



Vlaams
Parlement

ingediend op **1238** (2016-2017) – Nr. 1
7 juli 2017 (2016-2017)

Verslag van de gedachtewisseling

namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
uitgebracht door Cindy Franssen

over het advies
van de Strategische Adviesraad voor het Welzijns-,
Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR WGG)
over de conceptnota van de Vlaamse Regering
'Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn'

Samenstelling van de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin:

Voorzitter: Bart Van Malderen.

Vaste leden:

Danielle Godderis-T'Jonck, Lies Jans, Lorin Parys, Peter Persyn, Elke Sleurs, Tine van der Vloet;
Griet Coppé, Cindy Franssen, Vera Jans, Katrien Schryvers;
Freya Saeys, Martine Taelman;
Freya Van den Bossche, Bart Van Malderen;
Elke Van den Brandt.

Plaatsvervangers:

Björn Anseeuw, Vera Celis, Cathy Coudyser, Koen Daniëls, Ingeborg De Meulemeester,
Manuela Van Werde;
Sonja Claes, Dirk de Kort, Kathleen Helsen, Tinne Rombouts;
Jo De Ro, Emmily Talpe;
Jan Bertels, Bert Moyaers;
Elisabeth Meuleman.

Toegevoegde leden:

Ortwin Depoortere.

INHOUD

1. Uiteenzetting door Jan De Maeseneer, voorzitter van de SAR WGG, Ilse Weeghmans, eerste ondervoorzitter van de SAR WGG, en Hilde Deneyer, tweede ondervoorzitter van de SAR WGG	4
1.1. Algemene beschouwingen	4
1.2. Persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte in het centrum	4
1.3. Ondersteuning van zorgaanbieders	6
2. Vragen van de leden	9
Gebruikte afkortingen	16
Bijlage: zie dossierpagina van dit document op www.vlaamsparlement.be	

Op woensdag 31 mei 2017 hield de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin een gedachtewisseling over het advies van de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR WGG) over de conceptnota 'Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn'.

De commissie wisselde van gedachten met Jan De Maeseneer, voorzitter van de SAR WGG, Ilse Weeghmans, eerste ondervoorzitter van de SAR WGG, en Hilde Deneyer, tweede ondervoorzitter van de SAR WGG.

Het advies is als bijlage terug te vinden op de [dossierpagina](http://dossierpagina.vlaamsparlement.be) van dit document op www.vlaamsparlement.be.

1. Uiteenzetting door Jan De Maeseneer, voorzitter van de SAR WGG, Ilse Weeghmans, eerste ondervoorzitter van de SAR WGG, en Hilde Deneyer, tweede ondervoorzitter van de SAR WGG

1.1. Algemene beschouwingen

Ilse Weeghmans zegt dat de SAR WGG de wisselwerking met het Vlaams Parlement sterk apprecieert. Zowel de voorzitter als de ondervoorzitters van de raad hebben een eigen rol gespeeld in de aanloop naar de eerstelijnsgezondheidsconferentie, maar thans lichten ze namens de raad het consensusadvies toe.

De conceptnota van de Vlaamse Regering is een belangrijke stap in een lang traject, waartoe ook de eerstelijnsgezondheidsconferentie van februari 2017 behoort, waarop alle stakeholders waren. De raad wil het werk van de vele werkgroepen niet overdoen, maar met zijn advies vooral enkele belangrijke aspecten belichten. Heel wat uitgangspunten over goede zorg en ondersteuning die de conceptnota vermeldt, zoals integrale zorg en ondersteuning, kwaliteit van leven, de centrale plaats van de cliënt – met een nieuwe term 'persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte' – zijn ondertussen verworven. Daarnaast heeft de conceptnota het over een nieuwe vorm van professionalisme waarbij de professional een centrale plaats krijgt. De raad heeft daar een apart advies over. De conceptnota geeft voorts een heldere schets van de uitdagingen. De versterking van de eerste lijn en de vereenvoudiging van de structuren zijn voor de raad prioriteiten in de broodnodige hervormingen. De weg is echter nog lang en de obstakels zijn talrijk. Niet alleen structuren moeten worden aangepast, ook een cultuuromslag is nodig. De raad stelt vast dat er al heel wat beweegt in de zorg en ondersteuning: het lokaal sociaal beleid, het geïntegreerd breed onthaal en 'De toekomst is jong'. Hij vraagt voldoende afstemming tussen de verschillende initiatieven om te komen tot minder verkokerde zorg en een behoeftegericht aanbod.

1.2. Persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte in het centrum

Als de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte centraal staat, dienen welzijn en gezondheid rechten te zijn. De conceptnota gaat ervan uit dat elke persoon recht heeft op zorg en ondersteuning, en een zo optimaal mogelijke levenskwaliteit. Voorts stelt de conceptnota dat elke persoon een verantwoordelijkheid heeft om bekende gezondheidsrisico's zoveel mogelijk te vermijden. De raad is het ermee eens dat burgers die verantwoordelijkheid hebben. Hij beseft ook dat de collectieve bronnen niet onuitputbaar zijn. Toch dringt de raad erop aan nauwlettend het evenwicht tussen individuele en maatschappelijke verantwoordelijkheid te bewaken. Het recht op gezondheid is een mensenrecht. Ook volgens de Wereldgezondheidsorganisatie heeft iedereen een persoonlijk recht op een gezondheids- en welzijnssysteem. Iedereen moet gelijke kansen krijgen op een zo goed mogelijke gezondheid, waarin ook rekening dient te worden gehouden met sociale en economische determinanten die gezondheid en

welzijn beïnvloeden. In die zin legt de conceptnota volgens de SAR WGG net iets te veel verantwoordelijkheid bij het individu.

Onder de hoofding 'autonomie in verbinding' benadrukt de conceptnota sterk de eigen kracht van het individu en zelfmanagement. Voor de raad is het doel de levenskwaliteit van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Zelfmanagement en autonomie zijn middelen om daartoe te komen, maar geen doel op zich. De SAR WGG heeft vragen bij de accenten die de conceptnota hier legt en wil het principe van behoeftegerichte zorg naast vraaggerichte zorg zien.

Dat de mantelzorger als gelijkwaardige partner in de zorg benoemd wordt, vindt de raad positief. Hij verwijst naar zijn eerder advies over het Vlaams Mantelzorgplan 2016-2020. De raad vond dat plan goed, maar het bevatte weinig concrete acties. Personen, zelfs met complexe zorgnoden, willen liefst zo lang mogelijk thuis wonen, terwijl mantelzorg allicht minder beschikbaar zal worden. De levenskwaliteit van zowel de persoon met een zorgnood als de mantelzorger moeten voorop staan. Gepaste maatregelen voor ondersteuning zijn nodig.

De raad acht de integratie van welzijn en gezondheid onontbeerlijk. De conceptnota bevat daar heel wat aanzetten toe, onder meer de informele zorg, het geïntegreerde brede onthaal, de erkenning van het belang van buurtgerichte zorg en van de rol van de lokale besturen. Hoe de verbinding tussen gezondheid en welzijn dient te worden vormgegeven, blijft echter vaag. Positief is dat de domeinen Welzijn en Maatschappelijk Werk in de kijker worden gezet in de Conferentie Sociaal Werk van 2018. De SAR WGG hoopt op linken met de eerstelijnsgezondheidsconferentie, om echt te komen tot een integratie van zorg en gezondheid. Het kan echter niet de bedoeling zijn om alles on hold te zetten tot die conferentie heeft plaatsgevonden.

Het is goed dat het lokale niveau met het lokaal sociaal beleid naar waarde geschat wordt. Het heeft onder meer een rol bij het afstemmen van het aanbod op de lokale behoeften, moet de regie nemen bij het geïntegreerd breed onthaal, en de informele en buurtgerichte zorg ondersteunen. De kwestie zal zijn hoe het toekomstige decreet op het lokaal sociaal beleid zich zal verhouden tot de doelstellingen van de eerstelijnszones. De raad verwijst ook daarvoor naar zijn adviezen.

De SAR WGG heeft het voorts over het samenspel tussen de lijnen. Niet alleen een integratie van welzijn en gezondheid, maar ook een integrale benadering van zorg en ondersteuning is een streefdoel. Daarvoor moeten de zorgprocessen gestroomlijnd worden. In die zin vindt de raad het belangrijk dat de eerste lijn goed georganiseerd wordt, dat er een ruim, generalistisch aanbod komt en dat de toegankelijkheid van zorg voorop staat, met als doel gezondheidsongelijkheid zoveel mogelijk de wereld uit te helpen. De SAR WGG vraagt meer focus op de samenwerking tussen de verschillende lijnen en tussen de verschillende vormen van zorg en ondersteuning, conform zijn advies over een nieuw Vlaams ziekenhuislandschap waarin de samenwerking tussen ziekenhuizen en de eerstelijnszorg benadrukt werd.

Het is positief dat in de inleiding van de conceptnota staat dat een goed georganiseerde eerste lijn de sociale ongelijkheden op vlak van welzijn en gezondheid kan verminderen. Hoe dat moet gebeuren, wordt echter niet concreet gemaakt. Evenmin wordt vermeld wat Vlaanderen zal ondernemen om de financiële toegankelijkheid te garanderen. De SAR WGG wijst erop dat de eigen bijdrage al hoog is, waardoor het aantal mensen dat zorg om financiële redenen uitstelt, toeneemt. De voorbereidende werkgroepen van de eerstelijnsgezondheidsconferentie hebben heel wat adviezen gegeven over hoe de eerste lijn betaalbaar en toegankelijk te houden. De Vlaamse sociale bescherming kan een

belangrijk instrument worden in de strijd tegen gezondheidsongelijkheid. Heel wat hangt af van de verdere uitwerking. De raad pleit voor accountability van de eerstelijnszones. Dat betekent dat ze ervoor verantwoordelijk zijn dat geen enkele burger in hun zone uit de boot valt.

In de vorige regeerperiode zijn tijdens de eerste eerstelijnsgezondheidsconferentie de proefprojecten voor de eerstelijnspsychologische functie gelanceerd. De raad had gehoopt dat er ondertussen verdere stappen gezet zouden zijn. Voor hem is dat de prioriteit in de uitvoering van het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019 (*Parl.St.* VI.Parl. 2016-17, nr. 1177/1). Ook daar heeft hij een advies over geschreven. De conceptnota had ook meer aandacht mogen geven aan de grote beweging naar horizontale netwerken voor kinderen, jongeren en jongvolwassenen, wat de geestelijke gezondheidszorg dichterbij de zorgactoren op de eerste lijn brengt. In opleiding en vorming van zorgverleners op de eerste lijn moet geestelijke gezondheidszorg maar ook de wisselwerking met fysieke gezondheid, meer aan bod komen.

Het is goed dat preventie en gezondheidspromotie duidelijk omschreven worden als opdrachten voor de eerste lijn. Dat moet volgens de raad echter breed geïnterpreteerd worden: niet alleen methodieken uitwerken, maar ook middelen inzetten en maatregelen nemen om de synergie te verwezenlijken. Voorts moet er afgesproken worden met de eerstelijnszorg wat die precies kan doen en wat hij nodig heeft om de preventie goed te verzekeren. Preventie wordt ook best zo dicht mogelijk bij het lokale niveau gebracht. De operationele werking van het lokaal gezondheidsoverleg wordt beter op het niveau van de eerstelijnszones gebracht. Voor 'health in all policies' zijn brede equipes nodig die een sterke lokale werking kunnen ontwikkelen.

Positief is de aandacht voor complexe chronische zorg. De raad vraagt echter duidelijkheid over de manier waarop vormen van casemanagement en zorgcoördinatie in de nieuwe vormen worden ingebed. Coördinatie moet trouwens niet alleen tussen mensen maar ook digitaal, in goede afstemming met de projecten voor chronische zorg.

1.3. Ondersteuning van zorgaanbieders

Hilde Deneyer wijst op het belang van toegankelijke zorg, duurzaam en voor iedereen, zeker gezien de vergrijzing en digitalisering. In de conceptnota schuift de Vlaamse Regering drie overleg- en ondersteuningsniveaus naar voren, in zijn advies pleit de SAR WGG voor twee ondersteuningsniveaus, het Vlaamse niveau en het niveau van de eerstelijnszones, en drie overlegniveaus, het Vlaamse niveau, het niveau van de regionale zorgzones en het niveau van de eerstelijnszones. De omvorming moet geleidelijk en redelijk gebeuren, met respect voor en in overleg met bestaande structuren die goed werk leveren. Een ondersteuningsniveau zorgt voor de ondersteuning van de operationele processen die de eerstelijnszone goed doen werken. Dit gebeurt op het Vlaamse niveau door ontwikkeling en innovatie, en op het niveau van de eerstelijnszone door facilitering en implementatie. Op een overlegniveau wordt afstemming gezocht, informatie uitgewisseld en afspraken gemaakt, onder meer over de strategische zorgplanning voor een regio.

Eens de hervormingen gerealiseerd, zullen de middelen efficiënter aangewend worden, maar dit omvangrijke hervormingsproces voor de eerste lijn tot een goed einde brengen, zal hoe dan ook extra middelen vragen, alsook heel wat bereidheid van de overheden om als facilitator op te treden. In de twee proefprojecten blijkt dat het een grote opgave is om structuren en zorgverleners met elkaar te leren omgaan. De raad pleit ervoor de ontkokering te stimuleren.

Welzijns- en gezondheidswerkers blijven momenteel sterk in hun eigen segment. Vooral de lokale besturen kunnen daar een grote rol in spelen.

Jan De Maeseneer zal toelichten hoe de raad de ondersteuning van zorgaanbieders in de eerstelijnszones ziet. De raad is tevreden dat Vlaanderen ervoor gekozen heeft om de eerstelijnszorg te verbinden aan een zestigtal eerstelijnszones, verantwoordelijk voor 75 tot 125.000 burgers. Vlaanderen is daarmee koploper van de Europese tendens. Een belangrijk principe is dat de gemeentegrenzen gerespecteerd worden, anders wordt de afstemming met de lokale besturen onmogelijk. Dat de eerstelijnszones nog niet afgebakend zijn, werd op de gezondheidsconferentie algemeen ervaren als een ontgoocheling.

De raad mist voorts enkele belangrijke taken voor de eerstelijnszones. De Wereldgezondheidsorganisatie heeft het over 'accountability': de eerstelijnszorgzones dienen verantwoordelijk te zijn voor goede zorg en ondersteuning van de populatie van een gebied. Ze moeten ervoor zorgen dat niemand uit de boot valt. De raad vraagt dat die accountability officieel bij de verantwoordelijkheden van de eerstelijnszone geschreven wordt.

Een tweede ontbrekend essentieel element is de continuïteitsfunctie. De eerstelijnszorg moet 24/7 beschikbaar zijn. Het zou goed zijn als daarover van bij het begin goede afspraken gemaakt worden. Dat vergt niet noodzakelijk een een-op-eenrelatie tussen huisartsen en wachtposten, die om financieringsredenen momenteel andere indelingen hebben. In elk geval is het de verantwoordelijkheid van de huisartsenkringen om ervoor te zorgen dat er geen witte vlekken zijn en dat de bevolking weet tot wie zich te wenden. Centrale nummers zijn een oplossing. Daarvoor lopen er experimenten.

Momenteel is nog onduidelijk hoe de Vlaamse Regering de verhouding en de operationele samenwerking tussen de eerstelijnszones en de lokale besturen precies ziet. Tot nog toe hebben de lokale besturen niet echt een grote gezondheidszorgportefeuille. Er zijn wel lokale initiatieven, vaak afhankelijk van de lokale schepenen, op vlak van preventie en samenwerking in thuiszorg. De expertise van de lokale besturen is beperkt en de interactie eerder incidenteel. Soms is er al een aanzet tot een gezondheids- of welzijnsraad, of een ad-hocvergadering over een gezondheidsthemawEEK. De lokale verantwoordelijkheid sluit aan bij de internationale tendens om gezondheid en welzijn dicht bij de burger te organiseren. Dat vergt echter investeringen in mensen en middelen. De VVSG plant studiedagen om de lokale besturen in te lichten en op te leiden. De SAR WGG ziet eerstelijnszones als lerende netwerken: structuren die ervaring opdoen, erover reflecteren en op basis daarvan hun werking verbeteren. Dat leren moet verder gaan dan het eigen netwerk door de uitwisseling van goede praktijken tussen netwerken. Investeren in flankerende maatregelen en 'change management' zijn daarvoor essentieel.

De raad ziet enkele belangrijke randvoorwaarden voor succes. Zo moeten de zorgraden voldoende gesteund zijn. Het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn zal daar een belangrijke rol in spelen. De kringwerkingen van verpleegkundigen, tandartsen, apothekers en huisartsen moeten worden geprofessionaliseerd op vlak van ICT, communicatie en afstemming. De samenwerking tussen disciplines en sectoren wordt gefaciliteerd als er financiële stimuli voor gegeven worden. De SAR WGG suggereert een component van de Impulso-middelen die naar Vlaanderen overgeheveld zijn, daarvoor te gebruiken. Uiteraard moeten de middelen ook verhoogd worden, anders blijft het de verdeling van de schaarste.

Om de werking van de eerstelijnszone te begeleiden, zal er een stevige equipe nodig zijn. De SAR WGG pleit voor drie voltijdsequivalenten per honderdduizend inwoners. Die personen kunnen komen uit de samenwerkingsinitiatieven

eerstelijnsgezondheidszorg of het lokaal gezondheidsoverleg voor preventie. Omdat preventie en curatie op hetzelfde niveau met elkaar interageren en operationeel samenwerken, zijn daar geen kosten aan verbonden. De raad hoopt wel dat de lokale besturen het team snel laten aangroeien.

Vooralsnog is niet duidelijk hoe de zorgraad zal worden samengesteld. In elk geval zal er een territoriale component in gereflecteerd worden, namelijk een vertegenwoordiging van de verschillende gemeenten, maar ook de verschillende sectoren en disciplines. De raad benadrukt dat alle actoren dienen betrokken te worden bij de samenstelling van de zorggraden. De zorgraad mag niet te groot zijn om palaververgaderingen te vermijden. De bevolking heeft immers actie nodig.

Het regionale overlegniveau dat drie tot vier eerstelijnszones zal overkoepelen, dient om op dynamische en flexibele wijze informatie-uitwisseling en afstemming tussen aanbod en behoefte te organiseren. Er worden afspraken gemaakt, onder meer over het regionaal zorgstrategisch plan. De raad heeft al gezegd dat een zorgstrategisch plan voor de ziekenhuizen alleen niet zinvol is. Pas als het plan alle sectoren omvat, kan het performant zijn en kan de afstemming tussen actoren en sectoren verzekerd worden. Omdat regionale gezondheidsgegevens dan slechts één keer verzameld worden en niet meer per deelsector, zal dat tijdswinst opleveren. De Vlaamse Regering moet deze samenwerkingsverbanden beschouwen en faciliteren als lerende regionale netwerken. Geïntegreerde zorgstrategische planning is immers nieuw. Dit overleg moet ook goed ondersteund worden door alle betrokken partners. De spreker benadrukt dat de raad daarvoor geen extra personeel of middelen vraagt.

Reeds in 1983 beval een werkgroep een instituut voor de eerste lijn aan. De raad is tevreden met de oprichting van een Vlaams instituut dat expertise zal leveren om de eerste lijn te ondersteunen en te versterken. Zonder afbreuk te doen aan de verdienstelijke pogingen, wijst de spreker op de inefficiëntie van het verleden, waar er op drie plaatsen in Vlaanderen gewerkt werd aan geïntegreerde elektronische thuiszorgdossiers, die niet alleen niet compatibel waren, maar evenmin van elkaar weet hadden. Het instituut zal expertise ontwikkelen op vlak van innovatie en evaluatie en die kennis ter beschikking stellen. Daarbij zal het goed samenwerken met de VVSG, en met organisaties als Sensoa, VAD en VIGeZ. Hun specifieke deskundigheid kan dan in één beweging mee uitgerold worden op de eerste lijn. Het Vlaamse niveau zal ook de methodieken leveren voor lokale eerstelijnszorgzones, alsook vormingen managen. Expertise omvat innovatie, ontwikkeling en evaluatie van nieuwe methodieken. Daarvoor moet niet alleen de literatuur bestudeerd worden, maar ook geluisterd worden naar de mensen op het terrein. Wetenschappelijke expertise dient gecombineerd te worden met praktijkexpertise.

Voor de raad worden de expertisecomponent van alle expertisecentra best bij het nieuwe Vlaamse instituut ondergebracht. Sommige expertisecentra hebben vandaag ook een ondersteunende zorgcomponent in hun werking, bijvoorbeeld het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. Die ondersteuning van zorgprocessen wordt best, in een geleidelijk en overlegd proces, naar het niveau van de eerstelijnszones gebracht. Palliatieve netwerken die momenteel grotere zones dan de eerstelijnszones beslaan, blijven in een eerste fase op dat niveau werken. Als de stijging van het aantal mensen dat ervoor kiest in een (vervangende) thuissituatie te sterven zich voortzet, worden ook die netwerken allicht beter op het eerstelijnsniveau georganiseerd. De structuren zullen de evolutie van de vraag volgen.

2. Vragen van de leden

Elke Van den Brandt is het eens met de werkpunten van de SAR WGG. Ze hoort die ook bij mensen op het terrein, onder meer de anticlimax dat de eerstelijnszones nog niet afgebakend zijn. Ze vraagt hoe accountability kan worden gerealiseerd. Hoe zal de nuldelijn daarbij betrokken worden? De conclusies van de vorige eerstelijnsconferentie over de eerstelijnspsychologische functie zijn nog niet uitgevoerd en er is al een volgende conferentie. Is het volgens de raad mogelijk om zonder duidelijkheid over de terugbetaling van het federale niveau die functie breed uit te rollen? De minister wil daar blijkbaar op wachten. Volgens federale parlementsleden is het uiterst onzeker dat die er deze regeerperiode nog komt, hoewel het in het regeerakkoord staat. Voorts informeert ze of de lokale besturen voldoende middelen hebben voor de bestuurskracht die nodig is om de operationele taken van de Logo's over te nemen?

De federale projecten chronische zorg focussen op één ziektepatroon terwijl mensen vaak meerdere aandoeningen hebben. Is een traject per ziekte wel goed? Of zal dat leiden tot een nieuwe vorm van verkokering? Ziet de raad alternatieven? De minister wil door de proefprojecten voor de eerstelijnszones de zaak van onderuit laten groeien. Zo nodig zal de Vlaamse overheid in 2020 directiever optreden. Geloof de SAR WGG in die aanpak of wenst hij een sneller ministerieel ingrijpen? Voorts wil ze weten of ook de opdrachten van de zorgverleners moeten worden geherdefinieerd om te passen in de eerstelijnszones. Apothekers verkopen vooral geneesmiddelen, terwijl ze bijvoorbeeld ook therapietrouw kunnen controleren. Hoe kan daarvoor gezorgd worden? Ze informeert tot slot naar ideologische breuklijnen over de eerstelijnszorg tussen Brusselse Frans- en Nederlandstaligen.

Jan Bertels acht het terecht dat de raad naast de individuele verantwoordelijkheid de plicht van de maatschappij plaatst om het recht op gezondheidszorg te garanderen. Hoe kan men die accountability creëren en afdwingbaar maken? Voorts acht hij de opmerking terecht dat bij de reorganisatie het personeel niet uit het oog mag worden verloren, alsook dat er concrete acties moeten volgen waar er voldoende middelen voor moeten worden vrijgemaakt. De attitudes van de gemeenten verschillen grondig. Sommige zijn helemaal niet bezig met gezondheid. Hoe zullen ze begeleid worden in hun nieuwe rol?

Hij is het ermee eens dat zorgstrategische plannen voor elke sector apart weinig zin hebben, maar de federale overheid stelt die wel als subsidievoorwaarde voor ziekenhuizen of ziekenhuisnetwerken. Hij informeert of de raad suggereert een deel van de aangevulde Impulseo-middelen niet alleen aan zorgverleners maar ook aan welzijnsactoren te geven om de samenwerking te bevorderen. Hij waarschuwt ervoor de middelen niet te veel te spreiden opdat ze effect ressorteren. Terugbetaling van hulp door de eerstelijnspsychologische functie valt deze regeerperiode niet meer te verwachten. De spreker ziet Vlaamse financieringsmogelijkheden. Ziet de raad die ook? Zo ja, welke?

Cindy Franssen merkt eensgezindheid over het belang van een grondige hervorming, alsook over de belangrijke stappen die al gezet zijn. Recht op welzijn en gezondheid zijn inderdaad sociale grondrechten, en daardoor meer dan een louter individuele verantwoordelijkheid. De raad heeft het over informele zorg, breder dan mantelzorg, namelijk vrijwilligerswerk of buurtwerk. Hoe ziet hij dat in een tijd waar intrafamiliale zorg wegebt? En hoe verhoudt de vermaatschappelijking van de zorg zich tegenover de eis dat iedereen langer werkt? Wisselwerking tussen Welzijn en Volksgezondheid op basis van gelijkwaardigheid vergt goodwill en een mentaliteitswijziging van beide partijen, alsook een demedicalisering van sociale problemen. Welke concrete randvoorwaarden ziet de raad voor een goed lokaal sociaal beleid?

Ze informeert wanneer het advies over de gezondheids- en welzijnskloof klaar zal zijn. De gezondheidsconferentie van december 2016 ging over preventie. Als gevolg daarvan wordt er meer ingezet op settinggericht werken. Nog heel wat is onduidelijk in deze beginfase. Toch acht ze een goede match mogelijk. Zijn er bij de verdeling van de middelen extra criteria nodig om de accountability te vatten? Het voorstel voor twee ondersteuningsniveaus en drie overlegniveaus heeft het lid niet overtuigd. Ook budgettair heeft dat een serieuze impact. Wat de afbakening van de zones betreft, zou er allicht ook heel wat kritiek zijn als de Vlaamse overheid snel knopen had doorgehakt. Cindy Franssen acht het belangrijk dat eerst de eerstelijnszones afgebakend zijn vooraleer de ziekenhuizen erbij te betrekken. Dat is in het belang van de patiënt maar zorgt ook voor een betere afstemming tussen nulde, eerste en tweede lijn.

Ook dit lid vraagt concretere informatie over accountability. Ze acht het evident dat een huisarts of verpleegkundige aan preventie doet. Het zou zelfs hun voornaamste doelstelling moeten zijn. In de drie uitgangspunten, de regierol van de lokale besturen, de vermaatschappelijking van de zorg en de toegankelijke dienstverlening, ziet ze voldoende aanknopingspunten voor een goed lokaal sociaal beleid.

Dat er flankerende maatregelen nodig zijn, vindt ook CD&V, aldus *Vera Jans*. Zij vraagt zich echter af of er nieuwe mensen of coördinatoren voor nodig zijn, en of het niet beter is de bestaande actoren meer middelen te geven. Het pleidooi voor accountability steunt het lid, maar ook hier is het zoeken hoe dat in praktijk te brengen. Respect voor de gemeentelijke autonomie is nodig, maar niet elke gemeente is gelijk. Hoe ervoor te zorgen dat alle gemeenten, ook niet-geïnteresseerde of landelijke gemeenten, accountability garanderen?

Ze gelooft in de eerstelijnspsychologische functie. 'Health in all policies' omvat ook de component geestelijke gezondheid. De terugbetaling van psychotherapie is daar een belangrijke hefboom voor. Wat haar verontrust, zijn de verschillende regionale afbakeningen van onderdelen van de geestelijke gezondheidszorg of van de ziekenhuisnetwerken. Hoe al die netwerken met eigen flankerende maatregelen en coördinatoren op dezelfde lijn te brengen, is de kwestie.

Voor *Peter Persyn* is integratie van zorg pejoratief uitgedrukt een containerbegrip en positief uitgedrukt een continuüm in tijd en ruimte. Integratie in de eerste lijn, samenwerking en afstemming met de andere lijnen zijn allemaal nodig. Hij gelooft in bottom-upwerking, maar kan niet heen om het sturende karakter van de ziekenhuizen. Bijna alle zorgverleners worden er opgeleid, vaak in universitaire ziekenhuizen, wat de sturende, bijna dwingende rol van dat academische tertiaire niveau, bewijst.

Terloops wijst hij erop dat alle beslissingsbevoegdheid best bij één niveau ligt. De sprekers wijzen terecht op het belang van ontschotting tussen onder meer zorg, welzijn en geestelijke gezondheidszorg. Op primair, secundair en tertiair niveau zijn er nog heel wat regionale leemtes. Hij is het eens met een grotere inbreng van het lokale niveau, maar nog los van een eventuele bestuurlijke reorganisatie, acht hij 'variabele geometrie' nodig, aanpasbaar aan de schaal waarop grotere diensten, zoals thuiszorgdiensten, thans al werken.

De SAR WGG lijkt eraan voorbij te gaan dat er al vijftien tot twintig jaar een heel traject voor de afbakening van zorgzones is afgelegd. In de eerste paarsgroene regering is daartoe al een aanzet gegeven, wat in 2002 resulteerde in een concreet voorstel van zorgregio's op verschillende niveaus. Die federale indeling is door toenmalig minister Vogels snel ingevoerd op Vlaams niveau. Deze regeling is vijftien jaar oud, en nog wordt er gebakkeleid over de afbakening. Domus Medica heeft, gefinancierd met collectieve middelen, de opdracht

gekregen om met de sector, voornamelijk de huisartsen, maar ook de apothekers, te overleggen en samenwerking bottom-up te laten groeien. Dat gaf een paar procenten verschil met de originele plannen van minister Vogels. Een langdurige bottom-upbeweging is niet meer nodig maar een beetje sturing kan geen kwaad. Wat niet betekent dat N-VA de rol of de autonomie van de zorgverleners wil minimaliseren.

Recht op gezondheid is een relatief begrip. Recht op gezondheidszorg is correct. Geïnitieerd door het beleid hebben de huisartsenkringen al een lange weg afgelegd waar zeker lering uit te trekken valt, bijvoorbeeld voor de organisatie van de vroedvrouwen. Die structuren splitsen, zou de continuïteit in het gedrang brengen. Het organiseren van permanentiediensten is duur. Dat moet zoveel mogelijk gerationaliseerd worden zonder te raken aan de eigenheid van de zorgaanbieders. Lokale besturen kunnen daarin allicht wel een sturende rol spelen. Ze zijn ook best geplaatst om het mattheuseffect, de inverse care law, volgens dewelke wie het meest zorg nodig heeft, minst bereikt wordt, te counteren. Uiteindelijk is de Vlaamse zorg volgens de spreker al uiterst toegankelijk. Er vallen weinig mensen uit de boot. De redenen zijn doorgaans niet geografisch, fysiek of zelfs niet financieel, maar socio-cultureel. Armoede-ervaringsdeskundigen wijzen op drempels van gezondheidsgeletterdheid of digitalisering. Hij roept alle fracties op om in hun lokale verkiezingsprogramma's aan al die facetten aandacht te besteden.

Zowel de conceptnota als het advies vangen aan met de patiënt centraal te plaatsen. In de verdere organisatorische en conceptuele discussies gaat die centrale plaats wat verloren. N-VA, daarin gesteund door de meeste andere fracties, wil de patiënt versterken zonder hem volledig verantwoordelijk te maken voor alle aspecten van zijn gezondheid. De persoonsvolgende financiering, samen met de Vlaamse sociale bescherming, vernieuwen de zorg in die richting. Een cliënt als zorgzoeker, mondig en assertief, kan accountability van structuren afdwingen. Ziet de SAR WGG mogelijkheden om die patiënt te versterken en hem meer chef te maken van zijn eigen traject, onder meer door toegang tot zijn verschillende medische dossiers?

Jan De Maeseneer legt uit dat accountability betekent dat een groep zorgverstrekkers, inclusief de lokale besturen, verantwoordelijkheid neemt voor de gezondheid in al zijn aspecten voor een gedefinieerde populatie. Het gaat niet om patiënten, maar om elke burger die in een bepaald gebied verblijft. Het statuut van die personen maakt niet uit. Het kan gaan om passanten, mensen met papieren, maar ook mensen zonder papieren. Daarvoor is er een goed samenspel nodig tussen de actoren op het terrein. Ook dient de gezondheidsgeletterdheid van elke burger bevorderd te worden, onder meer in het onderwijs.

Accountability concreet maken, vergt in eerste instantie een goed zicht op wie welke verantwoordelijkheden heeft. Dat betekent dat het aanbod in kaart is gebracht, alsook de noodzakelijke samenwerkingsverbanden, in en tussen disciplines, in en tussen sectoren, tussen welzijn en gezondheid. Voorts moet duidelijk zijn hoe vraag en aanbod verbonden zijn. In zijn toespraak namens de wetenschappelijke reflectiekamer, dus niet namens de SAR WGG, zei Jan De Maeseneer al dat het goed zou zijn als elke burger verbonden is met een eerstelijnsnetwerk, bijvoorbeeld door de inschrijving in een huisartsenpraktijk. Dat netwerk bestaat uit meer dan enkel huisartsen, maar ook uit bijvoorbeeld apothekers, OCMW's, ziekenhuizen, ergotherapeuten en tandartsen. Op 29 percent na is elke burger al bij een huisarts ingeschreven.

Medicalisering is een terechte kritiek. De spreker wil gerust andere werkwijzen overwegen, maar de privacy moet gegarandeerd zijn. Het mag niet zo maar aan administratieve organen worden toevertrouwd. Een tweede vereiste is dat het

een instantie moet zijn waar de burger geregeld contact mee heeft. Ongeveer 95 percent van de burgers heeft over een periode van vijf jaar gezien contact met de huisarts. Het OCMW zei zelf geen goede kandidaat te zijn omdat het te veel met 20 percent van de bevolking bezig is. Accountability vereist dat de verantwoordelijkheid tussen burger en aanbod formeel en transparant wordt vastgelegd. Dat beperkt de vrijheid van de patiënt niet omdat die kan kiezen tussen en binnen de netwerken. Uit de vele discussies leert de spreker dat Vlaanderen daar nog niet rijp voor is, met als consequentie dat mensen bij sommige voorzieningen uit de boot dreigen te vallen. Bij accountability moet al wie in een gebied woont, ook ingeschreven zijn. Als dat niet het geval is, weten zorgverleners precies wie ze nog moeten bereiken. Iedereen telt mee, is de slogan van de gezondheidszorg in de Canadese provincie waar dat principe doorgevoerd is. Niemand valt daar uit de boot want iedereen is gelieerd aan een groep zorgverleners die verantwoordelijk is voor preventieve en curatieve zorg. Het is mogelijk om via mechanismen als Impulseo die accountability te stimuleren. Het lokale bestuur weet welke burgers er op zijn grondgebied verblijven en is dus het geknipte orgaan.

Hilde Deneyer heeft met de zelfstandige zorgverstrekkers van de Federatie Vrije Beroepen lang gedebatteerd over een vast of variabel zorgnetwerk. In opdracht van minister Vandeurzen is er een tussentijds rapport over de verschillende mogelijke samenwerkingen. Die oefening kan worden uitgebreid tot andere zorgverleners. Een vast netwerk is mogelijk, aangezien de meeste mensen inderdaad ingeschreven zijn. Voor de Federatie Vrije Beroepen ligt accountability eerder bij de burger zelf. De maatschappij heeft de neiging zich te beleren op te stellen, wat niet nodig is, tenzij de patiënt zelf niet meer handelingsbekwaam is. De zelfstandige zorgverstrekkers vinden dat de burger de vrijheid heeft een vast team rond zich te verzamelen.

Als directeur van het Vlaams Patiëntenplatform vindt *Ilse Weeghmans* de nulde lijn heel belangrijk. De raad deelt trouwens die visie. Levenskwaliteit is het doel, daartoe moeten de structuren onder de loep genomen worden. De patiënt blijft echter centraal staan omdat zijn levenskwaliteit steeds de toetssteen is. Het kwaliteitsinstituut en het meten van indicatoren in de eerste lijn zijn cruciaal. Geïntegreerde zorgprojecten zijn niet louter federaal. Vlaanderen heeft een belangrijke insteek om alle componenten van geïntegreerde zorg erin te verwerken, zodat de persoon met een zorg- en ondersteuningsbehoefte de regie krijgt. Sommige projecten zijn gericht op een doelgroep en andere op een ziektebeeld. Beide zullen worden geëvalueerd. In geïntegreerde zorg zit onder andere preventie, samenwerking met patiëntenverenigingen en zelfzorg.

De SAR WGG heeft zich uitgesproken over het samenspel met de nulde lijn in zijn advies over het Vlaams Mantelzorgplan 2016-2020. Vooreerst heeft mantelzorg goede professionele ondersteuning nodig. Vermaatschappelijking van de zorg mag geen afschuiven zijn van de professionele zorg. Mantelzorgers mogen ook niet verplicht zijn de zorg op zich te nemen. Het moet een keuze blijven. Daarbij komt nog dat niet iedereen er tijd voor heeft. Maatregelen als zorgverloven moeten daaraan remediëren. Heel wat mensen hebben ook geen familie meer in de buurt wonen. Inzetten op buurtgerichte zorg en vrijwilligerswerking is dus nodig, onder meer door het lokale beleid. Voorts is het belangrijk de mantelzorger en patiënt als volwaardige partner te zien. Goede informatiedeling via eHealth en Vitalink zijn daarvoor cruciaal. De mantelzorger is de spilfiguur van de zorg, die met alle zorgverleners contact heeft. Een ander vereiste is één geïntegreerd dossier, op één plaats, en consulteerbaar door de persoon met een zorgbehoefte. De SAR WGG somde in zijn advies over mantelzorg zes prioritaire acties op: actieve detectie en ondersteuning van de mantelzorger, automatische rechtentoekenning, informatie van de mantelzorger, combinatie van werk en

respijt, versterken van de samenwerking met de professionele zorg, opleiding van professionals om de mantelzorgers te begeleiden.

Jan De Maeseneer raadt de parlementsleden de lectuur aan van het advies over het lokaal sociaal beleid, dat ook geldt voor de eerstelijnszorg. Lokale besturen hebben een belangrijke rol voor een inclusief en integraal beleid, het afstemmen van het aanbod op de lokale behoeften, de regie van het geïntegreerd breed onthaal en het ondersteunen van de vrijwillige en informele zorg. De raad meent dat het voorontwerp van decreet onvoldoende garanties biedt om deze rollen naar behoren te vervullen. Bijkomende opdrachten kunnen alleen als de lokale besturen versterkt worden in hun mogelijkheden om relevant sociaal beleid te voeren, gestuurd door de behoeften van de burger. Het Vlaamse niveau dient oog te hebben voor de variatie tussen gemeenten, en erover te waken dat alle gemeenten voldoende bestuurskracht en expertise hebben. Om aan te sluiten bij de lokale realiteiten is er een continu en flexibel proces nodig. Onafhankelijk van de gemeente waarin ze wonen, moeten personen met een zorg- en ondersteuningsbehoefte kunnen rekenen op toegankelijke zorg en ondersteuning op maat. Er mogen geen ongeoorloofde ongelijkheden tussen gemeenten ontstaan.

De zeven projecten over de eerstelijnspsychologische functie waren zeer divers en kleinschalig. Ze leveren heel wat informatie op maar nog geen conclusies voor een grotere schaal. Terugbetaling zal niet meer voor deze regeerperiode zijn. Bij allerhande voorzieningen bieden pas afgestudeerde psychologen hun diensten gratis aan. Het lijkt wel of de middeleeuwen terug ingetreden zijn op het vlak van de geestelijke gezondheid. Vlaanderen heeft nochtans mogelijkheden om de capaciteit te optimaliseren, en te zorgen voor de brede eerste lijn en een onthaalfunctie voor psychologische problemen op de eerste lijn. Sommigen suggereren om de eerstelijnspsychologische functie te financieren met de transferten van artikel 107, waar Vlaanderen wel voor bevoegd is. Het ongeduld over het uitblijven ervan, is algemeen, zowel aan vraag- als aan aanbodzijde, niet alleen bij psychologen, maar ook bij huisartsen, sociaal werkers of apothekers. Geestelijke gezondheidszorg is een wezenlijk onderdeel van goede geïntegreerde trajecten en noodzakelijk voor een brede opvang op de eerste lijn. Het is de missing link.

Ilse Weeghmans wijst op de hoge suïdecijfers. Vlaanderen kan blijven verwijzen naar de federale overheid of zelf zijn verantwoordelijkheid nemen.

Van bij het begin is duidelijk gemaakt dat de hele ommezwaai geen extra geld mocht kosten, aldus *Jan De Maeseneer*. De SAR WGG heeft zich daar niet over uitgesproken maar er wel op gewezen dat voor dergelijke verandering flankerende middelen en capaciteitsontwikkeling nodig zijn. Het voorstel van de SAR WGG van de drie overleg- en twee ondersteuningsniveaus beoogt maximaal rendement van de beschikbare middelen. Het huidige personeel van de Logo's en samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg volstaan daarvoor.

Ook de raad acht het, na vijftien jaar zorgzones, tijd om knopen door te hakken. Hij suggereert om in sommige regio's tijdelijk streekmanagers aan te stellen om de partijen tot beslissingen te dwingen. Ook om verdere stappen te zetten met de geïntegreerde zorg, is het nodig dat de eerstelijnszones ingedeeld geraken. Goed hr-management is uiterst belangrijk. Huisartsen worden genoeg opgeleid, maar voor heel wat andere disciplines is er geen eerstelijns specifiek opleidingstraject. Medische opleidingen gaan inderdaad vooral door in academische ziekenhuizen, hoewel daar stilaan verandering in komt. Toekomstige huisartsen worden bijvoorbeeld drie jaar opgeleid in een huisartsenpraktijk. De eerstelijns-omgeving als opleidingsplaats moet worden gevaloriseerd. Dat veronderstelt dat men daarvoor de nodige kaders en middelen ter beschikking stelt. De grens van

het vrijwilligheidsmaatwerk is ook op vlak van opleiding stilaan bereikt. Een professionele aanpak met een correcte financiering is nodig.

Hilde Deneyer zegt dat de apothekers met federaal minister De Block een meerjarencader afgesloten hebben over de rol van de huisapotheker in het optimale geneesmiddelengebruik. Ook daarvoor is Vitalink belangrijk. Dat vergt een goede begeleiding van de apothekers, alsook een bewustwordingscampagne voor het grote publiek zodat ze weten waarom de apotheker een en ander registreert. De apotheker beschikt al over een gedeeld farmaceutisch dossier, gefinancierd door de sector zelf. Dat geeft de apotheker de mogelijkheid om, mits de patiënt daar de toestemming toe geeft, inkijk te hebben in het farmaceutische dossier van een andere apotheek.

Huisartsen hebben al lange jaren kunnen investeren in goede huisartsenkringen. Andere beroepsgroepen moeten dat zonder bijkomende middelen doen. Gelukkig groeien er lokale multidisciplinaire netwerken. In sommige streken zijn dat de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg. Die netwerken kunnen samen met de lokale besturen een motor zijn voor de eerstelijnszorgzones. Het zal echter heel wat inspanning vergen van individuele zorgverstrekkers om daar deel van uit te maken.

Ilse Weeghmans suggereert dat ervaringsdeskundigen een rol spelen in goed beleid en opleiding, zowel in de geestelijke als somatische gezondheidszorg. Zij kunnen heel praktische 'tips and tricks' geven omdat ze alles aan den lijve ondervonden hebben. Daarvoor loopt een project in het UZ Leuven.

Jan Bertels steunt de vraag om Vlaanderen dan maar zelf een eerstelijnspsychologische functie te laten opzetten.

Elke Van den Brandt herhaalt haar vraag over Brussel.

Jan De Maeseneer antwoordt dat Brussel de SAR WGG na aan het hart ligt omdat de gezondheidsindicatoren daar dramatische proporties aannemen. Een Werkgroep Brussel heeft, in voorbereiding van de eerstelijnsconferentie, een voorstel voor acht eerstelijnszones voor Brussel uitgetekend. Hoewel er afstemming tussen de gemeenschappen nodig zal zijn, zijn verschillende leden ervan overtuigd dat de principes van het model ook in een grootstedelijke context valide zijn: een empowerde, goed geïnformeerde burger in een accountability-relatie met een lokaliteit, een aanbod en het daarbij horende lokale bestuur. Ook aspecten als een eerstelijnspsychologische functie en de integratie van gezondheidssector met sociale sector zijn daar de uitdaging. In Brussel komt daar nog het probleem bij van het inadequaat zorggebruik, waarbij de patiënt vaak niet in eerste instantie eerstelijns-, maar dadelijk de tweede lijns, vaak duurdere, gespecialiseerde hulp zoekt.

Hilde Deneyer weet dat er ondertussen een werkgroep opgestart is. Het Huis voor Gezondheid in Brussel heeft daarin een spilfunctie. Het is niet eenvoudig, maar men werkt gestaag verder.

Ilse Weeghmans vult aan dat de mensen in de werkgroep de Brusselse context door en door kennen. Integratie van welzijn en gezondheid is zeker in Brussel wezenlijk.

Peter Persyn wijst op de resolutie betreffende de ondersteuning van jonge mantelzorgers (*Parl.St.* VI.Parl. 2015-16, nr. 501/4) die ertoe strekt dat bij signalen dat iemand eronder door dreigt te gaan, hulp in gang gezet wordt. Daartoe moet er optimaal gebruik worden gemaakt van de IT-mogelijkheden. Hij denkt dat de patiënt moet worden gestimuleerd om een vragende cliënt te zijn op

de zorgmarkt. Als mensen hun geld beheren via apps, zal dat ook kunnen, met respect voor de privacy, voor hun gezondheidsgegevens.

Ilse Weeghmans wijst op de verkokering door de regelgeving. Met de hervorming van de eerste lijn zal er sowieso aan andere decreten moeten worden gesleuteld. Ze vraagt de parlementsleden erover te waken dat telkens naar integratie met de andere sectoren gezocht wordt. Zo zijn de sector voor personen met een handicap en de ouderensector twee gescheiden werelden, terwijl ze elkaars expertise nodig hebben. Het Vlaams Parlement kan de contacten tussen beide orkestreren.

Het toekomstige overlegmodel dat de Vlaamse Regering heeft goedgekeurd, kan daarbij helpen, aldus *Hilde Deneyer*. Ze hoopt dat ook het RIZIV de ontkokeringbeweging zal volgen. Geïntegreerde zorg is niet mogelijk met de specifieke overeenkomstencommissies. De SAR WGG pleit voor een geleidelijke overgang naar twee niveaus in overleg met de betrokken netwerken. Het komt erop aan de expertise niet verloren te laten gaan.

Jan De Maeseneer weet uit zijn internationale ervaring dat investeren in de eerstelijnsgezondheidszorg het beste is wat een samenleving doen kan. Een euro daarin geïnvesteerd, levert rijke landen tot drie euro en arme landen tot negen euro return on investment op. Het zijn geen kosten, maar een investering die rendeert, zeker in een vergrijzende samenleving. Er is meer en meer wetenschappelijke evidentie dat een sterke en toegankelijke eerste lijn tot meer sociale cohesie leidt. Als elke burger weet dat hij terecht kan bij competente en luisterbereide hulpverleners, vergroot dat de sociale cohesie, waardoor er ook meer bereidheid tot mantelzorg komt.

Bart VAN MALDEREN,
voorzitter

Cindy FRANSSEN,
verslaggever

Gebruikte afkortingen

hr	human resources
ICT	informatie- en communicatietechnologie
IT	informatietechnologie
Logo	loco-regionaal gezondheidsoverleg en -organisatie (verkorte naam = lokaal gezondheidsoverleg)
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
SAR WGG	Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid
UZ Leuven	Universitaire Ziekenhuizen Leuven
VAD	Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
VIGeZ	Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie
VVSG	Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten