



Vlaams
Parlement

stuk **2175** (2012-2013) – Nr. 1
ingediend op 16 september 2013 (2012-2013)

Gedachtewisseling

over het Jaarverslag 2012
en de visienota 'Integrale zorg en
ondersteuning in Vlaanderen'
van de Strategische Adviesraad voor
het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid

Verslag

namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid,
Gezin en Armoedebeleid
uitgebracht door mevrouw Mieke Vogels

Samenstelling van de commissie:

Voorzitter: mevrouw Katrien Schryvers.

Vaste leden:

de dames Sonja Claes, Cindy Franssen, Vera Jans, Katrien Schryvers;
mevrouw Marijke Dillen, de heren Felix Strackx, Erik Tack;
de heer Peter Gysbrechts, mevrouw Vera Van der Borght;
de dames Mia De Vits, Else De Wachter;
de dames Lies Jans, Helga Stevens;
mevrouw Ulla Werbrouck;
mevrouw Mieke Vogels.

Plaatsvervangers:

de dames Caroline Bastiaens, Griet Coppé, Kathleen Helsen, Tinne Rombouts;
de heer Wim Van Dijk, mevrouw Linda Vissers, de heer Wim Wienen;
de dames Gwenny De Vroe, Lydia Peeters;
mevrouw Güler Turan, de heer Bart Van Malderen;
de dames Danielle Godderis-T'Jonck, Goedele Vermeiren;
de heer Jurgen Verstrepen;
de heer Bart Caron.

INHOUD

I.	Uiteenzetting door professor Jan De Maeseneer, voorzitter van de SAR WGG	4
1.	Jaarverslag 2012	4
1.1.	Vergaderingen	4
1.2.	Adviezen	4
2.	Visienota Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen	4
2.1.	Probleemschets	4
2.2.	Een nieuw zorgparadigma	4
II.	Vragen van de leden	5

Bijlagen: zie [dossierpagina](http://www.vlaamsparlement.be/dossierpagina) op www.vlaamsparlement.be

Op dinsdag 25 juni 2013 hield de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebeluid een gedachtewisseling over het Jaarverslag 2012 en de visienota Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen van de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR WGG). Gehoord werden professor Jan De Maeseneer en de heer Gunter Naets, respectievelijk voorzitter en secretaris van de SAR WGG.

Het jaarverslag en de visienota zijn terug te vinden op de [dossierpagina](http://dossierpagina.vlaamsparlement.be) van dit stuk op www.vlaamsparlement.be.

I. UITEENZETTING DOOR PROFESSOR JAN DE MAESENEER, VOORZITTER VAN DE SAR WGG

1. Jaarverslag 2012

1.1. Vergaderingen

Er vonden in 2012 elf plenaire raadsvergaderingen plaats. Het dagelijks bestuur kwam twee keer samen. Er waren vijf vergaderingen van de vaste werkgroep van de SAR WGG die de plenaire vergaderingen voorbereidt. Er was een aantal vergaderingen van subwerkgroepen en hoorzittingen. Er was drie keer overleg met de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Op de elf raadsvergaderingen waren gemiddeld 17,5 leden aanwezig. Elk lid was gemiddeld zes keer op een raadsvergadering aanwezig in 2012.

1.2. Adviezen

De raad telt 28 leden, die worden aangeduid op basis van de organisaties zoals decretaal bepaald. Daarnaast worden enkele onafhankelijke deskundigen toegevoegd. Ze hebben in 2012 twintig adviezen uitgebracht. Achttien adviezen zijn reactief. Twee adviezen werden op eigen initiatief uitgebracht. Negentien adviezen werden na lang debat bij consensus verstrekt en één advies bij meerderheid. Dertien van de twintig adviezen gaan over het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

De adviezen bestrijken een heel breed domein. De SAR WGG heeft niet altijd de nodige expertise in huis. Er wordt dan een beroep gedaan op externe deskundigen en op de eigen staf.

2. Visienota Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen

2.1. Probleemschets

De visienota Integrale zorg en ondersteuning is een tweede visienota en probeert de wijzigingen in de samenleving en hun effecten op de zorg tegemoet te treden. Deze visienota moet bijdragen tot een onderbouwd advies over particuliere dossiers. De huidige ontwikkelingen zijn de atomisering van de samenleving, de vergrijzing, de gezondheidskloof met toenemende precarisering en de toenemende vraag naar vermaatschappelijking van de zorg. Er zijn grote uitdagingen voor individu, samenleving en zorg zoals de verschuivingen in de zorg- en ondersteuningsbehoeften en de opvang van de zorgvragen. Het belang van het versterken van de sociale cohesie en het toenemende belang van informele zorg moeten worden opgevangen. De zorg en ondersteuning moeten performanter, toegankelijk en rechtvaardig zijn.

2.2. Een nieuw zorgparadigma

Volgens het nieuwe zorgparadigma zijn de behoeften, vragen en doelstellingen van de persoon met een zorgbehoefte het uitgangspunt van elk zorg- en ondersteuningsverlenend

proces. Er wordt gestreefd naar een paradigmashift van probleem- naar doelgeoriënteerde zorg en ondersteuning. Het uitgangspunt is wat de zorgvrager als gewenste kwantiteit en kwaliteit van leven formuleert. Deze doelstellingen kunnen verschillen van die van de professional. De shift moet leiden tot een dialoog tussen de zorgvrager en de professional.

In een zorgende samenleving ligt de nadruk op het subsidiariteitsprincipe. Wat door zelfzorg kan worden gerealiseerd, moet niet door een professional worden geleverd. Wat een professional met beperkte bekwaamheden kan, moet niet door een professional met hogere deskundigheid worden gedaan. Elke vorm van deskundigheid wordt kwaliteitsvol ingezet op het niveau waar ze het best rendeert, en dit met nadruk op preventieve acties. Er moet vooral gezocht worden naar de verbindende krachten in de samenleving. Op dit punt kan belangrijke winst worden geboekt. Gemotiveerde en deskundige hulp- en zorgverleners die kwaliteit bieden op een open, horizontale en toegankelijke wijze hebben een belangrijk effect op het tegemoet treden van de meest kwetsbaren in de samenleving.

Werken aan integrale steun en ondersteuning is voor de SAR WGG een belangrijk leidmotief. De SAR WGG probeert de paradigmashift te realiseren vanuit een domeinoverstijgend perspectief. Dat perspectief is belangrijk voor de diagnostiek en voor het inzetten van mensen en middelen. Er moet intersectorale actie komen. Sociale determinanten zijn belangrijk voor sociale verschillen in gezondheid en ziekte. Het direct toegankelijk eerstelijnsaanbod moet worden versterkt zodat mensen weten waar ze naartoe kunnen. Er moet worden ingezet op een generalistische eerstelijnsopvang om vervolgens waar nodig gespecialiseerde trajecten te ontwikkelen.

Professor *Jan De Maeseneer* hoopt afsluitend dat de visienota kan bijdragen aan een toetsing voor het beleid en aan de manier waarop de samenleving zorg en ondersteuning aanbiedt.

II. VRAGEN VAN DE LEDEN

Mevrouw *Marijke Dillen* wil weten hoe de onafhankelijke experts worden geselecteerd. Kunnen de adviezen worden geconsulteerd op het internet? Zijn er nog andere visienota's die los van de adviezen worden geformuleerd?

Mevrouw *Mieke Vogels* is tevreden met de visienota Integrale zorg en ondersteuning. De integrale jeugdhulp is op basis van dezelfde principes gestart. Ze begrijpt daarom niet dat de SAR WGG een positief advies uitbracht over het ontwerp van decreet betreffende de integrale jeugdhulp (*Parl. St.* VI.Parl. 2012-13, nr. 1952/1) dat in alles het tegenovergestelde is. De eerste lijn wordt niet versterkt want alle middelen zitten achter de toegangspoort. Er is geen direct aanspreekpunt in de buurt van de jongeren. De hulpverlener wordt er niet aangesproken op zijn creativiteit vanwege de hoge mate van protocollering. Integrale jeugdhulp vertrekt vanuit een diagnostisch model. De spreekster vindt dat een gemiste kans op een ogenblik dat zelfs de psychiatrie erkent dat het medische model zijn beperkingen heeft. De mens moet holistisch worden benaderd. Ziek makende factoren zijn factoren uit de context. Hoe ziet de SAR WGG de verwezenlijking van deze visienota in de praktijk? Binnenkort zal er waarschijnlijk advies moeten worden uitgebracht over het voorontwerp van decreet over de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap. Dit ontwerp van decreet zal volgens dezelfde methodes werken als de integrale jeugdhulp.

Voorts wil mevrouw Mieke Vogels vernemen of de SAR WGG een advies voorbereidt over de nieuwe over te hevelen bevoegdheden. Ten slotte suggereert ze de SAR WGG een visienota te schrijven over hoe kwaliteit van zorg gemeten dient te worden.

De heer *Bart Van Malderen* gaat niet akkoord met de stelling van mevrouw Vogels dat in recente initiatieven de geest van deze visienota niet terug te vinden is. Op haar kritiek op het

decreet van 12 juli 2013 betreffende de integrale jeugdhulp is de meerderheid gedeeltelijk ingegaan. Hij wijst mevrouw Vogels erop dat er nog geen voorontwerp van decreet is over de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap. Wat hij er wel van weet is dat de conceptnota Persoonsvolgende financiering personen met een handicap (*Parl. St. VI. Parl. 2012-13, nr. 2174/1*) bepaalt dat het toegankelijke eerstelijnsaanbod moet worden versterkt. Intersectorale samenwerking voor alle aanbieders moet worden ingeschreven. In de conceptnota worden voorts domeinoverschrijdende beleidskeuzes gemaakt om meer dan alleen op de handicapspecifieke zorg te kunnen rekenen voor de maatschappelijke integratie van personen met een handicap. De volledige samenleving moet ervoor zorgen dat personen met een handicap ten volle kunnen participeren aan de maatschappij.

Bij de maatschappelijke ontwikkelingen wordt de vermaatschappelijking van de zorg geplaatst naast atomisering, vergrijzing en de gezondheidskloof. De spreker vindt vermaatschappelijking van de zorg eerder een antwoord. In de samenleving zijn er enkele elementen die aantonen dat de vermaatschappelijking van de zorg op limieten botst. Full employment maakt informele zorg minder evident. De financiering van de sociaal gecorrigeerde markteconomie en van de sociale zekerheid vormt een beperking voor de vermaatschappelijking van de zorg. Mantelzorger zijn is in die omstandigheden minder evident. Systemen als tijdskrediet zijn daarvoor in de plaats gekomen. Die systemen worden steeds meer in vraag gesteld en vereisen behoorlijk wat middelen.

Het versneld juridiseren van de samenleving zal intersectoraal werken daarentegen wel hypothekeren. Men probeert alles in regels en procedures te gieten om vervolging te vermijden. Het verkleuren van de samenleving zal ook gevolgen hebben voor de welzijnsvraag.

De heer *Peter Gysbrechts* vraagt in welke mate de uitgebrachte adviezen gevolgd worden.

In de visienota worden de uitdagingen goed geschetst. Het is evident dat de patiënt wordt geresponsabiliseerd. Dat zal echter educatie en coaching vergen die qua intensiteit zal verschillen van persoon tot persoon, en intensiever zal moeten zijn dan de bestaande. Responsabilisering van het netwerk is nog moeilijker. De gezinnen zijn uitgedund en velen zijn voltijds professioneel actief. De visienota geeft niet aan hoe de gezinsondersteuning op lange termijn houdbaar te maken. Er is geen antwoord op wat een goede verhouding is tussen de verantwoordelijkheid van de cliënt en zijn omgeving enerzijds en de professionele zorg anderzijds. Wie gaat dit proces bewaken? Er is een oproep om vaker een beroep te doen op reguliere diensten. Dat zijn vaak thuiszorgdiensten, die niet altijd continuïteit en flexibiliteit garanderen. De spreker meent dat de SAR WGG met gedeelde zorg naar een samenspel verwijst van zelfzorg en professionele zorg. De professionele zorg blijkt vandaag niet altijd betrouwbaar waardoor de mantelzorg steeds meer moet inspringen.

De oproep voor zorg voor de zorgprofessional ondersteunt hij. Die oproep ontbreekt echter voor de mantelzorger. Dat is een lacune in de visienota die moet worden opgevuld omdat dit het systeem onderuit dreigt te halen. Er moet naar multidisciplinariteit worden geëvolueerd en de link tussen Welzijn en Gezondheidszorg moet worden benadrukt. Door het bos ziet men niet altijd meer de bomen van de zorgmogelijkheden. Als het beleid aan de vermaatschappelijking van de zorg wil werken dan is het nodig ook daaraan te werken.

Mevrouw *Katrien Schryvers* zegt dat de visienota op een aantal terechte uitdagingen wijst en aangeeft in welke richting oplossingen kunnen worden gezocht. De vermaatschappelijking van de zorg mag niet als een probleem worden voorgesteld. Een zorgend Vlaanderen is een deel van de oplossing. Vermaatschappelijking wordt soms voorgesteld als het afwentelen van zorg op de bevolking terwijl het volgens haar wijst op een grote betrokkenheid, een versterking van het sociaal weefsel en een verrijking van de samenleving. Vermaatschappelijking van de zorg is niet in tegenspraak met gespecialiseerde of individuele zorg

die steeds meer gevraagd wordt en daardoor misschien meer mogelijkheden biedt door te responsabiliseren en te ondersteunen. De uitdaging bestaat erin mensen te responsabiliseren zonder hen de indruk te geven dat het opgelegd is. Zo zal er meer capaciteit kunnen komen voor diegenen die gespecialiseerde zorg nodig hebben.

Professor *Jan De Maeseneer* neemt de suggestie van mevrouw Vogels ter harte.

De heer *Gunter Naets* deelt mee dat de SAR WGG uit 28 leden bestaat. Dat zijn vertegenwoordigers van de gebruikers, aanbieders, sociale partners en het personeel van de voorzieningen. Daarnaast zijn er nog negen onafhankelijke deskundigen. Die worden door de Vlaamse Regering gekozen na een open oproep voor specialisten in Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Alle adviezen zijn openbaar en kunnen worden geraadpleegd op www.sarwgg.be. Er is ook een nieuwsbrief.

Professor *Jan De Maeseneer* deelt mee dat de feedback wordt gevolgd. Er zijn in het afgelopen jaar stappen gezet: het advies wordt mee opgenomen in de memorie van toelichting bij een ontwerp van decreet.

De heer *Gunter Naets* zegt dat met minister Vandeuren een protocol van informatie-uitwisseling is gesloten waarin is afgesproken op geregelde tijdstippen overleg te organiseren tussen de SAR WGG en minister Vandeuren. Tijdens dit overleg wordt de advisering overlopen, besproken en meegedeeld in welke mate er met advies rekening wordt gehouden, of gemotiveerd waarom ervan wordt afgeweken. Daarvan wordt een verslag gemaakt dat raadpleegbaar is.

Mevrouw *Marijke Dillen* is tevreden dit te vernemen. Ze heeft het gevoel dat er relatief weinig rekening wordt gehouden met adviezen. Het verslag waarnaar verwezen wordt zou eigenlijk bij de ontwerpen van decreet moeten worden gevoegd. Dat kan verheldering brengen.

De heer *Gunter Naets* verduidelijkt dat er niet over elk advies overlegd wordt met de minister. Het verslag bundelt feedback over een aantal adviezen.

Professor *Jan De Maeseneer* stelt dat vermaatschappelijking van de zorg zowel een antwoord als een gegeven is. Vermaatschappelijking van de zorg is een containerbegrip geworden. Het is een gevolg van nieuwe kennis en wetenschappelijke inzichten over wat de beste zorg kan zijn. Vele therapieën blijken effectiever te zijn als ze buiten de instituties worden gebracht. De gebruiker stelt sinds de jaren zestig in toenemende mate de vraag naar oplossingen in het milieu waar hij verblijft. Zorg wordt niet langer verborgen achter de muren van een instelling. De gebruiker vraagt uitdrukkelijk daarin een rol te mogen spelen. De inhoud van de zorg is voorts gewijzigd. Er is meer zicht op de determinanten die bijdragen tot bepaalde problemen. Als men het welbevinden wil aanpakken en men ziet dat woon- en levensomstandigheden daarvan een determinant zijn, dan moeten die niet vanuit een institutionele benadering worden aangepakt maar vanuit de samenleving. De vermaatschappelijking van de zorg is een ontwikkeling, maar ook een element van antwoord om zo goed als mogelijk binnen de samenleving aan noden tegemoet te komen.

Er ontstaat een spanningsveld tussen de economische noden en de behoefte aan meer tijd voor zorg. Over de goede verhouding daartussen moet permanent worden nagedacht. De visienota is een toetssteen voor wat goede, integrale en maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning is.

De visienota kan worden gebruikt als toetsing voor het actuele beleid. De interpretatie kan verschillend zijn. Door het feit dat de visienota de inspiratie, het klankbord en het referentiekader kan zijn om dat soort discussies te voeren, kan het alleen maar behulpzaam zijn

om de zaken scherper te stellen en om in de beleidsdiscussies vooruitgang te boeken in de richting waarvan de SAR WGG meent dat de ontwikkeling moet verlopen.

De bezorgdheid over de juridisering is terecht. Het defensief handelen is een grote bedreiging voor de zorg. De geëngageerde hulpverlener is een belangrijke determinant van de zorgkwaliteit. Deze kracht moet worden bewaard. Er moet worden vermeden dat er een defensieve houding komt als gevolg van overdreven protocollering. Dat is een spanningsveld. Er is daarover wetenschappelijke evidentie. Dat mag niet beperkt blijven tot technische evidentie. Men moet ook naar de context, samenleving en haalbaarheid kijken. Evidentie mag geen keurslijf worden. Wetenschappelijke evidentie moet vertaald worden naar de context van de patiënt of de persoon met een zorgvraag. Men moet de ruimte hebben om soms van de regel te kunnen afwijken.

De illusie is gecreëerd dat meten weten is. Er is daardoor een risico op een reductionistische benadering van kwaliteit. Het is een uitdaging om in de zorg na te gaan hoe transparantie en veiligheid kunnen worden gecreëerd, maar ook om te stimuleren dat die zorgende en helende creativiteit bij hulpverleners aanwezig is.

Zorgen voor de hulpverlener is belangrijk. Burn-out bij hulpverleners wordt een probleem. Het is eveneens belangrijk om te zorgen voor de mantelzorgers. Men moet absoluut zorgen voor de zorgende. Het is goed om dat in elke beleidsmaatregel te toetsen.

De verkleuring wordt een uitdaging. Diversiteit is een kans om de capaciteit tot hulpverlening te maximaliseren. Men zal dit moeten leren. Binnen de doelgroep zijn er verwachtingen over het zorgaanbod. In de ouderenzorg moet men daarop een professioneel en institutioneel antwoord geven omdat het informele antwoord binnen die gemeenschappen afkalft.

De spreker ondersteunt de oproep tot multidisciplinariteit. Iedereen zal moeten leren buiten de eigen discipline te kijken om te zoeken naar verbindingen in de samenleving die met de cliënt, met de patiënt en zijn omgeving de zorg performant kunnen maken. Men zal moeten leren goede referentiekaders te gebruiken.

Professor Jan De Maeseneer is tevreden te vernemen dat wat de SAR WGG aanbiedt, als kaderdocument wordt gebruikt voor de toetsing van het beleid.

Mevrouw *Marijke Dillen* vraagt verduidelijking bij de toenemende groep van hulpverleners met een burn-out. Dit zou problematisch zijn bij tandartsen. Zijn er nog andere categorieën van hulpverleners die een verhoogd risico lopen?

Mevrouw *Mieke Vogels* stelt twee aanvullende acties voor om tot meer integrale zorg en ondersteuning te komen. Een vierde actie moet zijn werk maken van een regionale aanpak om zorg op maat te realiseren. Als vijfde actie stelt ze voor de sociale ondernemer meer verantwoordelijkheid te geven om kwaliteit te realiseren.

Professor *Jan De Maeseneer* deelt mee dat de SAR WGG betrokken was bij het groenboek over de zesde staatshervorming. In de stuurgroep heeft de SAR WGG actief geparticipeerd voor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Een van de reflecties was op welk niveau moet worden aangestuurd. Is dit het nanoniveau van de individuele hulpverlener met de zorgvrager? Het microniveau op lokaal niveau waar men met hulpverleners rond patiënten kijkt met alle sectoren hoe men het best antwoordt? Het mesoniveau waar de organisaties de voorwaarden moeten creëren opdat het microniveau goed zou kunnen werken? Het macroniveau van de Vlaamse Gemeenschap? Er is eenstemmigheid dat de vier niveaus moeten worden benut om te kijken wat men het best op welk niveau doet. De schaal mag niet te groot zijn om het contact met de basis niet te verliezen. Ze

moet wel groot genoeg zijn om over voldoende casussen te beschikken, zeker als het over gespecialiseerde zorg gaat.

De burn-out ziet men in bepaalde subgroepen van verpleegkundigen. Bij artsen zijn er psychische problemen, maar ook de verslavingsproblematiek en suïcide zijn er hoger. Het heeft te maken met de jobcontrole maar vooral met de mogelijkheid om op vragen te antwoorden en het dwingende karakter van vragen. In sommige beroepen kan men die vragen kanaliseren. Bij tandartsen is er vooral een probleem met de inhoud van het beroep. Mensen volgen geen jarenlange academische vorming om met repetitieve handelingen bezig te zijn. De mondhygiënist zou een deel van het werk van tandartsen moeten overnemen. Taakdifferentiatie is preventie van burn-out. Men moet mensen dingen laten doen waarvoor ze opgeleid zijn. Men probeert vanaf het eerste jaar in de opleiding studenten genees- en verpleegkunde weerbaarder te maken. Dit is een proces van lange adem.

Katrien SCHRYVERS,
voorzitter

Mieke VOGELS,
verslaggevers