



Advies

Voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders

Brussel, 30 oktober 2018

Voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg,
de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de
eerstelijnszorgaanbieders

Adviesvraag: Voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders

Adviesvrager: Jo Vandeurzen - Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Ontvangst adviesvraag: 20 september 2018

Adviestermijn: 40 dagen

Decretale opdracht: SAR-functie

Goedkeuring raad: 30 oktober 2018

Contactpersoon: Barbara Krekels - bkrekels@serv.be

Inhoud

Inhoud	3
Krachtlijnen	4
Advies	6
Situering.....	6
1 Algemene appreciatie	6
1.1 Visie op eerstelijnszorg	6
1.2 Kansen en valkuilen voor de uitvoering van het decreet	9
2 Bespreking van het voorontwerp van decreet	11
2.1 Definities	11
2.2 Werkingsprincipes	12
2.3 Organisatie van de eerstelijnszorg voor persoon met zorg en ondersteuningsbehoefte	13
2.4 Ondersteuning van eerstelijnszorgaanbieders	14
2.5 Zorgraden	15
2.6 Regionale zorgplatformen	17
2.7 Partnerorganisaties	19
2.8 Organisaties met terreinwerking	20
2.9 Projecten	20
2.10 Brussel	20

Krachtlijnen

Visie op eerstelijnszorg

Voor de raad betekent dit hervormingstraject een belangrijke oefening in het versterken en het meer zichtbaar en kwaliteitsvoller maken van de eerste lijn. Het is goed dat alle partners op het terrein door dit voorontwerp van decreet aangespoord worden om samen aan tafel te gaan.

De SAR WGG is van mening dat de actuele ontwikkelingen in het denken over de rol en het belang van de eerstelijnszorg goed vertaald zijn in dit voorontwerp van decreet. Het zet Vlaanderen ook internationaal op de kaart als regio met beleidsaandacht voor een innovatieve eerstelijnszorg. Na een lange voorbereiding, waar samen met alle betrokkenen werd nagedacht over de organisatie van de eerste lijn, is het goed dat dit decreet nu kan goedgekeurd worden. De reorganisatie kan dan echt ingang vinden.

De raad onderschrijft de ambitie van het voorontwerp van decreet, met name de eerste lijn versterken en een betere samenwerking en integratie in de eerste lijn realiseren. Het voorontwerp van decreet verlaat de strikt medische invalshoek en vertrekt veeleer vanuit een bio-psycho sociaal model waarbij de veelheid van aspecten binnen gezondheid en welzijn meer als een geheel worden benaderd. De persoonsgerichte en geïntegreerde aanpak en de integratie van welzijn en gezondheid komen goed uit de verf in de tekst. De raad ondersteunt dit ten zeerste.

De raad is van mening dat het decreet er moet komen, wat niet wegneemt dat er nog verbeterpunten zijn. Zo meent de raad dat er nog te weinig nadruk ligt op de verschuiving van reactieve zorg en ondersteuning naar een populatiegerichte, proactieve benadering. De raad ziet immers in de eerstelijnszone een mogelijkheid tot integratie van eerstelijnszorg (Primary Care) en volksgezondheid (Public Health). Een nauwere samenwerking in de eerste lijn met de actoren van preventieve gezondheidszorg zal zorgen voor meer continuïteit in zorg en ondersteuning.

Voor de SAR WGG zit het sluitstuk van een populatiegerichte benadering in het verantwoordelijk stellen (accountability) van de eerstelijnszone voor een bepaalde populatie. Op dat vlak leest het voorontwerp van decreet echter nog zeer vrijblijvend. Het voorziet enkel in mogelijkheid om stimulansen te voorzien voor interdisciplinaire samenwerking in praktijkvoering (artikel 8). We lezen geen garanties voor een werkelijke samenwerking. Dit blijft voorlopig een belangrijk manco in het decreet: de link tussen het aanzetten tot samenwerking en de opdracht of het doel van die samenwerking, met name een toegankelijke, kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg en ondersteuning voor iedereen.

De raad mist in het voorontwerp van decreet linken naar andere grote trajecten zoals de Vlaamse sociale bescherming (VSB), het decreet betreffende de woonzorg, het decreet op de geestelijke gezondheid, het preventiedecreet, ...

Kansen en valkuilen voor de uitvoering van het decreet

Voorliggend voorontwerp van decreet zet de structuren uit voor de reorganisatie van de eerstelijnszorg. Het legt daarbij een legistische basis voor een aantal nieuwe concepten en geeft tegelijk een nieuwe inbedding aan bestaande regelingen. Een vereenvoudiging van de structuren was één van de doelstellingen van het hervormingstraject. De raad blijft na het lezen van dit voorontwerp van decreet toch bezorgd of de nieuwe structuur wel tot administratieve vereenvoudiging zal leiden. Zo vraagt de raad zich bijvoorbeeld af of het creëren van 75 nieuwe vzw's niet een al te zware belasting zal betekenen voor het werkveld.

Voor de raad is het een grote bekommernis dat de beschikbare middelen vooral naar de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte gaan en niet naar het opzetten van de structuren. De raad leest niet welke middelen de Vlaamse Regering zal vrijmaken voor het welslagen van deze transitie en stelt vast dat er nu nog veel beroep gedaan wordt op voluntarisme.

De huidige staatsstructuur maakt dat de Vlaamse overheid hoe dan ook de samenwerking met het federale niveau nodig zal hebben om van deze reorganisatie een succes te maken. Ook de beroepsgroepen die door het federale niveau gefinancierd worden, zullen de omslag moeten maken naar meer geïntegreerde zorg en ondersteuning. Het zou daarom goed zijn dat de Vlaamse overheid in dit decreet de mogelijkheid zou voorzien om samenwerkingsakkoorden met de federale overheid af te sluiten.

De raad merkt op dat de Vlaamse regering wel volledig bevoegd is voor het domein welzijn. Ook daar is het nodig te investeren, bijvoorbeeld, om het geïntegreerd breed onthaal een sterke start te geven.

Er zal spoedig werk moeten gemaakt worden van de concretisering in uitvoeringsbesluiten en van een duidelijk tijdspad voor de uitvoering zodat de dynamiek op het terrein gevoed blijft. De SAR WGG vraagt dat de Vlaamse Regering voor de uitvoering een uitgewerkt pad voorlegt met duidelijke engagementen, opleveringen en een concrete tijdshorizon.

Bespreking van het voorontwerp van decreet

In het tweede deel van het advies volgt een artikelsgewijze bespreking van het voorontwerp van decreet.

Advies

Situering

De Strategische adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, gezondheids- en gezinsbeleid (SAR WGG) ontving op 20 september 2018 een adviesvraag van de Vlaamse minister voor welzijn, volksgezondheid en gezin, Jo Vandeuren over het voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders. De adviestermijn loopt tot eind oktober 2018.

Op 27 april 2017 bracht de SAR WGG al advies uit over de conceptnota 'een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn'. De conceptnota volgde op de conferentie eerstelijnszorg van 16 februari 2017 die grondig werd voorbereid via een participatief traject waarbij onder andere belanghebbende eerstelijnsorganisaties, voorzieningen, beroepsgroepen, deskundigen uit de sector en gebruikers werden betrokken.

De raad vergaderde over het voorliggende voorontwerp van decreet op 27 september, op 9 oktober en op 25 oktober 2018. Het advies van de SAR WGG werd bij consensus aangenomen op 30 oktober 2019.

1 Algemene appreciatie

Voor de raad betekent het hervormingstraject - dat in voorliggend voorontwerp van decreet vertaald wordt - een belangrijke oefening in het versterken en het meer zichtbaar en kwaliteitsvoller maken van de eerste lijn. Het is goed dat alle partners op het terrein door dit voorontwerp van decreet aangespoord worden om samen aan tafel te gaan. Dat is een eerste stap. Het zijn de actoren op het terrein die uiteindelijk samen een toegankelijke en kwaliteitsvolle geïntegreerde zorg en ondersteuning in de eerste lijn tot stand moeten brengen.

1.1 Visie op eerstelijnszorg

De SAR WGG is van mening dat de actuele ontwikkelingen in het denken over de rol en het belang van de eerstelijnszorg goed vertaald zijn in dit voorontwerp van decreet. Het zet Vlaanderen ook internationaal op de kaart als regio met beleidsaandacht voor een innovatieve eerstelijnszorg. Na een lange voorbereiding, waar samen met alle betrokkenen werd nagedacht over de organisatie van de eerste lijn, is het goed dat dit decreet nu kan goedgekeurd worden. De reorganisatie kan dan echt ingang vinden.

De raad onderschrijft de ambitie van het voorontwerp van decreet, met name de eerste lijn versterken en een betere samenwerking en integratie in de eerste lijn realiseren. Het voorontwerp van decreet verlaat de strikt medische invalshoek en vertrekt veeleer vanuit een bio-psycho sociaal model waarbij de veelheid van aspecten binnen gezondheid en welzijn meer als een geheel worden benaderd. De persoonsgerichte en geïntegreerde aanpak en de integratie van welzijn en gezondheid komen goed uit de verf in de tekst. De raad ondersteunt dit ten zeerste.

De raad meent echter dat er nog te weinig nadruk ligt op de verschuiving van reactieve zorg en ondersteuning naar een populatiegerichte, proactieve benadering. Deze benadering sluit ook aan bij het beleid van de Wereldgezondheidsorganisatie rond Universal Health Coverage en bij de

Duurzame Ontwikkelingsdoelen (SDG 3) van de Verenigde Naties. De raad stelt voor om een verwijzing naar deze internationale kaders op te nemen op pagina 8 van de memorie van toelichting.

Preventie en de eerste lijn

De raad ziet immers in de eerstelijnszone een mogelijkheid tot integratie van eerstelijnszorg (Primary Care) en volksgezondheid (Public Health). Die integratie wordt gezien als een essentieel aspect van een populatiegerichte benadering. Een nauwere samenwerking in de eerste lijn met de actoren van de preventieve gezondheidszorg zal zorgen voor meer continuïteit in zorg en ondersteuning, die vertrekt vanuit preventie, vroeg-detectie en vroeg-interventie, en ook schade beperkende maatregelen omvat.

De raad vraagt daarom om in dit voorontwerp van decreet preventie, vroeg-detectie en vroeg-interventie duidelijker in te schrijven in de organisatie van de eerstelijnszorg. Zowel op lokaal, regionaal als Vlaams niveau moet preventie en vroeg-interventie een prominente rol innemen om de gezondheidsdoelstellingen van het strategisch plan 'De Vlaming leeft gezonder in 2025' te bereiken. De hervorming van de eerstelijnszorg is een uitgelezen kans om de maatschappelijke winst, doeltreffendheid en kosteneffectiviteit die gepaard gaat met preventie en vroeg-interventie optimaal te verankeren in de eerste lijn. De raad wijst erop dat het hierbij niet alleen om primaire preventie gaat, ook een secundaire en tertiaire preventie, waarbij proactief gehandeld wordt om problemen te voorkomen, kunnen een belangrijke maatschappelijke winst betekenen.

In de conceptnota 'Een geïntegreerde zorg in de eerste lijn' kwamen preventie en gezondheidspromotie duidelijk aan bod als opdracht voor de zorgactoren in de eerste lijn, maar het werd nogal smal ingevuld: *Een preventief beleid voeren in zorg en welzijn houdt in dat de zorgaanbieders oog hebben voor preventie en daarbij ondersteund worden om de methodieken uit het preventieve gezondheidsbeleid toe te passen binnen hun praktijkvoering (conceptnota p. 22)*. Uit de feedback op de gezondheidsconferentie (16&17 december 2016) is gebleken dat het niet genoeg is om bepaalde methodieken uit te werken. De focus moet meer gelegd worden op de ondersteuning van de implementatie en het inzetten van middelen. Er moet ook veel meer in overleg met de eerstelijnsactoren afgesproken worden wat de eerste lijn precies kan opnemen en wat de eerstelijnsactoren nodig hebben om dit in de praktijk te brengen.

- Om dit te realiseren wordt preventie best zo dicht mogelijk bij het lokale niveau gebracht. De raad is dan ook van mening dat de Logo's operationeel moeten functioneren op het niveau van de eerstelijnszones. Het zou voor bredere equipes zorgen die ook rond preventie een sterke lokale werking kunnen ontwikkelen. Op die manier zou het beleid ook een echte opening creëren naar health in all policies op het niveau waar ook de lokale besturen actief zijn (SAR WGG, 27 april 2017, pp.15-16).
- De raad vraagt daarnaast om in de eerstelijnszones ook de actoren die inzetten op zorg en ondersteuning vanaf de eerste levensjaren te betrekken. Een goede start in het leven kan een wereld van verschil maken op het vlak van welzijn en gezondheid. Continuïteit van zorg begint dan ook bij de eerste zes levensjaren. Daarom meent de raad dat naast de Huizen van het Kind ook de Consultatiebureaus Kind en Gezin en de CLB in de zorgraad vertegenwoordigd moeten zijn.

Accountability

Voor de SAR WGG zit het sluitstuk van een populatiegerichte benadering in het verantwoordelijk stellen (accountability) van de eerstelijnszone voor een bepaalde populatie. Alleen wanneer de professionals op het terrein echt samen verantwoordelijkheid zullen opnemen voor een bepaalde populatie zal er werkelijk een toegankelijke en integrale zorg en ondersteuning ontstaan.

Op dat vlak leest het voorontwerp van decreet echter nog zeer vrijblijvend. Het voorziet enkel in mogelijkheid om stimulansen te voorzien voor interdisciplinaire samenwerking in praktijkvoering (artikel 8). We lezen geen garanties voor een werkelijke samenwerking. Dit blijft voorlopig een belangrijk manco in het decreet: de link tussen het aanzetten tot samenwerking en de opdracht of het doel van die samenwerking, met name een toegankelijke, kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg en ondersteuning voor iedereen. We lezen in de werkingsprincipes wel over quadruple aim, maar dit wordt elders in het voorontwerp van decreet niet hard gemaakt door concrete maatregelen of stimulansen.

In zijn advies over de conceptnota 'een geïntegreerde zorgverlening op de eerste lijn' stelde de raad al dat, door een netwerk van zorgverleners de verantwoordelijkheid te geven om de zorg en ondersteuning samen op te nemen voor een bepaalde populatie, kan worden vermeden dat (vaak extra kwetsbare) burgers en/of per personen met een zorgbehoefte door de mazen van het net (blijven) vallen. De raad wees er toen al op dat dit één van de belangrijke hefboomen is die de Vlaamse Regering in handen heeft om de gezondheidskloof te dichten en de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning te bevorderen. De raad vond het dan ook een gemiste kans dat dit in de conceptnota niet werd vooropgesteld. (SAR WGG, 27 april 2017, p. 15; SAR WGG, 21 december 2017 *Voorstel voor een Vlaamse gezondheidsdoelstelling over het verkleinen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn*).

De raad benadrukt vandaag de noodzaak om deze 'accountability' duidelijk te formuleren op de twee niveaus: op meso-niveau door een performante werking van de eerstelijnszone, op micro-niveau door een netwerk van zorgverleners, verantwoordelijk voor de zorg en ondersteuning voor een bepaalde populatie.

Bruggen naar andere lijnen en trajecten

De raad stelt ook vast dat de samenwerking met de andere lijnen met dit voorontwerp van decreet onduidelijk blijft. We hebben een sterk eerstelijnsdecreet nodig, dat duidelijke linken met andere lijnen legt met het oog op een efficiënte lijn-overstijgende samenwerking. Een sterk decreet over de eerste lijn is immers een essentieel 'eigenstandig' onderdeel van een kwaliteitsvolle en toegankelijk integrale (langdurige) zorg en ondersteuning in de eerste lijn, die in een goed model van getrapte zorg en ondersteuning is ingebed. De raad denkt niet dat - zoals in de memorie van toelichting wordt gesteld op p.4 - een decreet over de eerstelijnszorg slechts als een tussenstap naar één 'sectoroverschrijdend decreet langdurige zorg en ondersteuning' moet worden gezien.

De raad mist in het voorontwerp van decreet linken naar andere grote trajecten zoals de Vlaamse sociale bescherming (VSB), het decreet betreffende de woonzorg, het decreet op de geestelijke gezondheid, het preventiedecreet, In zijn advies over het decreet betreffende de woonzorg (31 mei 2018, p.7) schreef de raad al dat er bij het uitschrijven en uitrollen van deze trajecten zeer sterk over moet gewaakt worden dat alles op zijn plaats valt, in elkaar haakt en dat er geen hiaten/gaten vallen, noch tegenstrijdigheden ontstaan.

1.2 Kansen en valkuilen voor de uitvoering van het decreet

Voorliggend voorontwerp van decreet zet de structuren uit voor de reorganisatie van de eerstelijnszorg. Het legt daarbij een legistische basis voor een aantal nieuwe concepten en geeft tegelijk een nieuwe inbedding aan bestaande regelingen. Een vereenvoudiging van de structuren was één van de doelstellingen van het hervormingstraject. De raad blijft na het lezen van dit voorontwerp van decreet toch bezorgd of de nieuwe structuur wel tot administratieve vereenvoudiging zal leiden. Zo vraagt de raad zich bijvoorbeeld af of het creëren van 75 nieuwe vzw's niet een al te zware belasting zal betekenen voor het werkveld. Door nieuwe concepten en oude regelingen/systemen in één decreet onderdak te geven, dreigen de innovatieve keuzes die aan de basis liggen van de hervormingen te worden ondergesneeuwd. Bij de uitvoering zal het van groot belang zijn dat de verschillende partners op de verschillende organisatieniveaus efficiënt kunnen bijdragen aan een geïntegreerde zorg en ondersteuning.

De raad merkt ook op dat het belangrijk is snelheid te maken voor de uitvoering van dit decreet. In de praktijk zijn de eerstelijnszones gevormd, zijn er instructies uitgestuurd voor de zorgraden, en zijn er heel wat verwachtingen gecreëerd. Er zal dan ook spoedig werk moeten gemaakt worden van de concretisering in uitvoeringsbesluiten en van een duidelijk tijdspad voor de uitvoering zodat de dynamiek op het terrein gevoed blijft.

Het voorontwerp van decreet laat immers nog erg veel open voor de uitvoering. Verdere invulling kan pas uitwijzen of de burger en de persoon met zorgbehoefte uiteindelijk op het terrein meer integrale zorg en ondersteuning zal ervaren. Ook voor de actoren op het terrein is het nog koffiedik kijken op welke manier bepaalde concepten zullen worden uitgevoerd. Die uitvoering zal een belangrijke impact hebben op de werking van de actoren in de eerste lijn, zoals bijvoorbeeld de organisatie en de financiering van het interdisciplinair overleg, zorgcoördinatie, casemanagement, de werking van de zorgraden, de uitwerking van de regionale zorgzones,....

Door een gebrek aan invulling in dit voorontwerp van decreet blijft ook de onduidelijkheid bestaan over de verhouding en de interactie tussen zorgraden, regionale zorgplatformen en het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn en over de afstemming tussen de eerstelijnszones en het lokaal sociaal beleid.

De raad leest niet welke middelen de Vlaamse Regering zal vrijmaken voor het welslagen van deze transitie en stelt vast dat er nu nog veel beroep gedaan wordt op voluntarisme. Is er nagegaan wat de weerslag op werking van organisaties en individuele zorgverstrekkers zal zijn? Is er nagegaan welke de impact op de werklast voor het betrokken personeel zal zijn? Krijgen de actoren hiervoor extra middelen? Hoeveel VTE zullen er nu effectief beschikbaar zijn voor de ondersteuning van de zorgraden?

Voor de raad is het een grote bekommernis dat de beschikbare middelen vooral naar de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte gaan en niet naar het opzetten van de structuren. Vanuit efficiëntieoverwegingen lijkt het de raad daarom meer aangewezen om het personeel dat de zorgraden zal ondersteunen in loondienst bij het Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn onder te brengen, die dan naar feitelijke verenigingen (de zorgraden) kunnen worden gedetacheerd. Op die manier hoeven de zorgraden zich niet bezig te houden met arbeidsvoorwaarden, lonen en statuten en kan de aandacht volledig gaan naar de organisatie van de zorg en ondersteuning en

naar de ondersteuning van de zorgactoren. Lokaal kunnen de feitelijke verenigingen interageren met lokale besturen.

De huidige staatsstructuur maakt dat de Vlaamse overheid hoe dan ook de samenwerking met het federale niveau nodig zal hebben om van deze reorganisatie een succes te maken. Ook de beroepsgroepen die door het federale niveau gefinancierd worden, zullen de omslag moeten maken naar meer geïntegreerde zorg en ondersteuning. Het zou daarom goed zijn dat de Vlaamse overheid in dit decreet de mogelijkheid zou voorzien om samenwerkingsakkoorden met de federale overheid af te sluiten.

De raad merkt op dat de Vlaamse Regering wel volledig bevoegd is voor het domein welzijn. Ook daar is het nodig te investeren, bijvoorbeeld, om het geïntegreerd breed onthaal een sterke start te geven.

De SAR WGG vraagt dat de Vlaamse Regering voor de uitvoering een uitgewerkt pad voorlegt met duidelijke engagementen, opleveringen en een concrete tijdshorizon.

2 Bespreking van het voorontwerp van decreet

2.1 Definities

Artikel 2 definieert de termen die in het decreet worden gebruikt.

- 1° Eerstelijnszone. De eerstelijnszone wordt omschreven als ‘het werkgebied van de zorgraad, vermeld in artikel 13’. Omdat het een sleutelbegrip is in het decreet vraagt de raad om dit meer uitgebreid te definiëren. Het lijkt bovendien wat ongelukkig om de definitie van een eerstelijnszone afhankelijk te maken van een zorgraad. Initieel was die zorgraad niet de driver voor het vormen van die zones. Er zaten een ander traject en een andere logica achter die in de definitie aandacht verdienen.

De raad stelt volgende definitie voor: een eerstelijnszone is een geografisch omschreven aaneensluitend gebied, begrensd door gemeentegrenzen en met minstens 70000 inwoners, waarbinnen de populatie gecoördineerde eerstelijnszorg geniet die door de zorgraad van de eerstelijnszone wordt ondersteund; de eerstelijnszone is het werkgebied van de zorgraad, vermeld in artikel 13.

- 16° Zorg- en ondersteuningsdoel. Het concept wordt hier goed omschreven. Toch vraagt de raad om er in het ganse voorontwerp van decreet en in de memorie van toelichting over te waken dat er geen conceptuele verwarring ontstaat tussen zorg- en ondersteuningsdoelen en de levensdoelen van mensen. Doelgerichte zorg en ondersteuning gaat over levensdoelen van mensen die het vertrekpunt van zorg en ondersteuning vormen. Dit zou bijvoorbeeld heel helder zijn wanneer deze ‘levensdoelen’ het eerste scherm zouden vullen in het elektronisch dossier van personen met een zorg- en ondersteuningsbehoefte. Zorg- en ondersteuningsdoelen worden geformuleerd in een zorg- en ondersteuningsplan en zijn een operationalisering van levensdoelen.

- 17° Zorg en ondersteuningsvraag. Het voorontwerp van decreet vertrekt van ‘de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag’. De SAR WGG heeft er in vele adviezen reeds op gewezen dat de mogelijkheid om een zorgbehoefte of zorgnood in een zorgvraag om te zetten, niet voor iedereen vanzelfsprekend is en vaak ook sociaal ongelijk verdeeld is. Het vertrekpunt van zorg en ondersteuning is dan ook steeds de persoon met een zorg- en ondersteuningsbehoefte, ook al wordt deze behoefte niet altijd als een heldere vraag geformuleerd. Dit geldt niet enkel voor preventieve interventies, maar ook in de curatieve zorg waarbij uiteraard steeds het recht op zelfbeschikking dient te worden gerespecteerd (cfr. ‘aanklampende benadering’ waarnaar verwezen wordt op p.7 van de MvT).

De term ‘de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag’, die heel vaak in de tekst voorkomt, moet worden vervangen door ‘de persoon met een zorg- en ondersteuningsbehoefte.

- In relatie tot artikel 8 lijkt het voor de raad belangrijk hier ook het onderscheid tussen 'multidisciplinair' en 'interdisciplinair' te definiëren. Dit staat goed beschreven in de memorie van toelichting op pagina 9: *Het houdt in dat zorghandelingen niet enkel gesteld worden om bepaalde problemen, ziekten of aandoeningen te gaan oplossen, maar dat de zorg in functie wordt gesteld van wat een persoon nog wil realiseren of kunnen met de vastgestelde problemen, ziekten of aandoeningen. Een doel kan door de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag zelf, zijn informele zorg, de zorgaanbieders of een combinatie van deze drie categorieën gerealiseerd worden. Het werken aan zorg- en ondersteuningsdoelen kan dus een multidisciplinaire aanpak vergen. Elk zorgdoel wordt in een multidisciplinaire aanpak door een bepaalde zorgaanbieder opgenomen en gerealiseerd en vereist geen samenwerking met andere zorgaanbieders. Interdisciplinaire samenwerking gaat nog een stap verder. Een interdisciplinaire samenwerking komt dan tot stand vanuit de geformuleerde zorgdoelen, die niet kunnen gerealiseerd worden vanuit 1 discipline of organisatie. Bepaalde zorgdoelen vragen een bij uitstek intensieve samenwerking tussen zorgaanbieders en tussen de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en de zorgaanbieders. In dergelijke samenwerking worden inzichten vanuit verschillende invalshoeken, disciplines en ervaringen gecombineerd. Het kan daarbij voor de zorgaanbieders ook leiden tot inzichten in de discipline van een andere zorgaanbieder.*

2.2 Werkingsprincipes

Artikel 4 beschrijft de werkingsprincipes voor de eerstelijnszorg.

- 2° het centraal stellen van de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte. De raad vraagt om hier ook het principe van 'doelgerichte zorg en ondersteuning' expliciet te maken.
- 5° In het vijfde werkingsprincipe worden de vier doelstellingen van het 'Quadruple aim'-raamwerk naar voor geschoven. De tweede doelstelling is de gezondheid en het welzijn van de bevolking verbeteren "met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid". Ook in de memorie van toelichting (p.2) wordt gesteld dat *een goed georganiseerde eerstelijnszorg ook sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid kan verminderen door de toegankelijkheid van zorg te optimaliseren en een signaalfunctie op te nemen.*" Hierop heeft ook de raad in eerdere adviezen al gewezen. Het blijft echter onduidelijk hoe voorliggend decreet er toe zal bijdragen? Welke maatregelen neemt Vlaanderen om de financiële toegankelijkheid van de eerstelijnszorg te waarborgen? En hoe wordt de signaalfunctie ingebouwd? Eén van de belangrijkste hefboomen hiervoor is voor de raad het aanspreken van de verantwoordelijkheid van alle actoren op niveau van de zorggraad. Zij zijn samen verantwoordelijk om een toegankelijke zorg te waarborgen voor iedereen in het werkgebied (eerstelijnszone) (cfr. Algemene appreciatie).
- 6° Het zesde werkingsprincipe integreert het kwaliteitsdenken in de eerstelijnszorg en verwijst naar de uitgangspunten van Maatschappelijk Verantwoorde Zorg. De raad meent dat in het lijstje van opgesomde uitgangspunten relevantie toegevoegd moet worden. Ook innovatie en duurzaamheid zijn componenten van kwaliteit en mogen hier vermeld worden.

In de memorie van toelichting wordt erop gewezen dat er geen afzonderlijk luik rond kwaliteit in dit voorontwerp van decreet wordt voorzien. De memorie van toelichting verwijst naar Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg en naar het toekomstige Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL), die op Vlaams niveau invulling zullen geven aan het kwaliteitsbeleid in de eerste lijn, en naar de federale evolutie naar een wet rond kwaliteitszorg.

Toch meent de raad dat in het decreet over de organisatie van de eerstelijnszorg minimaal ook moet worden voorzien dat **de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte moet klacht kunnen neerleggen over de organisatie van zijn zorg en de samenwerking tussen zijn zorgverleners**. In artikel 11, 4^a) wordt wel vermeld dat de zorggraden een opdracht hebben om de eerstelijnszorgaanbieders te ondersteunen bij het klachtenbeleid, maar het **klachtenbeleid** zelf is niet opgenomen. Het klachtenbeleid moet toegankelijk, laagdrempelig en integraal zijn. Er dient een stapsgewijs traject van klachtenbemiddeling tot afdwingbare klachtenbehandeling mogelijk te zijn. Omdat Vlaanderen hier bevoegd voor is, vraagt de raad om dit in het decreet op te nemen. De raad vraagt tegelijk om werk te maken van samenwerkingsakkoorden met het federale niveau om tot een integraal klachtenbeleid te komen.

Ook in het vijfde werkingsprincipe (5^o) wordt als eerste doelstelling van quadruple aim verwezen naar het optimaliseren van de kwaliteit van de eerstelijnszorg zoals de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood die ervaart. Het zal belangrijk zijn om ook wat kwaliteit betreft een 'lijn overstijgend' kader uit te werken en afstemming te garanderen. Vragen zoals 'Wie bepaalt indicatoren en ijkpunten?', 'Welke koppelingen worden gemaakt met andere regelgeving?' enz. dienen hier beantwoord te worden.

- 7^o Het nastreven van geïntegreerde zorg en ondersteuning via het delen van gegevens. De raad meent dat met betrekking tot gegevensdeling een meer toekomstgericht perspectief moet gehanteerd worden. De voorgestelde vorm van gegevensdeling, waarbij informatie via beveiligde snelwegen wordt doorgestuurd, is voorbijgestreefd. Alle zorg- en ondersteuningsverleners en de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte (met zijn naaste omgeving) moeten rechtstreeks informatie kunnen plaatsen in het elektronisch patiëntendossier (EPD) met respect voor de GDPR. De persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte moet zijn levensdoelen rechtstreeks in het EPD kunnen plaatsen (zie Tange et. Al.).

2.3 Organisatie van de eerstelijnszorg voor persoon met zorg en ondersteuningsbehoefte

In artikel 5 wordt erop gewezen dat de organisatie van de eerstelijnszorg moet gebeuren met respect voor de levensdoelen van die persoon, alsook zijn zelfzorgvermogen, zijn keuzevrijheid en zijn wens en vermogen tot zelfregie. De raad merkt op dat keuzevrijheid een belangrijk principe is maar binnen de toekomstige organisatie van de eerste lijn een scope zal moeten kennen die niet haaks staat op het solidariteitsprincipe. De raad verwijst hierbij naar de algemene appreciatie waar gepleit wordt voor meer accountability van de eerstelijnszone voor een bepaalde populatie en het werken met eerstelijnsnetwerken voor een duidelijk omschreven groep van burgers. De keuzevrijheid van de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte zal binnen dit concept de gepaste ruimte moeten krijgen.

In artikel 6 wordt naar het zorg- en ondersteuningsplan verwezen. Dat plan wordt door een zorgteam, waarvan ook de persoon met een zorg- en ondersteuningsbehoefte deel uitmaakt, opgemaakt. De raad vindt het goed dat hier expliciet vermeld wordt dat, naast de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte of zijn vertegenwoordiger, ook eerstelijnszorgaanbieders kunnen verzoeken om een zorg- en ondersteuningsplan op te maken. Door de professionals hier zelf ook verantwoordelijkheden te geven, maakt men werk van de idee van 'accountability' op het micro-niveau.

In artikel 6 wordt ook gesteld dat de Vlaamse Regering nadere regels kan bepalen met betrekking tot het zorg- en ondersteuningsplan en het opstellen ervan. De raad meent dat dit niet echt een opdracht is waarover de Vlaamse Regering zich moet buigen.

Artikel 6 handelt verder over het multidisciplinair overleg en de zorgcoördinatie. Artikel 7 behandelt het casemanagement. De raad stelt voor in artikel 6§2 de term 'multidisciplinair' door 'interdisciplinair' te vervangen.

Het uitgangspunt dat zorgcoördinatie in principe gebeurt door iemand in het zorgteam die geaccepteerd en aangeduid is door de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte, is goed. Casemanagement moet slechts in uitzonderlijke gevallen ingeschakeld worden.

De raad heeft enkele bezorgheden voor de uitvoering van deze artikels. Zowel in het geval van zorgcoördinatie (art. 6 §4) als van casemanagement (art. 7 §4) kan financiering voorzien worden. De raad denkt dat het belangrijk is beide opdrachten te financieren. Omdat zorgcoördinatie in de meeste gevallen volstaat, moet er bewaakt worden dat er, omwille van de financiering, niet té snel zal beslist worden dat een casemanager nodig is. In het voorontwerp van decreet is er immers geen financiering voorzien voor de ondersteuning van het overleg in het interdisciplinaire team. De zorgcoördinator zal dit op zich moeten nemen.

Momenteel bestaat er wel een functie van overlegcoördinator in het kader van multidisciplinair overleg. Zonder expliciet te pleiten voor het behoud van deze functie, merkt de raad wel op dat het een achteruitgang zal zijn als men van de betrokken zorgverleners verwacht dat ze het overleg opnieuw zelf gaan organiseren. De zorgcoördinator is diegene die in het team voor de bilaterale afstemming zorgt. Wanneer er bredere vragen zijn binnen het team en wanneer een overleg moet worden georganiseerd met veel zorgverleners rond de tafel is het een belangrijke meerwaarde dat iemand die niet als hulpverlener betrokken is dat kan organiseren (datum zoeken, vergadering leiden, voor verslaggeving zorgen,...). Het gaat in dit geval dus over het faciliteren van het overleg, niet over casemanagement. Indien dit niet meer wordt voorzien, komt het terug bij de zorgcoördinator terecht (vb. een huisarts of maatschappelijk werker), die niet steeds de tijd heeft om dit goed op te nemen. De raad meent dat dit momenteel een essentieel aspect is van een goed werkende zorgketting. Wanneer teams gaande weg in meer stabiele netwerken gaan functioneren en mekaar daardoor beter kennen, zal dit op termijn minder nodig zijn.

2.4 Ondersteuning van eerstelijnszorgaanbieders

Het voorontwerp van decreet voorziet via artikel 8 in de mogelijkheid om stimulansen te voorzien voor interdisciplinaire samenwerking in praktijkvoering. De raad is tevreden dat hier het concept interdisciplinaire zorg en ondersteuning duidelijk ontwikkeld wordt (ook in het onderscheid met multidisciplinaire zorg). Met de term wordt terecht gekozen voor een meer doorgedreven vorm van samenwerking die op integrale zorg en ondersteuning aanstuurt.

De memorie van toelichting beschrijft op pagina 12 ook nog de intentie om vanuit Vlaanderen ook multidisciplinaire groepspraktijken en wijkgezondheidscentra te ondersteunen met VIPA-subsidies. Ook bij complexe zorg (artikel 7 casemanagement) worden er wel stappen vooruit gezet (samenwerken in team).

Deze elementen in het voorontwerp van decreet ziet de raad als een stap richting meer 'netwerkgang' rond de patiënt. Toch oordeelt de raad dat de interdisciplinaire samenwerking in het voorontwerp van decreet nog veel te vrijblijvend is (cfr. concept accountability in de algemene appreciatie).

De raad merkt nog op dat de bewering (op p. 12 van de memorie van toelichting) niet klopt dat het opzet van multidisciplinaire groepspraktijken en van wijkgezondheidscentra in wezen gelijkaardig zou zijn. Er zijn immers fundamentele verschillen: wijkgezondheidscentra zijn beter toegankelijk en bereiken meer kwetsbare doelgroepen (38 % van de ingeschreven patiënten hebben een Voorkeurtarief, dus een laag inkomen). Wijkgezondheidscentra verzorgen een ingeschreven populatie en krijgen één geïntegreerd bedrag voor huisartsen, verpleegkundigen, kinésitherapeuten. Dit bevordert subsidiariteit en competentie-sharing. Wijkgezondheidscentra werken met een geïntegreerd dossier, en alle disciplines zorgen voor dezelfde populatie. Tenslotte hebben ze in Vlaanderen ook disciplines als maatschappelijk werk en gezondheidspromotie in het team. De raad verwijst nog naar het onderzoek van het IMA (Intermutualistisch Agentschap) (8 december 2017) *Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België: een update*.

2.5 Zorgraden

In de memorie van toelichting staat op pagina 3 dat de zorgraden belangrijke opdrachten krijgen inzake ondersteuning van informele zorg, buurtgerichte zorg en geïntegreerd breed onthaal, lokaal sociaal beleid, zorgorganisatie op bevolkingsniveau binnen de eerstelijnszone, preventie, digitalisering, innovatie en kwaliteitsbeleid.

De verbinding van de eerstelijnszorg met buurtgerichte zorg, geïntegreerd breed onthaal en lokaal sociaal beleid moet duidelijker geschetst worden. De raad meent dat het belangrijk is dat de lokale besturen in dit verhaal hun rol en verantwoordelijkheden opnemen.

In [artikel 11](#) worden de opdrachten van de zorgraden beschreven.

- De zorgraad krijgt via [artikel 11 1°](#) de opdracht om de organisatie en het aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning af te stemmen op de zorg- en ondersteuningsbehoeften, binnen het werkgebied van de zorgraad.
 - De raad vraagt hoe dit interfereert met de programmatie op Vlaams niveau. Zal men daarvan kunnen afwijken? Betekent dit dat wanneer op het niveau van de eerstelijnszone een onevenwicht vastgesteld wordt tussen vraag en aanbod, de eerstelijnszone er op één of andere manier op kan ingrijpen, ook wanneer dat niet past in de Vlaamse programmatie? Het is onvoldoende duidelijk wat de reikwijdte hiervan is, en wat de verhouding is of zal zijn ten aanzien van het lokaal sociaal beleid dat de individuele lokale besturen in de eerstelijnszone zullen uitbouwen.
 - Naast de zorgraden, hebben ook de regionale zorgplatformen en het lokaal sociaal beleid opdrachten met betrekking tot de afstemming van vraag en aanbod.
 - Het regionaal zorgplatform krijgt via artikel 16, 1° de opdracht *om het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin te adviseren over de afstemming van het aanbod aan zorg en ondersteuning op de behoeften van de bevolking binnen zijn werkgebied*.

- Het lokaal bestuur heeft de opdracht *om het aanbod aan lokale sociale hulp- en dienstverlening maximaal af te stemmen op de lokale behoeften* (decreet betreffende het lokaal sociaal beleid van 9 februari 2018, Art. 7.§ 1.). Deze opdracht heeft minstens betrekking op het bevorderen van overleg en afstemming tussen de lokale actoren om te komen tot een complementair aanbod aan lokale sociale hulp- en dienstverlening.
- De raad vraagt zich af hoe dit alles in elkaar zal haken? Niet alleen is de wisselwerking met het lokaal sociaal beleid niet duidelijk, ook de wisselwerking tussen de zorgraad en het regionaal zorgplatform wordt niet helder weergegeven. De zorgraden worden in artikel 17 vermeld als lid van de regionale zorgplatformen, maar het is vreemd dat de relatie tussen de zorgraden en de regionale zorgplatforms niet verder wordt gespecificeerd. De regionale zorgplatformen zullen immers aan het beleidsdomein WVG doorgeven hoe vraag en aanbod op elkaar moeten worden afgestemd (artikel 16, 1°). Het is ook vreemd dat de regionale zorgplatformen advies moeten geven aan het beleidsdomein WVG, maar niet rechtstreeks aan het Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn. De link met of verwijzing naar VIVEL met de zorgraden ontbreekt volledig. Hoe zal dit ‘orgaan’ gevoed worden van onderuit zodat er geen blinde beslissingen genomen worden? Het nemen van beslissingen of geven van adviezen in verband met een passend aanbod gebeurt best in dialoog, het communiceren van noodzakelijke gezondheidsdata wordt best afgestemd enz..
- Om een duidelijker kader voor de afstemming van vraag en aanbod te krijgen, verwijst de raad naar zijn advies over het nieuw Vlaams Ziekenhuislandschap van 31 oktober 2016. Daar heeft de raad gepleit voor de totstandkoming van een globale zorgstrategische planning over de lijnen en sectoren heen. Daarin kunnen de zorgraden via de regionale zorgplatforms hun bijdrage doen (zie ook 2.6).

De zorgraad krijgt via artikel 11, 2° de opdracht om een integraal en inclusief lokaal sociaal beleid als vermeld in artikel 4 van het decreet van 9 februari 2018 betreffende het lokaal sociaal beleid, te ondersteunen.

- Wat betekent deze ‘ondersteuning’ precies? Het is voor de raad onduidelijk welke verhouding de zorgraden zullen hebben tot het lokaal sociaal beleid van de individuele lokale besturen. Moet een gemeentelijk lokaal sociaal beleid (LSB) op de zorgraad worden besproken/afgetoetst? Wat betekent dat voor de lokale afspraken en participatie? Wat gebeurt er bij onverenigbaarheden tussen de individuele plannen van gemeenten op niveau van de zorgraad? De raad vraagt dat de ruimte van het lokaal bestuur om haar eigen lokaal sociaal beleid uit te bouwen wordt bewaakt.
- Ook over het geïntegreerd breed onthaal (GBO) zijn er veel vragen. De SAR WGG heeft al geadviseerd over het Besluit van de Vlaamse Regering met betrekking tot het geïntegreerd breed onthaal (30 augustus 2018). De raad vraagt daar om op zijn minst een koppeling te maken met de eerstelijnszones in het kader van het hervormingstraject van de eerstelijnsgezondheidszorg. Er is duidelijkheid nodig over hoe de twee trajecten voor betere samenwerking op elkaar afgestemd kunnen worden. Wat is de positie van het geïntegreerd breed onthaal ten opzichte van de taken en de rollen van de Zorgraad? Wat is de rol en positie van dit samenwerkingsverband binnen de eerstelijnszone? De doelstellingen van het geïntegreerd breed onthaal van verschillende gemeenten/steden in een zelfde eerstelijnszone moeten in dialoog tussen de gemeenten en de

eerstelijnszone worden besproken, maar de uitwerking van het geïntegreerd breed onthaal moet wel lokaal gebeuren met participatie van de gebruikers. Bovendien zou de link met de eerstelijnszones, naast het verbreden van de samenwerking naar andere actoren (achterliggend aanbod), ook de uitrol van het geïntegreerd breed onthaal over gans Vlaanderen kunnen stimuleren.

- De raad vraagt aan de Vlaamse Regering om snel duidelijk te maken hoe deze opdracht zal afgestemd worden met het decreet lokaal sociaal beleid en het besluit over het geïntegreerd breed onthaal.

In artikel 11 wordt de sociale kaart gedefinieerd als *de gegevensbank, beheerd door het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*. De raad meent dat het departement de sociale kaart wel moet faciliteren maar niet zelf beheren.

Artikel 12 behandelt de samenstelling van de zorgraden. De raad geeft hier volgende bezorgdheid mee. Het is goed dat er op een diverse samenstelling ingezet wordt. Het is ook goed dat men eventuele noden op bevolkingsniveau in kaart wilt brengen. Maar zullen de behoeften van minder vertegenwoordigde groepen (in de zorgraden) voldoende gecapteerd worden? Wanneer een raad wordt samengesteld, zullen er immers altijd een aantal perspectieven zijn, vaak van meer kwetsbare burgers die minder goed georganiseerd zijn, die niet aan bod komen. Men zal hierbij echter moeten bewaken dat elke stem gelijkwaardig is en steeds de vraag moeten stellen of men de stem en noden van ook minder vertegenwoordigde groepen voldoende capteert.

2.6 Regionale zorgplatformen

In hoofdstuk 6 worden de regionale zorgplatformen besproken. De raad volgt de idee in de memorie van toelichting (p.3) dat zolang de zorgraden en het Vlaams instituut geen stabiele werking en organisatie vertonen, de regionale zorgplatformen niet definitief kunnen vastgelegd worden. Dat verklaart de conceptueel nog zwakke uitwerking in het voorontwerp van decreet. Anderzijds mag het wachten op de ontwikkelingen inzake de geestelijke gezondheidsnetwerken en ziekenhuisnetwerken geen excuus zijn om de kat uit de boom te blijven kijken. Er moet snel voortgang gemaakt worden met de uitvoering en werking van de eerstelijnszones en van het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn, zodat ook de regionale zorgzones snel vorm kunnen krijgen. Nu is het erg onduidelijk met welke structuren het gespecialiseerde aanbod in overleg moet gaan. Op welk niveau moet de afstemming tussen het gespecialiseerde aanbod en de eerste lijn gebeuren: op het niveau van de zorgraden (art 11,1°c) of op het niveau van de regionale zorgplatformen (art 16,2°)?

Wat de regionale zorgzones betreft, legt de raad zijn advies over de Conceptnota geïntegreerde zorg in de eerste lijn terug op tafel (pp. 17-21):

De SAR WGG meent dat de rationalisatie en reorganisatie van de eerste lijn (zoals in de conceptnota beschreven) nog verder moet gaan door als einddoel slechts twee ondersteuningsniveaus voor de eerste lijn voorop te stellen, met name het Vlaamse niveau en het niveau van de eerstelijnszone. Daarnaast worden er *drie overlegniveaus* voorzien, op het Vlaamse niveau, op het niveau van de regionale zorgzone en op het niveau van de eerstelijnszones.

- 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'.
 - Een overlegniveau is het niveau waar afstemming plaatsvindt, waar informatie wordt uitgewisseld en waar afspraken worden gemaakt, onder meer over de strategische zorgplanning voor een regio. (p.17)
- Bij een groot hervormingsproces, zoals de reorganisatie van de eerste lijn, zijn disruptieve elementen in de beslissingen onvermijdelijk, maar tegelijk moeten we voldoende rekening houden met de noden en bekommernissen van de professionals op het terrein zodat ze mee kunnen én willen stappen in dit positief veranderingstraject. Daarom pleit de raad ervoor om dit einddoel via de weg van de geleidelijkheid te bewandelen én te bereiken, met respect voor en in overleg met de bestaande structuren die vandaag goed werk leveren. Voor elk van de huidige structuren kan in het kader van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning worden nagegaan op welk niveau welke expertise kan worden ingekanteld.
- Voor de raad is het niveau van de regionale zorgzone dus een overlegniveau – en geen ondersteuningsniveau - waar informatie-uitwisseling en afstemming tussen aanbod en behoefte kan plaatsvinden en waar afspraken worden gemaakt, onder meer over het regionaal globaal zorg strategisch plan. In zijn advies over het nieuw Vlaams ziekenhuislandschap (31 oktober 2016) heeft de SAR WGG al een pleidooi gehouden voor een globale zorg strategische planning over de verschillende lijnen en over sectoren heen. Globaal betekent onder meer dat die zorg strategische planning zowel de domeinen gezondheid als welzijn betreft.

Het is belangrijk dat in de opdrachten van alle participerende actoren (zowel de eerstelijnszones, de ziekenhuisnetwerken als de sectoren welzijn en geestelijke gezondheidzorg) wordt ingeschreven dat alle actoren in de regionale zorgzone moeten worden betrokken bij het uittekenen van een strategische planning.

De raad meent dat samenwerking van eerstelijnszones en regionale zorgplatformen in het kader van deze zorgstrategische planning meer aandacht verdient.

- De raad meent bovendien dat om het onderscheid tussen 'ondersteuning' en 'overleg' goed te maken, duidelijk moet geopteerd worden om het ontwikkelen en ter beschikking stellen van expertise op het Vlaamse niveau (ondersteuningsniveau) te brengen. Expertise betekent hier innovatie, evaluatie, ontwikkeling van nieuwe methodieken en protocollen. Daarin moeten de expertise en de signalen van het terrein worden meegenomen. Opdrachten die betrekking hebben op de concrete ondersteuning van de 'zorg en ondersteuning' op het terrein horen eerder thuis op een lokaal niveau dicht bij de burger.

De raad meent dan ook dat alle expertisecentra best op het niveau van het Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn zouden gebracht worden voor wat betreft de expertisecomponent van hun werking. Sommige expertisecentra hebben vandaag ook een ondersteunende zorgcomponent in hun werking. Deze opdrachten zouden in een geleidelijk en overlegd proces best naar het niveau van de eerstelijnszones gebracht worden. Daar kunnen de krachten gebundeld worden om vanuit een generalistisch perspectief zorg en ondersteuning te bieden aan de persoon met zorgbehoefte, de mantelzorger en de professionals. Op die manier vermijden we dat er 'inequity by disease' ontstaat door een te specifieke/categoriale insteek (SAR WGG, 27 april 2017, pp. 20-21).

De raad stelt vast dat in artikel 15 de mogelijkheid wordt voorzien om de regionale zorgplatformen te subsidiëren en herhaalt hier zijn bekommernis uit de algemene appreciatie (deel 1) dat de beschikbare middelen voor het hervormingstraject zoveel mogelijk aan de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte zouden toekomen.

Artikel 16 Deze strategische zorgplanning zou beter gebeuren met ziekenhuizen, netwerken geestelijke gezondheidszorg en eerstelijnszones, ... op basis van relevante demografische, epidemiologische, sociaaleconomische data (zie voorgaande).

In artikel 17 komt de samenstelling van de regionale zorgplatformen aan bod:

We lezen dat Logo's, expertisecentra, netwerken GG, ... lid zullen zijn van de regionale zorgplatformen. De raad meent dat een meer doorgedreven integratie van die afzonderlijke spelers wenselijk is.

Artikel 17 1° Logo's: De raad vindt het goed dat preventie en gezondheidspromotie duidelijk aan bod komen als opdracht voor de eerste lijn. De focus moet nu gelegd worden op de implementatie en het inzetten van middelen. Daarvoor wordt preventie best zo dicht mogelijk bij het lokale niveau gebracht. De raad is dan ook van mening dat de Logo's operationeel moeten functioneren op het niveau van de eerstelijnszones.

Artikel 17, 2° Palliatieve netwerken en samenwerkingsverbanden voor palliatieve zorg: De raad denkt dat in de toekomst steeds meer mensen thuis zullen sterven. Op dat moment zal men de palliatieve netwerken beter op het niveau van de eerstelijnszones positioneren. Expertiseontwikkeling in dit domein, hoort thuis op Vlaamse niveau.

Artikel 17, 3° Erkende regionale expertisecentra dementie: De raad meent dat de expertisecentra dementie wat betreft de expertisecomponent van hun werking thuis horen op het Vlaamse niveau en wat de ondersteunende component van hun werking op het niveau van de eerstelijnszones. Door deze organisaties nu bij het regionale overlegniveau op te nemen, wordt 'inequity by disease' geïnstalleerd. Het is niet opportuun om voor elke aandoening een expertisecentrum op te richten. Wat betreft de zorgfunctie moet de expertise naar de eerstelijnszones gebracht worden.

Artikel 18 De term 'regionale zorgzone' is een ongelukkige benaming omdat die suggereert dat er op dat niveau zorg wordt verstrekt. De regionale zorgplatformen zullen hoofdzakelijk overleg voeren. Het 'werkgebied van een zorgplatform' is de correcte omschrijving van de territoriale component van de regionale zorgplatformen.

2.7 Partnerorganisaties

In artikel 19 wordt de mogelijkheid voorzien om partnerorganisaties te erkennen en subsidiëren.

De memorie van toelichting stelt op pagina 3 dat daarmee duidelijk op de oprichting van een Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn bedoeld wordt, maar stelt dat het voorlopig onduidelijk is of dit de enige partnerorganisatie zal zijn. Om die reden wordt het Instituut niet rechtstreeks ingeschreven in het voorontwerp van decreet maar wel vastgehaakt aan een algemener hoofdstuk rond partnerorganisaties. De raad meent dat deze constructie, hoewel ze pragmatisch te begrijpen valt, conceptueel heel zwak staat. In de memorie van toelichting worden bij artikel 19

(pagina 17) al meteen enkele voorbeelden van toekomstige partnerorganisaties, naast het VIVEL, gegeven, Zoals het Vlaams Expertisecentrum Dementie, LEIF, de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, en het Vlaams patiëntenplatform.

De voorbeelden lijken de raad wat vreemd. Het VIVEL staat in dezelfde lijst als het expertisecentrum dementie en LEIF. Deze organisaties zijn tegelijk ook partner binnen VIVEL. Waarom krijgen zij het predicaat 'partnerorganisatie' en anderen niet? Wat met alle andere segmenten van eerstelijnszorg en de organisaties die daar expertise hebben? Worden ze allemaal partnerorganisatie?

Vanuit een institutioneel standpunt is het niet erg sterk dat het VIVEL een partnerorganisatie is, zoals alle anderen, daar waar VIVEL precies coördinatie en afstemming tot stand moet brengen.

2.8 Organisaties met terreinwerking

Op basis van artikel 20 kan de Vlaamse Regering organisaties met terreinwerking erkennen en subsidiëren. Het is goed dat er op die manier de ruimte blijft om initiatieven op het terrein te ondersteunen. Tegelijk moet het de ambitie zijn om op termijn meer middelen te investeren in innovatieve projecten van de eerstelijnszones zelf. Door de eerstelijnszones te versterken wordt immers ook terreinwerking ondersteund.

2.9 Projecten

Op basis van artikel 22 kan de Vlaamse Regering subsidie verlenen voor projecten. De raad meent dat het ook hier is aangewezen om extra middelen voor innovatie voornamelijk te investeren in performante eerstelijnszones.

2.10 Brussel

De raad vraagt welke uitwerking van dit decreet de Vlaamse Regering in Brussel voor ogen heeft. Brussel wordt één grote eerstelijnszone, maar hoe ziet Vlaanderen de samenwerking in zo een groot gebied? En betreft dit enkel de samenwerking tussen de zogenaamde 'Vlaamse' actoren? Momenteel ligt er op GGC-niveau ook een ontwerpordonnantie eerste lijn op tafel. In hoeverre zijn beide plannen op elkaar afgestemd?

In afwachting van een geïntegreerd eerstelijnsbeleid in Brussel, pleit de raad ervoor om te werken aan een Vlaams eerstelijnsbeleid voor Brussel, dat zoveel mogelijk is afgestemd en zoveel mogelijk de samenwerking zoekt met andere eerstelijnsactoren over de taal- en/of gemeenschapsgrenzen heen.