het regionale niveau, is ook niet aangewezen omwille van volgende redenen:

- we hebben in de pilootprojecten heel duidelijk de meerwaarde kunnen constateren van de kennismaking, netwerking en gezamenlijk optreden van de betrokken structuren (Logo's, palliatieve netwerken, netwerken ggz, expertisecentra dementie, zorgraden, ziekenhuisnetwerken...). Er ontstaat meer gezamenlijk slagkracht, verbondenheid van opdrachten, kennisdeling.... Het beste bewijs hiervan is dat de pilootprojecten, niettegenstaande ze formeel zijn afgelopen, hun activiteiten zelfs zonder bijkomende financiering blijven verderzetten. In het pilootproject in de Kempen onderzoekt men zelfs pistes om meer vorm te geven aan het ontstane netwerk;
- de opdracht m.b.t. zorgcontinuïteit kunnen we niet zomaar negeren. Met de overgang van SEL/LMN naar zorgraden is de voormalige opdracht m.b.t. vormgeven en opvolgen van de zorgtrajecten (die vroeger bij LMN zaten) eigenlijk wat tussen de mazen van het net gevallen. De afstemming tussen eerste lijn en gespecialiseerde zorg, het bevorderen van zorgcontinuïteit zijn te belangrijk om ze niet ergens een plek te geven. Het regionale niveau is hiervoor het juiste.
- tot slot, en hiervoor mogen we vanuit de overheid ook niet blind zijn, is de netwerkvorming op het regionale niveau, deels geïnitieerd door de structurering van het zorglandschap de laatste jaren, hoedanook bezig, en niet enkel in de regio's waar er een pilootproject liep. Zo hebben we weet van initiatieven in Zuid-West-Vlaanderen (vanuit de voormalige sterke SEL-werking, vanuit het project geïntegreerde zorg), in Oost-Vlaams-Brabant (getrokken vanuit de Hak's, het ziekenhuisnetwerk...), stad Antwerpen (hier sterk op initiatief van de UA), Limburg (op het provinciale niveau). M.a.w. de regionale netwerkvorming gebeurt nu al. De vraag is of we hier vanuit de Vlaamse overheid toch een stuk sturing en ondersteuning aan willen geven.

Conclusies

Als we dit alles meenemen in concrete ideeën voor te zetten regelgevende stappen (BVR Regionale zorgplatformen), pleiten wij voor een geleidelijke aanpak die alle opties voor de toekomst (volgende legislatuur) meeneemt:

- voorzie in de implementatie van regionale zorgplatformen een **eerste fase van 3 tot 5 jaar** waarin de regionale zorgplatformen in Vlaanderen zich geleidelijk aan kunnen vormen,
- creëer de mogelijkheid om binnen de verschillende referentieregio's:
 - elk op een eigen tempo de regionale zorgplatformen te creëren,
 - tijd te geven voor het proces van afstemming van de werkingsgebieden van de deelhebbende organisaties aan de afbakening van de referentieregio's
- verplicht regionale zorgplatformen dus niet van meet af aan om een zwaardere (VZW-)structuur op te zetten die onmiddellijk alle energie en aandacht gaat opeisen. Start met – net zoals bv. in de netwerken GGZ – de financiering van een netwerkcoördinatiefunctie en eventueel wat werkingsmiddelen op basis van een goedgekeurd dossier waarin men de wijze beschrijft waarop men opdrachten die door de Vlaamse overheid naar voren worden geschoven, zal opnemen,
- focus voor die opdrachten in de eerste plaats op de opdracht rond zorgcontinuïteit en het zoeken naar verdere invulling van de opdracht rond programmamanagement.
- werk met een financiering voor het opnemen van specifieke opdrachten eerder dan een globale financiering. Zo is er voor het uitvoeren van een regionaal zorgstrategische planning nog verdere regelgevend werk nodig maar kan men voor de opdrachten rond het realiseren van zorgcontinuïteit en het programmamanagement van vraagstukken op een hoger populatieniveau dan de ELZ relatief snel het regionale platform in actie zetten,

- door dit laatste te doen stimuleer je actiegerichte werking eerder dan de ontwikkeling van een nieuwe structuur,
- leg geen eisen op m.b.t. het creëren van logge governancestructuren: stimuleer een open netwerk structuur aangestuurd door een beperkte stuurgroep van onafhankelijke leden.

5 BUDGETTAIRE IMPACT IN DE EERSTE JAREN

Er werden tot op heden, ook niet in een meerjarenbegroting, middelen gereserveerd voor de regionale zorgplatformen. Voor het opstarten van een regionaal zorgplatform is er nood aan een vergoeding voor een coördinatiefunctie en wat werkingsmiddelen voor de uitvoering van de weerhouden opdrachten (zie boven: het opnemen van de opdrachten hoeft niet gelijk te starten). Per regionaal zorgplatform dien je hiervoor toch minimaal te rekenen op 120.000 tot 150.000 euro. Als we uitgaan van 15 regionale zorgplatform (Limburg=1 regionale zorgzone), betekent dit een financiële impact van € 1.800.000 tot € 2.250.000.

6 VOORSTEL

Na goedkeuring van het kabinet van de uitgangspunten in deze nota en het aanduiden van de financiële ruimte, verwerkt het team eerste lijn deze nota in een Nota Vlaamse regering en een voorstel van BVR. Dit proces kan in parallel verlopen met de aanpassing van het BVR Zorgraden als gevolg van het traject “Versterking van de werking van de zorgraden”



Dirk Dewolf
Administrateur-generaal

Bijlage: opdrachten van zorgraden en VIVEL

Alle (niet COVID-gebonden) opdrachten van de zorgraden:

1. *afstemming bevorderen tussen preventie, begeleiding, ondersteuning, curatie en revalidatie op het vlak van welzijn en gezondheid om te evolueren naar een integrale zorgverlening voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag;*
2. *de eigen bijdrage aan de opdracht van de regionale zorgplatformen, zijnde het opstellen van een regionaal zorgstrategisch plan, voorbereiden via de volgende activiteiten:*
 - a) *de noden en behoeften van de populatie in de eerstelijnszone op basis van empirisch onderbouwde gegevens in kaart brengen;*
 - b) *een optimale ontwikkeling van het zorgaanbod in de eerstelijnszone schetsen;*
 - c) *prioriteiten bepalen binnen het kader van de Vlaamse beleidsdoelstellingen en rekening houdend met de doelstellingen zoals geformuleerd in de meerjarenplanning van de lokale besturen;*
 - d) *een voorstel van aanpak van de knelpunten opstellen;*
3. *initiatief nemen tot afstemming van de lokale en buurtgerichte noden en bovenlokale problematieken waaraan lokale besturen een bijdrage leveren;*
4. *meewerken aan de invulling en uitvoering van een Vlaams kwaliteitsbeleid voor de eerste lijn, op basis van de indicatoren, richtlijnen en methodieken die het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn en het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg ontwikkelen of valideren.*
5. *afspraken met de lokale besturen over al de volgende aspecten:*
 - a) *de afstemming met de lokale sociale hulp- en dienstverlening;*
 - b) *de ondersteuning van het geïntegreerd breed onthaal;*
 - c) *de samenwerking voor de informele en buurtgerichte zorg.*
6. *eerstelijnszorgaanbieders stimuleren om zich te verenigen met het oog op intraprofessionele samenwerking;*
7. *informatie en methodieken ter beschikking stellen met het oog op een goede organisatie en vertegenwoordiging.*
8. *multidisciplinaire en interdisciplinaire samenwerking operationaliseren door lokale afspraken te maken over die samenwerking;*
9. *vorming aanbieden met een bijzondere aandacht voor deskundigheidsbevordering rond alle aspecten van een geïntegreerde zorgverlening, de interdisciplinaire samenwerking en het gebruik van ICT- applicaties ter ondersteuning van de praktijkvoering;*
10. *initiatieven en praktijken ondersteunen van zorgaanbieders die personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, mantelzorgers en vrijwilligers als volwaardige zorgpartner betrekken;*
11. *ondersteuning bieden bij de toepassing van methodieken rond zorgplanning;*
12. *de zorgaanbieders helpen met het oplossen van problemen, knelpunten of drempels op het vlak van de organisatie van de praktijkvoering en de samenwerking tussen de zorgaanbieders;*
13. *de uitwerking van een klachtenbeleid door de zorgaanbieders ondersteunen;*
14. *digitale gegevensdeling tussen de zorgaanbieders van de eerstelijnszone stimuleren;*
15. *erover waken dat de gegevens van de zorgaanbieders in de sociale kaart altijd geactualiseerd en volledig zijn en als dat nodig is daarvoor initiatieven nemen.*
16. *de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen en eigen doelstellingen voor de eerste lijn mee operationaliseren in samenwerking met de lokale en regionale partners en de zorgaanbieders;*
17. *initiatieven nemen om de gezondheid en het welzijn van de bevolking te verbeteren, met bijzondere aandacht voor een toegankelijke eerstelijnszorg en kwetsbare doelgroepen.*

De opdrachten voor VIVEL zijn samengevat:

1. *informatie en data ontsluiten en samenbrengen en die op een actieve manier ter beschikking stellen aan alle zorgaanbieders;*

2. *de zorgaanbieders adviseren, coachen, vormen en sensibiliseren;*
3. *innovatie in de eerstelijnszorg stimuleren;*
4. *de toegankelijkheid en de kwaliteit van de eerstelijnszorg in het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad bevorderen en opvolgen;*
5. *de Vlaamse Gemeenschap adviseren.*
6. *de zorgraden begeleiden bij hun personeelsadministratie, hun personeelsmanagement, hun boekhoudkundige verplichtingen en hun verenigingsrechtelijke verplichtingen, als aangewezen partnerorganisatie conform artikel 14, eerste lid, 10°, van het besluit van de Vlaamse Regering van 17 mei 2019 tot erkenning en subsidiëring van de zorgraden en houdende inwerkingtreding van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders*
7. *een opleidingsaanbod voor alle zorgaanbieders ontwikkelen en uitvoeren om interprofessionele samenwerking te bevorderen;*
8. *de Vlaamse Gemeenschap en de eerstelijnszorg adviseren en ondersteunen als er maatregelen ter bestrijding van een gezondheids crisis worden uitgevoerd;*
9. *empirisch onderbouwde strategieën, methodieken en implementatietools ontwikkelen:*
 - a. *om de organisatie van de eerstelijnszorg te ondersteunen;*
 - b. *met betrekking tot preventie in de eerste lijn;*
 - c. *met betrekking tot mantelzorg;*
10. *de kennis en de ondersteuning van de eerste lijn over de volgende materies uitbouwen:*
 - a. *mantelzorg;*
 - b. *preventie;*