



Visienota

Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning

Brussel, 20 december 2018

Inhoud

Inhoud	3
Lexicon	4
Inleiding	5
Uitgangspunten en componenten	10
1 Kwaliteit	10
1.1 Omschrijving	10
1.2 Componenten	12
2 Performantie	19
2.1 Omschrijving	19
2.2 Componenten	19
3 Sociale rechtvaardigheid	24
3.1 Omschrijving	24
3.2 Componenten	25
4 Relevantie	28
4.1 Omschrijving	28
4.2 Componenten	31
5 Toegankelijkheid	36
5.1 Omschrijving	36
5.2 Componenten	37

Lexicon

<p>Zorg en ondersteuning</p>	<p>We kiezen ervoor om de begrippen ‘zorg en ondersteuning’ te gebruiken en met elkaar te verbinden als een geheel. Zorg en ondersteuning staat voor alle vormen van (gezondheids)zorgverlening en hulp- en dienstverlening in de sectoren die onder het beleidsdomein welzijn, (volks)gezondheid en gezin vallen.</p> <p><i>Zie Visienota Integrale Zorg en Ondersteuning (pp. 5-6) voor een uitgebreide motivering van deze keuze.</i></p>
<p>Persoon met zorgbehoefte</p>	<p>Wanneer we – omwille van de leesbaarheid van de tekst – spreken van de ‘persoon met zorgbehoefte’, bedoelen we de ‘persoon met een zorg- en/of ondersteuningsbehoefte én zijn naaste omgeving’.</p> <p><i>Zie Visienota Nieuw Professionalisme (p. 14) voor een motivering van de keuze voor deze term.</i></p>
<p>Professional in zorg en ondersteuning</p>	<p>We hanteren de term ‘professionals in zorg en ondersteuning’ om alle beroepen aan te wijzen die in de gezondheids- en welzijnssectoren (beleidsdomein welzijn, (volks)gezondheid en gezin) een rol spelen in de zorg en ondersteuning van personen met zorgbehoefte, wars van de bevoegdheidsverdeling in dit land. Wij doelen met deze term dus zowel op gezondheidszorgberoepen (federale materie) als op zorg- en welzijnsberoepen (bevoegdheid van de deelstaten).</p>
<p>Professionals</p>	<p>Wanneer we – omwille van de leesbaarheid van de tekst – spreken van ‘professionals’ bedoelen we alle ‘professionals in zorg en ondersteuning’.</p>
<p>Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning</p>	<p>Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning is voor de SAR WGG zorg en ondersteuning die tegelijk kwaliteitsvol, performant, sociaal rechtvaardig, relevant en toegankelijk is. In de afweging van deze vijf uitgangspunten ten opzichte van elkaar moet het maatschappelijk debat worden beslecht over welke zorg en ondersteuning we aan de burger in Vlaanderen willen bieden.</p> <p>De vijf uitgangspunten zijn onderling afhankelijk. We kiezen voor een smalle afbakening van de uitgangspunten. Juist door ze als één geheel te lezen komen we tot een goede omschrijving van Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning.</p>

Inleiding

De Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR WGG) werd opgericht in 2008 en trad het jaar daarna in werking. Eén van de eerste wapenfeiten van de jonge adviesraad was de visienota over Maatschappelijk verantwoorde zorg (MVZ) van 24 februari 2011. De nota schept een kader dat de uitgangspunten van “Maatschappelijk verantwoorde zorg” beschrijft. Dat kader is de voorbije jaren erg behulpzaam geweest in het debat over wat goede zorg en ondersteuning inhoudt en over wat we daarbij verwachten van de verschillende actoren {overheid, initiatiefnemers (organisaties en voorzieningen), professionals, personen met zorgbehoefte en burgers}.

Dit raamwerk is vandaag aan een update toe. Het voorbije decennium is de visie op zorg en ondersteuning in Vlaanderen sterk geëvolueerd. De leden van de SAR WGG hebben die evolutie vertaald in vele adviezen en in visienota's op eigen initiatief. Zo bouwden we een SAR WGG-referentiekader op dat door de leden breed is uitgedragen. Ondanks het moeilijke acroniem is de SAR WGG intussen geen nobele onbekende meer. Termen zoals integrale zorg en ondersteuning, de persoon met zorgbehoefte, de professional in zorg en ondersteuning zijn intussen breed verspreid en verworven. De SAR WGG heeft op deze manier bijgedragen aan de ontwikkeling van het integrale denken over zorg en ondersteuning vanuit een sector- (én beleidsdomein- én beleidsniveau-) overstijgende benadering van zorg- en ondersteuningsvraagstukken.

De visie op Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning (MVZO) heeft betrekking op alle sectoren die onder het beleidsdomein welzijn, (volks)gezondheid en gezin vallen. We hanteren een gemeenschappelijke taal die ons in staat stelt gelijkenissen te benoemen en verschillen te vatten. Dat is essentieel. Babylonische spraakverwarring vormt meestal een belangrijke hinderpaal bij het bevorderen van samenwerking en overleg. Een gemeenschappelijke taal is een eerste stap naar integratie van verschillende sectoren die zich om het welzijn en de gezondheid van mensen bekommeren¹.

In deze inleiding schetsen we eerst de krachtlijnen van de visie op zorg en ondersteuning waarover de voorbije jaren een consensus groeide binnen de SAR WGG. Die visie werd uitgeschreven in een aantal visienota's, die u kan terugvinden op de website van de SAR WGG, en vormde de rode draad in talrijke adviezen.

- Integrale Zorg en Ondersteuning (7 december 2012)
- Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst (17 december 2015)
- Voorstel voor Vlaamse gezondheidsdoelstelling over het verkleinen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn (21 december 2017)

Deze visieteksten beschrijven essentiële randvoorwaarden en instrumenten om Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning te helpen realiseren.

¹ SAR WGG (7 december 2012). *Visienota Integrale Zorg en Ondersteuning*. p. 5.

Uiteraard zijn er nog meer randvoorwaarden en instrumenten voor Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning, maar de tijd (tussen 2009 en 2018) dwong ons om keuzes te maken. Er ligt nog heel wat werk op de plank. Thema's zoals innovatie, de digitale revolutie (ICT en technologie), financieringsvraagstukken, diversiteit en cultuursensitieve zorg en ondersteuning zijn immers ook essentiële bouwstenen van Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning.

- De visienota integrale zorg en ondersteuning gaat in op de diepgaande wijzigingen in onze samenleving, die ons voor bijzondere uitdagingen stellen. Die uitdagingen dwingen ons op zoek te gaan naar een integraal zorg- en ondersteuningsmodel binnen de context van een zorgende samenleving. Dat betekent een heuse paradigmashift waarbij Integrale Zorg en Ondersteuning (IZO) de behoeften, vragen, doelstellingen en levensdoelen van de persoon met zorgbehoefte als uitgangspunt neemt. Het nastreven van een goede kwaliteit van leven voor elke burger moet de ultieme ambitie zijn van een integrale zorg en ondersteuning. Deze benadering vertrekt vanuit een holistisch mensbeeld. We moeten - via een holistische of generalistische benadering - de mens altijd in zijn geheel bekijken zowel op vlak van gezondheid als van welzijn. Daarbij wordt hij niet alleen gedefinieerd als een biologisch, psychologisch, sociaal, maar ook als ecologisch én existentieel wezen². Bij het nastreven van een goede kwaliteit van leven is het essentieel dat professionele (zorg- en ondersteunings-)systemen pas in actie komen wanneer ze nodig zijn en enkel daar waar ze nodig zijn. Integrale zorg en ondersteuning zet ook sterk in op preventieve actie en verbindende krachten in de samenleving. Het doel van de integrale aanpak is duidelijk: de optimale afstemming van zorg en ondersteuning op vragen en behoeften van burgers die zich tijdelijk of permanent in een kwetsbare situatie bevinden.
- In de visienota over het nieuwe professionalisme bouwden we hierop verder. We stellen dat kwaliteit van leven zich onder meer vertaalt in het streven naar het zo goed mogelijk functioneren van de persoon met zorgbehoefte in de samenleving én het kunnen participeren aan de samenleving. De noden en vragen van burgers en personen met zorgbehoefte zijn sterk veranderd (meer chronische problemen, multimorbiditeit,...). Bijgevolg dient ook het systeem van zorg en ondersteuning zich aan te passen. In de visienota stelden we dat we een meer generalistische benadering van zorg en ondersteuning nodig hebben en dat we ook meer moeten zoeken naar verbinding in en met de samenleving. Onder meer bij de professional zelf ligt o.i. een belangrijke sleutel om deze paradigmashift te maken. Deze visienota is een oriënterend kader dat beschrijft hoe professionals best functioneren met het oog op integrale zorg en ondersteuning. Het is hierbij niet de intentie om de verantwoordelijkheid voor het realiseren van integrale zorg en ondersteuning bij de professional alleen te leggen. Wat we verwachten van het onderwijs, de arbeidsmarkt en het beleid om professionals te ondersteunen en ruimte te geven voor het bieden van integrale zorg en ondersteuning moet nog verder worden aangegeven.

Het nastreven van een goede kwaliteit van leven voor elke burger moet de ultieme ambitie zijn van een integrale zorg en ondersteuning. Deze benadering vertrekt vanuit een holistisch mensbeeld.

² Zie hiervoor ook visienota over het nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning, p. 10.

- Dat de raad ook sterk begaan is met de idee van solidariteit en de vraag hoe we een rechtvaardige en voor iedereen toegankelijke zorg en ondersteuning kunnen garanderen op populatieniveau, bewijst de nota waarin we een voorstel doen voor een Vlaamse gezondheidsdoelstelling over het verkleinen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn. Vanuit de vaststelling dat onze gezondheid en ons welbevinden nog steeds teveel worden bepaald door onze plaats op de sociale ladder, stellen we aan de Vlaamse beleidsmakers een nieuwe gezondheidsdoelstelling voor als instrument om deze ongelijkheid structureel aan te pakken. Daarbij zien we niet alleen opdrachten voor de overheden in ons land maar ook voor professionals, de individuele burger, burgerinitiatieven, ondernemingen en werkgevers. We formuleren een aantal speerpunten voor een plan om deze gezondheidsdoelstelling te realiseren: detecteer de sociale verschillen zo vroeg mogelijk en pak ze op jonge leeftijd aan, investeer nog meer in preventie en gezondheidsbevordering op maat, verhoog de gezondheidsvaardigheden, investeer blijvend in universeel toegankelijke zorg en ondersteuning, organiseer zorg en ondersteuning dicht bij de burger - via sterke en intersectorale netwerken, verzeker een goede levensstandaard en werk discriminaties weg en tenslotte verklein de inkomensongelijkheid verder.

Deze visienota's hebben, samen met de wijzigingen in de visie over zorg en ondersteuning in het maatschappelijk debat, geleid tot deze herziene tekst. We vertrekken nog steeds vanuit vijf uitgangspunten, maar de componenten zijn grondig herzien. Het geheel krijgt ook een meer dynamische voorstelling in volgende figuur.

Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning is zorg en ondersteuning die tegelijk **kwaleitsvol, performant, sociaal rechtvaardig, relevant en toegankelijk** is. In de afweging van deze vijf uitgangspunten ten opzichte van elkaar moet het maatschappelijk debat worden beslecht over welke zorg en ondersteuning we aan de burger in Vlaanderen willen bieden.

De vijf uitgangspunten zijn onderling afhankelijk. **We kiezen voor een smalle afbakening van de uitgangspunten.** Juist door ze als één geheel te lezen komen we tot een goede omschrijving van Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning.



De gekozen uitgangspunten (en hun componenten) zijn essentieel en gebaseerd op waarden. Ze hebben de ambitie om mee vorm te geven aan het gezondheids- en welzijnsbeleid waarvoor de samenleving opteert. Het is dus de uitdaging voor Vlaanderen om op basis van (de combinatie van) deze uitgangspunten de uiteenlopende en legitieme verwachtingen ten aanzien van zorg en ondersteuning te erkennen, samen te leggen en te beslechten in een dynamisch en gebalanceerd zorg- en ondersteuningssysteem.

In deze inleiding gaat onze aandacht ook naar de relatie tussen Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning - zoals wij het binnen de SAR WGG opvatten - en het Triple Aim-raamwerk. Het gaat in

Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning en Triple Aim

beide gevallen om kaders, ontwikkeld om te reflecteren over hoe een samenleving goede zorg en ondersteuning voor zijn burgers kan voorzien binnen een context van toenemende en veranderende zorgvragen en budgettaire grenzen.

Het Triple Aim-raamwerk beschrijft drie doelen waarop actoren in zorg en ondersteuning tegelijk moeten inzetten: het verbeteren van de gezondheid (en het welzijn) van de bevolking, het verbeteren van de ervaring van de persoon met zorgbehoefte (ervaren kwaliteit) en het reduceren van de kosten van het systeem. Wat die laatste doelstelling betreft, vertrekken we in Europa van een variant die preciseert dat het gaat om het creëren van meerwaarde met de beschikbare (collectieve) middelen. Het gaat dus niet louter om kostenefficiëntie of besparingen.

Wanneer we het raamwerk Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning naast het Triple Aim-raamwerk plaatsen, zien we dat Triple Aim staat voor betere kwaliteit van zorg (kwaliteit), betere kwaliteit van leven (relevantie) en lagere kosten (betaalbaarheid op het niveau van de samenleving) (performantie). Triple Aim is een voorbeeld van het zoeken naar het juiste evenwicht tussen drie uitgangspunten van Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning. Maar het raamwerk MVZO is breder: voor ons zijn ook sociale rechtvaardigheid en toegankelijkheid essentiële uitgangspunten in een solidaire samenleving. Het zijn uitgangspunten die naast relevantie, kwaliteit en performantie steeds hoog op de agenda van de SAR WGG hebben gestaan.

Tenslotte is ook de werkbaarheid voor de professional een belangrijk aandachtspunt. Het Triple Aim-principe wordt intussen vaak aangevuld met 'kwaliteit van werk voor de professionals' als vierde doel (quadruple aim). Dat vierde doel moet de spreidstand tussen de verwachtingen van de samenleving en de professionele realiteit mee ondervangen. De prevalentiecijfers voor burn-out bij professionals in zorg en ondersteuning blijken immers samen te hangen met een lagere patiënttevredenheid, verminderde resultaten en hogere kosten³.

Ondanks het feit dat we binnen de SAR WGG het belang van werkbare jobs zeer sterk onderschrijven, opteren we er toch niet voor om 'kwaliteit van werk' als een 6de uitgangspunt van Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning toe te voegen. Werkbaarheid van jobs zien we immers niet als uitgangspunt van MVZO maar eerder als een belangrijke randvoorwaarde om tot Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning te kunnen komen.

³ BODENHEIMER T.& SINSKY C. *From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider*. In: *Ann Fam Med*. November/December 2014 12:573-576; doi:10.1370/afm.1713.

Uitgangspunten en componenten

1 Kwaliteit

1.1 Omschrijving

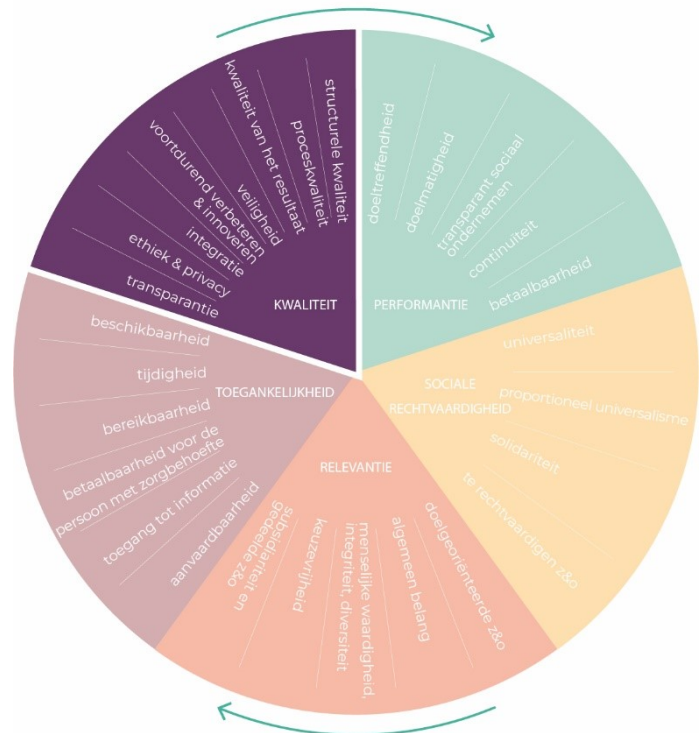
Elke persoon met zorgbehoefte heeft recht op kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning.

Iedereen die zorg en ondersteuning verleent in Vlaanderen wordt geacht dit op een kwaliteitsvolle manier te doen. De eerste verantwoordelijke hierbij is dan ook de voorziening, organisatie of verstreker van de zorg en ondersteuning zelf⁴.

Het kwaliteitsdenken heeft de voorbije decennia een hele evolutie doorgemaakt. Dit vertaalt zich in de nadruk die op de verschillende componenten van kwaliteit wordt gelegd. De nadruk verschuift van het naleven van structuurnormen over het proces van kwaliteit naar resultaatsindicatoren of het meten van outcome⁵.

Voor de SAR WGG is het essentieel om kwaliteit op een dynamische manier te benaderen. Het betekent dat er **permanent gestreefd wordt naar kwaliteitsverbeterende interventies**. We menen dat de overheid organisaties en professionals moet aanmoedigen om processen van kwaliteitsverbetering op te zetten⁶. Organisaties en professionals streven voortdurend naar het verbeteren van kwaliteit gevat binnen een PDCA⁷-cyclus.

Er bestaan verschillende benaderingen en definities van kwaliteit waarbij verschillende dimensies of componenten van kwaliteit worden onderscheiden. Voor een basisdefinitie verwijzen we naar het "Expert panel on Effective ways of Investing in Health (EXPH)" van de Europese Commissie dat op 10 juli 2014 een rapport uitbracht over Kwaliteit en Patiëntveiligheid. Daarin wordt de definitie van het Institute of Medicine (1990) opnieuw naar voor geschoven als een goede omschrijving van kwaliteit, namelijk "(...) *the degree to which health, [welfare and family] services for individuals and populations increase the likelihood of desired health, [welfare and family]*



⁴ SAR WGG (9 oktober 2014). *Reflectienota kwaliteitsborging en toezicht door derden*. p. 7.

⁵ Inclusief Patient Relevant Outcome Measures; SAR WGG (9 oktober 2014). *Reflectienota kwaliteitsborging en toezicht door derden*. p. 9.

⁶ SAR WGG (9 oktober 2014). *Reflectienota kwaliteitsborging en toezicht door derden*. p. 10.

⁷ Plan, Do, Check, Act

*outcomes and are consistent with current knowledge.*⁸ Deze definitie stelt dat kwaliteit de mate is waarin het aanbod in zorg en ondersteuning de gewenste (gezondheids-)‘outcome’ van individuen en populaties kan verbeteren. Interessant hier is dat niet alleen naar personen met zorgbehoefte wordt gekeken maar naar individuen én populaties. Op die manier worden dus ook preventie en gezondheidss promotie tot kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning gerekend. Bovendien wordt met de term ‘desired’ health outcomes ook het perspectief van de ontvangers van zorg en ondersteuning meegenomen in de definitie.

In zorg en ondersteuning moet de persoon met zorgbehoefte immers centraal staan. Het is van groot belang dat zijn perspectief niet alleen meegenomen wordt in (de evaluatie van) kwaliteit maar dat de persoon met zorgbehoefte en zijn naaste omgeving ook actieve partners kunnen zijn in het eigen zorg- en ondersteuningsproces (cfr. component participatie).

Om kwaliteit te verbeteren en te garanderen, is een goed systeem van kwaliteitsborging nodig. Dat houdt in dat kwaliteit moet worden geëvalueerd en dat er toezicht moet zijn op kwaliteit. Verschillende instrumenten of methodes kunnen worden ingezet om kwaliteit te borgen. Voor de raad is een goed evenwicht in het gebruik van deze instrumenten nodig, zodat er een volledig zicht op kwaliteit ontstaat. Bij het gebruik van een te eenzijdig instrumentarium bestaat immers altijd het gevaar dat de realiteit teveel wordt gereduceerd.

We geven er dus de voorkeur aan dat verschillende vormen van kwaliteitsborging elkaar zouden aanvullen. Het is belangrijk dat de overheid, als eindverantwoordelijke voor kwaliteitsborging, het overzicht op kwaliteit bewaart en het grotere geheel bewaakt, steeds in een sfeer van vertrouwen met de welzijns- en gezondheidsactoren zelf.

Dit kan volgens het model ‘zicht op kwaliteit’ dat we beschreven in 2014 in een advies over ‘Kwaliteitsborging en toezicht door derden’⁹. De overheid staat in voor de naleving van minimale eisen, het aanmoedigen van kwaliteitsverbetering en het transparant maken van kwaliteit. De overheid beschikt hiertoe over verschillende instrumenten: overheidsinspecties, toezicht door derden, indicatoren, gebruikersbevragingen, individuele klachtenbehandeling en kwaliteitsinitiatieven op niveau van professionals in zorg en ondersteuning.

Ook de persoon met zorgbehoefte zelf moet de kwaliteit van de zorg en ondersteuning kunnen beoordelen. Ervarings- of belevingsmetingen en bevragingen van de persoon met zorgbehoefte zijn daarom een belangrijk instrument in de evaluatie van de zorg en ondersteuning en zijn randvoorwaarden. Dit verhoogt bovendien ook de betrokkenheid van de persoon met zorgbehoefte in de zorg en ondersteuning.

Een smalle afbakening van kwaliteit

Het EXPH begrijpt kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning als *(health) care that uses the available and appropriate resources in an efficient way to contribute equitably to the health improvement of individuals and the population as a whole. This implies that provision of care is consistent with current professional knowledge, focuses on the needs and goals of individuals, their families and*

⁸ Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH). (10 July 2014). *Future EU Agenda on Quality of Health Care with a special emphasis on patient Safety*, p. 21.

⁹ Uit SAR WGG (9 oktober 2014). *Advies over kwaliteitsborging en toezicht door derden*.

*communities, prevents and avoids harm related to care, and involves persons/patients as key partners in the process of care*¹⁰.

De definitie van het EXPH hierboven verwijst ook naar het 'doelmatige gebruik van middelen' (onderlijnde passage). Wij opteren er echter voor om een onderscheid te maken tussen kwaliteit van zorg en ondersteuning en de performantie van zorg en ondersteuning, die eerder op de economische aspecten van kwaliteit focust. Doelmatigheid en doeltreffendheid zullen we dus behandelen onder het uitgangspunt performantie.

In tegenstelling tot heel wat internationale omschrijvingen van kwaliteit (o.m. IOM) kiezen we er dus voor om kwaliteit van zorg en ondersteuning smaller af te bakenen (als één van de 5 uitgangspunten) en de economische aspecten (performantie), de persoons- en doelgerichte zorg en ondersteuning (relevantie), de toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid van het systeem onder andere uitgangspunten te vatten.

1.2 Componenten

Structurele kwaliteit

Onder structurele kwaliteit wordt verstaan: *de relatief stabiele eigenschappen van de zorgverleners; de materialen en middelen die ze tot hun beschikking hebben en de fysieke en organisatorische setting waarin ze werken*¹¹. Menselijk kapitaal, infrastructuur, materieel, technologie, netwerken, en zo meer maken allemaal deel uit van structurele kwaliteit.

Menselijk kapitaal speelt een belangrijke rol op het gebied van kwaliteit. De kwaliteit van het menselijk kapitaal wordt bepaald door onder andere de opleiding en vorming van de professionals, hun betrokkenheid, persoonlijkheid en motivatie, het aantal professionals, de honorering en correcte vergoedingen/lonen, het welzijn en de tevredenheid van werknemers (*providers' wellness* maar ook 'zorg dragen voor de professionals'), veiligheid, ethisch handelen en verantwoordelijkheid.

We verwachten voor beroepen in zorg en ondersteuning een toenemende krapte op de arbeidsmarkt. Het is dus erg belangrijk dat organisaties inzetten op vormen van innovatieve arbeidsorganisatie, werkbaar werk, wendbaar werk, competenties, job crafting, en zo meer. De professional wordt dan meer gezien als co-creator van zorg en ondersteuning, in dialoog met de persoon met zorgbehoefte, en vertrekkend vanuit een waarden-gedreven benadering (quadruple aim). We vinden het belangrijk dat de overheid hier een actieve rol speelt door de nodige randvoorwaarden te creëren ter ondersteuning van deze innovaties in de arbeidsorganisatie.

¹⁰ Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH) (10 July 2014). *Future EU Agenda on Quality of Health Care with a special emphasis on patient Safety*. p. 22.

¹¹ Donabedian geciteerd in GROENEWOUDE, A.S. & HUISMAN, R. (2005). *Een onderzoek naar de mogelijkheden, de stand van zaken en toekomst van prestatie-indicatoren bij het versterken van de positie van patiënten in de zorgmarkt*, Acta Hospita, p. 29.

Proceskwaliteit

Het proces van zorg en ondersteuning, dat tussen de input en het resultaat ligt, moet kwaliteitsvol zijn. Zorg en ondersteuning moet gebaseerd zijn op de meest recente wetenschappelijke inzichten, op praktijkkennis en op ervaringsdeskundigheid.

Proceskwaliteit bewaken moet in de eerste plaats een managementdoelstelling zijn van voorzieningen, netwerken en individuele zorgverstrekkers waarbij voortdurend en op systematische wijze naar verbetering wordt gezocht (cfr. component voortdurend verbeteren). Dit betekent dat organisaties een behoorlijke autonomie hebben om instrumenten zoals het hanteren van een kwaliteitshandboek, procedures en paden, richtlijnen, en zo meer, in te zetten. Hierover moeten organisaties transparant communiceren.

Dit impliceert dat het bewaken van proceskwaliteit moet gedragen zijn op de werkvloer. Er moet rekening worden gehouden met de context. Registratievereisten dienen gepaard te gaan met voldoende vorming en beschikbare tijd, moeten relevante informatie opleveren en aansluiten bij de dagelijkse praktijk. Ook een klimaat van vertrouwen en loyaliteit binnen een organisatie of een netwerk van professionals is een belangrijke voorwaarde om proceskwaliteit te waarborgen en op een correcte manier te evalueren. Bovendien kan een teveel aan procedures en normen demotiverend en contraproductief werken.

Om proceskwaliteit te meten wordt gebruik gemaakt van procesindicatoren. Deze richten zich op het verloop van het zorg- en ondersteuningsproces vanaf de probleemverheldering/intake tot de interventies zelf.

Proceskwaliteit kan ook beter worden opgevolgd wanneer de digitale informatiemogelijkheden volledig benut zijn.

Daarnaast blijft de nood aan *“een objectiverende (onafhankelijke) bevestiging dat er voldoende bewijsmateriaal is om met redelijke zekerheid te stellen dat de kwaliteit, beoordeeld ten aanzien van expliciete standaarden, intern gewaarborgd wordt.”*¹² Hierbij is het wel belangrijk een evenwicht te zoeken tussen het behalen van die standaarden en de interpretatie van de resultaten. Het is immers steeds nodig om in het kader van doelgerichte zorg en ondersteuning een bepaalde ruimte te laten voor interpretatie en nuance bij de ‘gemeten’ waarden. Dialoog hierover is dus minstens even belangrijk.

De interne en externe kwaliteitscontrole sluiten elkaar niet uit, ze vullen elkaar aan.

Kwaliteit van het resultaat

Het effectieve resultaat van zorg- en ondersteuningsprocessen is een essentieel onderdeel van kwaliteit¹³.

¹² VLAAMSE GEZONDHEIDSRaad (2002). *Externe kwaliteitsevaluatie van ziekenhuizen*, p. 3.

¹³ Om de kwaliteit van het resultaat van zorg en ondersteuning te beschrijven, zijn de output, de outcome en de impact belangrijk. De output is het onmiddellijk, observeerbaar resultaat van de activiteit of handeling. De outcome is de kwaliteit van het geleverde resultaat voor het individu en voor de samenleving. De vraag of de (afgestemde) doelstellingen van de zorg en ondersteuning zijn behaald, moet dan worden beantwoord. De impact van de zorg en ondersteuning is de mate waarin de activiteit of handelingen van de professionals hebben bijgedragen tot het resultaat. De impact hoort in feite thuis onder het uitgangspunt performantie.

Het is niet altijd even gemakkelijk om het resultaat van zorg en ondersteuning te meten. In de benadering van doelgerichte zorg en ondersteuning is eigenlijk vooral de vraag van belang of de zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met zorgbehoefte (geheel of gedeeltelijk) gerealiseerd zijn.

Om de kwaliteit van het resultaat van zorg te meten, kan men gebruik maken van resultaatsindicatoren. Resultaatsindicatoren richten zich op de (on)gewenste uitkomst van zorg en ondersteuning. Ze geven dus een indicatie over de uitkomst van zorg en ondersteuning. Deze uitkomstindicatoren kunnen positief (tevredenheid) of negatief (complicaties, klachten,...) worden benaderd. Resultaten kunnen worden gemeten op niveau van symptomen en klachten, biomedische parameters, functionele toestand en kwaliteit van leven, tevredenheid, equity en kosteneffectiviteit¹⁴.

Het is mogelijk om daar als organisatie en als overheid indicatoren voor te ontwikkelen. Op welk niveau ook, het moet duidelijk zijn met welke doelstelling de set indicatoren wordt opgezet. Deze indicatoren kunnen geïnspireerd zijn op internationaal aanvaarde (intersectorale) indicatoren, rekening houdend met de specifieke Vlaamse situatie en telkens in overleg met alle stakeholders. Deze indicatoren moeten uiteraard toepasbaar en zinvol zijn voor de persoon met zorgbehoefte, de professional en de overheid.

Het resultaat van goede zorg en ondersteuning is niet altijd kwantitatief uit te drukken. Er is ook niet altijd een lineaire relatie tussen handeling en resultaat. Een te strikte focus op de 'meetbare output' via kwantitatieve indicatoren gaat voorbij aan de kwalitatieve complexiteit. We pleiten ervoor om ook met kwalitatieve indicatoren te werken.

Veiligheid

De veiligheid van de persoon met zorgbehoefte mag niet in het gedrang komen door contact met het zorg- en ondersteuningssysteem¹⁵.

Veiligheid van zorg en ondersteuning houdt in dat de risico's voor de persoon met zorgbehoefte, voor de professional en voor de initiatieven van vrijwillige en informele zorg en ondersteuning maximaal gecontroleerd, beheerst en hersteld worden. Het houdt ook in dat risico-houdende gebeurtenissen intern worden gemeld, geanalyseerd en gedeeld zodat ze in de toekomst kunnen worden vermeden (cfr. component voortdurend verbeteren)¹⁶.

Bij het verlenen van zorg en ondersteuning is het onmogelijk om schade volledig uit te sluiten, maar het is essentieel om systematische acties op te zetten waardoor alle vermijdbare schade wordt voorkomen (cfr. component voortdurend verbeteren).

Niet alleen het toedienen van verkeerde zorg, maar ook 'overuse' en 'underuse' kunnen de veiligheid, en dus de kwaliteit van de zorg en ondersteuning in het gedrang brengen. De

¹⁴ Recent wordt meer en meer gebruik gemaakt van PROMS (Patient Reported Outcome Measures) en PREMS (Patient Reported Experience Measures); DE MAESENEER, J. e.a., *Translating research into practice 2: the need for research in primary care*, in: *The Lancet*, 2003, 362p. 1314-1319.

¹⁵ VLEUGELS, A., *Aanbevelingen voor veilige zorg*, *Acta Hospita*, p. 10.

¹⁶ Memorie van Toelichting bij voorontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid, VR 20180914, p. 42.

verantwoordelijkheid hiervoor ligt niet alleen bij de persoon met zorgbehoefte, maar ook bij de voorzieningen en professionals en bij de overheid.

Voortdurend verbeteren en innoveren

Bij het verzekeren van kwaliteit van zorg en ondersteuning is het belangrijk dat er een kwaliteitscultuur bestaat waarbij er voortdurend aan kwaliteit wordt gewerkt via een PDCA-cyclus, waarin zowel structuur- als proces- als resultaatcomponenten worden meegenomen.

PDCA-cyclussen moeten zowel op micro-, meso- als macroniveau worden uitgewerkt.

De ervaringen die op micro- en meso-niveau via de PDCA-cyclus worden opgedaan, worden best ondersteund door interprofessionele 'learning communities' met betrekking tot continue kwaliteitsverbetering.

Verbetering en vernieuwing van zorg en ondersteuning is een belangrijke kwaliteitsvoorwaarde. Innovatie duidt op het stimuleren van onderzoek en ontwikkeling (O&O), maar ook op het introduceren van innovatieve mechanismen, processen en strategieën.

Naast technologische en organisatorische innovatie vestigen we ook aandacht op innovatie op andere vlakken, zoals de cultuur en visie op zorg en ondersteuning. De meest opvallende innovatie in de laatste decennia is wellicht de centrale plaats die de persoon met zorgbehoefte opneemt als regisseur en actieve deelnemer aan het eigen zorg- en ondersteuningstraject, en de impact die dit heeft op de manier waarop professionals werken.

Innovatie heeft dus een inhoudelijke, een technologische en een organisatorische dimensie. De inhoudelijke dimensie gaat over fundamentele denkkaders rond een menselijke en emancipatorische zorg en ondersteuning. De technologische dimensie komt neer op nieuwe wetenschappelijke inzichten en technologieën zoals biotechnologie, nanotechnologie, domotica, telecare en zo meer. De organisatorische dimensie gaat over de organisatie van de zorg en ondersteuning¹⁷ waarbij nieuwe visies inzake dienstverleningsmodellen, competentiebeleid, innovatieve arbeidsorganisatie, creativiteitsstimulatie, duurzaam ondernemerschap, intersectorale samenwerking en zo meer een belangrijke rol spelen.

Als de overheid innovatieve initiatieven steunt dan moet deze innovatie worden gestuurd door de (noden van de) persoon met zorgbehoefte en de professional. Innovatie moet ook nieuwe kennis creëren, transfereren en valoriseren en netwerken tussen de verschillende zorgsectoren genereren. Relevante innovatie moet een hoog prioriteitsgehalte krijgen in het beleid, niet in het minst omdat zowel technologische als organisatorische innovatie tijd nodig hebben om tot wasdom te komen en om verspreid en geïmplementeerd te worden.

Integratie

Integrale zorg en ondersteuning is de zorg en ondersteuning die zelfzorg, empowerment, preventie, vrijwillige en informele ondersteuning, het acute en het chronische zorg- en ondersteuningsaanbod, het generalistische en het gespecialiseerde zorg- en ondersteuningsaanbod omvat, evenals diensten ter ondersteuning van opleiding, tewerkstelling,

¹⁷ LEYS, M. (10 september 2009). Technologie en innovaties in de zorg, Vrije Universiteit Brussel, presentatie Zorgsymposium Aalst.

wonen, vrije tijd en justitie, en dit doorheen de hele levensloop van de persoon met zorgbehoefte. De persoon die zorg en ondersteuning nodig heeft, denkt immers over zijn zorgnoden of zorgvragen niet na in termen van lijnen of sectoren.

De zorgbehoeften en -vragen van de persoon met zorgbehoefte vormen het uitgangspunt van geïntegreerde zorg en ondersteuning. Deze visie sluit naadloos aan bij het conceptuele raamwerk voor persoonsgerichte en geïntegreerde zorg- en ondersteuningsvoorzieningen van de Wereld Gezondheidsorganisatie¹⁸. Dit raamwerk is eveneens richtinggevend voor het ontwerp woonzorgdecreet, het conceptuele kader van de Vlaamse sociale bescherming, de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap, de beoogde transitie in de eerstelijnszorg en het nieuwe decreet over de geestelijke gezondheid. Het nastreven van een goede levenskwaliteit en empowerment van de persoon met zorgbehoefte is de ambitie.

De bestaande fragmentatie van het zorg- en ondersteuningsaanbod maar ook het feit dat we meer werken aan zorg en ondersteuning in verschillende levensdomeinen van de persoon met zorgbehoefte tegelijk, vereist dat organisaties en professionals in de gezondheids- en welzijnssectoren, maar ook erbuiten (onderwijs, werk, wonen,...) méér en beter gaan samenwerken. Deze samenwerking is nodig om de toegankelijkheid, de kwaliteit en de continuïteit van de zorg en ondersteuning te verbeteren op een doelmatige manier, vooral voor personen met langdurige en ernstige zorg- en ondersteuningsbehoeften. Deze samenwerking wordt aangeduid met de term 'geïntegreerde zorg en ondersteuning'.

Geïntegreerde zorg en ondersteuning is het op strategisch, operationeel en organisatorisch niveau samenwerken van alle betrokken voorzieningen en professionals binnen en buiten het beleidsdomein welzijn, (volks)gezondheid en gezin, en initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning over alle zorgniveaus heen. Geïntegreerde zorg en ondersteuning dient te resulteren in het aanbieden van een 'integrale zorg en ondersteuning' (cfr. uitgangspunt relevantie).

Samenwerking rond kwaliteit is vandaag erg belangrijk. De evolutie naar een integrale en doelgeoriënteerde zorg en ondersteuning, met aandacht voor zingeving, moet ook in de keuze van kwaliteitsindicatoren zichtbaar worden. Deze paradigmashift moet worden meegenomen in de kwaliteitsmeting¹⁹.

We merken op dat een goede zorgplanning altijd het vertrekpunt vormt voor een doelmatige multidisciplinaire en interprofessionele werking en wijzen er ook op dat de beschikking over één, goed geïntegreerd interprofessioneel elektronisch dossier van personen met een zorg- en ondersteuningsbehoefte één van de meest cruciale elementen zal zijn in de evolutie naar kwaliteitsverbetering. Kwaliteitsverbetering heeft immers ook veel met informatiedeling te maken omdat het interactie en wederzijdse reflectie impliceert.

Daarnaast moet ook het belang van de geografische dimensie bij integratie als component van kwaliteit worden genoemd. Het gaat daarbij immers niet alleen om een regionale inschatting van de zorg- en ondersteuningsbehoeften voor de behoefteanalyse (cfr. uitgangspunt

¹⁸ WHO (march 2015). *Global strategy on people-centred and integrated health services*, p. 48, ref.nr. WHO/HIS/SDS/2015.6

¹⁹ SAR WGG (31 oktober 2016). *Advies over het 'nieuw Vlaams Ziekenhuislandschap: Focus op de patiënt'*, p. 10

toegankelijkheid) maar ook om het bepalen en organiseren van de samenwerkingsverbanden die nodig zijn om een antwoord te bieden op de zorgbehoeften in de regio, met het oog op goede afspraken over samenwerking, nabij en rondom de persoon met zorgbehoefte, met het oog op het realiseren van doelstellingen²⁰.

Ten slotte wijzen we erop dat ook het samenwerken tussen sectoren en tussen verschillende beleidsdomeinen (health in all policies) een belangrijk element is om de integratie van zorg en ondersteuning te bevorderen. Samenwerking van het beleidsdomein gezondheid, welzijn en gezin met andere beleidsdomeinen (levensdomeinen) wonen, mobiliteit, werk, onderwijs is essentieel met het oog op kwaliteit (van leven).

Ethiek en privacy

Personen met zorgbehoefte en professionals zitten vaak in een één-op-één relatie waarin wederzijds vertrouwen en samenwerking belangrijk zijn. Het is evident dat professionals een ethisch onderbouwd referentiekader hanteren en onderworpen moeten zijn aan een deontologie en dat ze te allen tijde de privacy van de persoon met zorgbehoefte respecteren om het vertrouwen te bewaren en te bevorderen. Een goed geregeld en gedeeld beroepsgeheim is een essentiële voorwaarde om de professional toegang te geven tot de authentieke informatie over de persoon met zorgbehoefte.

Elke persoon met zorgbehoefte heeft recht op de bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer²¹. Het garanderen van privacy is vandaag een opdracht voor de professional maar moet dit ook zijn voor ondersteunend personeel en vrijwilligers die in aanraking komen met de personen met zorgbehoefte (derden). Met het oog op de uitwisseling van informatie is er nood aan een maatschappelijk gedragen, operationele en veralgemeende regeling omtrent de houding die verwacht wordt van, en de principes die gedragen moeten worden door: de informele zorg- en hulpverleners of naastbetrokkenen, het team van professionals, hun netwerk, en derden²².

De raad meent dat diagnostische en therapeutische vrijheid vandaag moeten worden gezien als 'relatieve vrijheden', met name gaat het om wetenschappelijke overwegingen (wetenschappelijk onderbouwd handelen) én om maatschappelijke overwegingen (solidariteit en rechtvaardigheid bij de aanwending van de besteedbare middelen).

Transparantie

Het zichtbaar maken van de kwaliteit is van belang voor de persoon met zorgbehoefte, voor de aanbieders van zorg en ondersteuning en de professionals en voor de overheid.

Wie zorg en ondersteuning verstrekt in Vlaanderen moet daarover ook verantwoording afleggen. Meer transparantie draagt bij tot betere zorg en ondersteuning. Het is belangrijk te bepalen op welke manier de transparantie en verantwoording het best worden gerealiseerd²³.

²⁰ SAR WGG (31 oktober 2016). *Advies over het 'nieuw Vlaams Ziekenhuislandschap: Focus op de patiënt'*, p. 13

²¹ Cfr. de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002 (BS 26 september 2002) en het decreet betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp van (BS 4 oktober 2010).

²² Het is hierbij essentieel dat de algemene verordening gegevensbescherming (GDPR) op een adequate manier naar de praktijk van zorg en ondersteuning wordt geïmplementeerd.

²³ SAR WGG (9 oktober 2014) *Reflectienota toezicht door derden*. p. 7

Indien informatie transparant wordt aangeboden, zowel informatie over de kwaliteit van zorg als over de kwaliteit ervaren door de personen met zorgbehoefte, dan kunnen personen met zorgbehoefte die informatie gebruiken om weloverwogen keuzes te maken.

Het is belangrijk dat instrumenten worden ontwikkeld die personen met zorgbehoefte toelaten steeds hun mening te geven, ondanks hun afhankelijkheid.

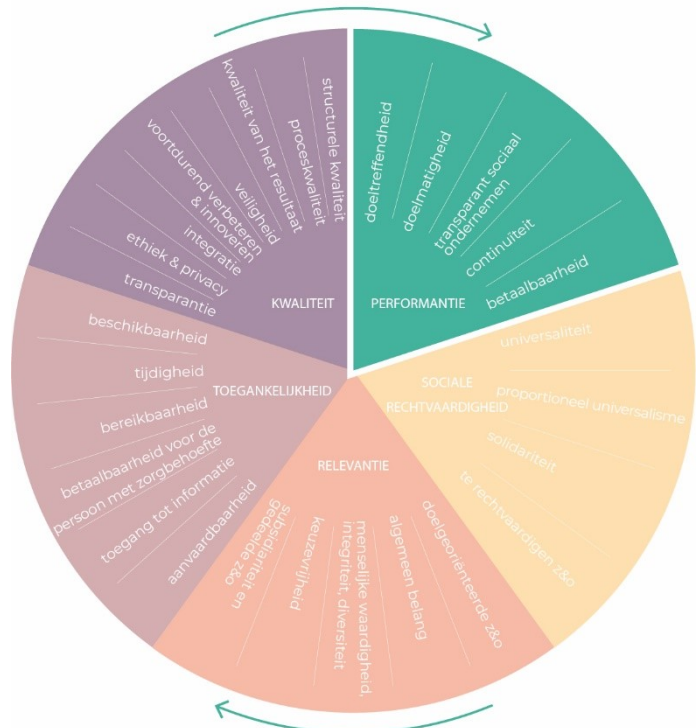
Transparantie over de kwaliteit van zorg en ondersteuning is belangrijk om vergelijkingen mogelijk te maken waardoor professionals en voorzieningen kunnen worden gestimuleerd om van elkaars praktijken te leren.

2 Performantie

2.1 Omschrijving

Het uitgangspunt performantie van zorg en ondersteuning focust op de economische aspecten van kwaliteit van zorg en ondersteuning (onderstreepte tekst in definitie van EXPH).

Het EXPH begrijpt kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning als *(health) care that uses the available and appropriate resources in an efficient way to contribute equitably to the health improvement of individuals and the population as a whole. This implies that provision of care is consistent with current professional knowledge, focuses on the needs and goals of individuals, their families and communities, prevents and avoids harm related to care, and involves persons/patients as key partners in the process of care.*



Performante zorg en ondersteuning is doeltreffend en doelmatig. Het wordt in de praktijk gerealiseerd via transparant sociaal ondernemerschap. Performante zorg en ondersteuning verzekert ook de continuïteit van het aanbod en bewaakt de betaalbaarheid op collectief niveau (de samenleving).

Zorg en ondersteuning wordt grotendeels gefinancierd met publieke middelen, die solidair verzameld zijn. Het is dan ook evident dat deze middelen op een doeltreffende en doelmatige manier worden ingezet. Vanzelfsprekend is performantie dus een na te streven doel. Maximale transparantie en een publieke rapportage over de kwaliteit en de kostencomponenten van zorg en ondersteuning zijn nodig²⁴.

2.2 Componenten

Doeltreffendheid

Zorg en ondersteuning is doeltreffend als (vooraf) bepaalde resultaten worden behaald. De uitkomst van zorg en ondersteuning is doeltreffend wanneer de zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met zorgbehoefte worden ingelost en de best mogelijke kwaliteit van leven wordt

²⁴ SAR WGG (24 maart 2016). *Advies over de conceptnota 'Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen'*. pp.13-14.

bekomen. Het is van belang dat zorg en ondersteuning bijdraagt aan een zo goed mogelijk functioneren en participeren van de persoon met zorgbehoefte aan de samenleving.

Zorg en ondersteuning is ook maar doeltreffend wanneer de doelstellingen op het niveau van de samenleving worden behaald (cfr. uitgangspunt relevantie).

Doelmatigheid

Doelmatigheid houdt in dat de zorg en ondersteuning voor de persoon met zorgbehoefte met een optimale inzet van middelen wordt verleend.

Doelmatigheid duidt op de relatie tussen de ingezette middelen en de resultaten die met de ingezette middelen worden behaald. Resultaten kunnen een welzijns- en/of gezondheidsverbetering zijn, maar moeten vooral het niveau van gezondheid en welzijn realiseren dat aansluit bij de levensdoelen en de zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met zorgbehoefte. Het doel is dus niet steeds 'gezondheidswinst of –verbetering' maar kan ook stabiliteit betekenen, of naar voldoening kunnen functioneren en participeren in de samenleving.

Die doelen van de persoon met zorgbehoefte moeten natuurlijk in verhouding staan tot de maatschappelijke haalbaarheid/betaalbaarheid. De zorg en ondersteuning moet een maatschappelijk verantwoorde ratio bereiken tussen ingezette of in te zetten middelen en bereikte of te bereiken resultaat.

Om doelmatigheid van zorg en ondersteuning in te schatten, moet er worden gekeken naar de ingezette middelen, het proces en de resultaten. Zo moeten we beoordelen of de middelen op de juiste plaats worden ingezet (allocatie). Waar is er nog verbetering van de doelmatigheid mogelijk? Is het bijvoorbeeld interessanter om de inzet van de middelen te verschuiven naar het begin van de keten, bijvoorbeeld naar preventie? Bij het beoordelen van het proces, kijken we naar technische efficiëntie, schaalgrootte, beheer, lean werken, en zo meer. Er kunnen ook doelmatigheidswinsten worden geboekt door taakverschuiving.

De zorg en ondersteuning moet dus zo doelmatig mogelijk worden ingezet. Dit houdt in dat er een zo groot mogelijke meerwaarde moet worden gecreëerd bij de vijf uitgangspunten van Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning. Een performante zorg en ondersteuning staat immers niet altijd gelijk met het reduceren van de financiële kosten. We verwijzen hier terug naar Triple Aim (cfr.inleiding). Meer gezondheid voor minder geld, zo wordt Triple Aim soms samengevat.

De uitdaging is echter om zorg en ondersteuning van hoge kwaliteit af te leveren, zonder dat de betaalbaarheid onder druk komt te staan. Ongepaste zorg en onveilige zorg hebben ook een kostprijs. Middelen die daarvoor worden verbruikt, kunnen elders in de zorg en ondersteuning anders en beter worden ingezet. Ook het gebrek aan preventie of onderconsumptie hebben een kostprijs die in rekening moet worden gebracht. Tegelijk kan een aanbod van zorg en ondersteuning aan een hogere financiële kost toch worden ingezet als dat aanbod meerwaarde creëert.

In dit verband is het zeer nuttig om 'doelmatigheidsanalyses' uit te voeren. Wanneer beslissingen om iets al dan niet te doen door zulke analyses worden ondersteund, zullen het meer doelmatige beslissingen zijn.

Ook door innovatieve arbeidsorganisatie in te voeren, door nieuwe zorgmodellen te implementeren, door meer in te zetten op getrapte zorg en ondersteuning, door in te zetten op digitalisering en mHealth, met andere woorden door het werk anders en beter aan te pakken, kan de zorg en ondersteuning doelmatiger worden.

Het is belangrijk dat de doelmatigheid van zorg en ondersteuning vandaag aan de inkomsten- en uitgavenzijde wordt geëvalueerd. Dit moet in overleg tussen gebruikers, aanbieders en overheden gebeuren. Het berekenen van de doelmatigheid laat toe een aantal zaken te objectiveren. Die kennis kan een belangrijk aspect zijn in het verbeteren van kwaliteit en performantie (PDCA-cyclus).

Toch is het belangrijk vooraf en in overleg met alle stakeholders te bepalen op welke manier deze cijfers moeten worden geïnterpreteerd en in hun context kunnen worden geplaatst. Niet elke vorm van zorg en ondersteuning laat zich immers even goed 'kwantificeren'.

Doelmatigheid berekenen moet bovendien op korte en lange termijn gebeuren. Vaak zijn de effecten van preventie en de verbetering van levenskwaliteit pas zichtbaar op lange termijn.

Daarnaast moeten ook de administratieve lasten - die hoge transactiekosten met zich mee kunnen brengen - in ogenschouw worden genomen omdat deze ook kunnen leiden tot een daling van doelmatigheid.

We merken op dat er ook nog heel wat doelmatigheidswinsten te boeken zijn wat betreft afstemming en samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders en professionals, verschillende sectoren en verschillende beleidsniveaus.

Transparant sociaal ondernemen

Het aanbieden van kwaliteitsvolle, sociaal rechtvaardige, performante, relevante en toegankelijke zorg en ondersteuning moet het uitgangspunt zijn voor alle aanbieders. Aanbieders die de toets van Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning doorstaan, mogen zich op het zorgveld begeven. Voorzieningen werken met openbare middelen. Ze moeten de besteding ervan maatschappelijk kunnen verantwoorden (accountability).

Publieke middelen voor zorg en ondersteuning (collectieve financiering) moeten worden gebruikt voor hun bestemming: het aanbieden van Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning. We zijn van mening dat winstuitkering enkel kan in de context van kapitaalverschaffing ter ondersteuning van Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning, waar een sociaal verantwoord rendement tegenover staat, zonder overcompensatie. Om zekerheid te hebben dat dit wordt gerespecteerd, is maximale transparantie vereist. Transparantie door de aanbieders - inzake het financiële reilen en zeilen, de kwaliteit, huisvesting, bouwkost, dagprijs...- is een absolute voorwaarde.

Winstuitkering moet transparant worden gerapporteerd en mag in geen geval leiden tot hoge gebruikersbijdragen die de toegang tot Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning belemmeren.

Sociaal ondernemerschap betekent maatschappelijk verantwoord ondernemen met een sociaal doel en niet met het doel winst te maximaliseren om uit te keren. Winst wordt nagestreefd om de toegankelijkheid, de continuïteit, de duurzaamheid en de kwaliteit van de verstrekte zorg en ondersteuning te garanderen en te verbeteren.

Het is nodig een transparante boekhouding over de allocatie van middelen te installeren, zodat aftoetsen van deze principes mogelijk wordt²⁵.

Sociale ondernemers moeten solvabel blijven. Financiële stabiliteit geeft aan sociale ondernemers de kans om de best mogelijke zorg en ondersteuning aan te bieden en om reserves op te bouwen.

Innovatie is een belangrijk instrument om continuïteit in een sociale onderneming te verzekeren. Continuïteit wordt immers niet alleen verzekerd door stabiliteit. Vaak is het net dynamiek in een onderneming die de continuïteit verzekert.

Een initiatiefnemer in zorg en ondersteuning profileert zich als een sociale onderneming: ze wordt gestuurd door de vraag van de persoon met zorgbehoefte en wordt gedreven door de doelstelling zoveel mogelijk meerwaarde te creëren voor de persoon met zorgbehoefte en voor de samenleving. Met andere woorden, los van het juridische statuut van de organisatie, streeft men niet enkel en alleen winst na. Dit sociaal ondernemerschap kan zich zowel ontwikkelen binnen profit als non-profit organisaties en hecht prioritair belang aan de maatschappelijke maar ook aan de economische waardencreatie met het oog op financiële duurzaamheid en economische leefbaarheid van de initiatieven. Sociaal ondernemerschap betekent vooral gericht zoeken naar innovatieve, creatieve en flexibele manieren om behoeftegestuurde zorg en ondersteuning aan te reiken. Binnen een regelluw kader, met voldoende beslissingsruimte, kunnen sociale ondernemers een antwoord bieden aan veranderende zorg- en ondersteuningsbehoeften. Het spreekt voor zich dat daarbij ook afspraken horen met betrekking tot informatie en transparantie over de kwaliteit, de prestaties en de prijs en het personeelsbeleid²⁶.

Continuïteit

De overheid mag verwachten dat de initiatiefnemers in zorg en ondersteuning de toevertrouwde publieke middelen op een zorgvuldige manier inzetten en, gelet op het uitzonderlijke belang van de continue beschikbaarheid van goede zorg en ondersteuning, ook op financieel vlak een duurzaam beleid voeren.

Zeker op een ogenblik dat er meer behoeftegeoriënteerde financieringssystemen ontstaan, er wordt gepleit voor meer samenwerking over de sectoren heen, er appèl wordt gedaan op sociaal ondernemerschap en daar de nodige regelluwte voor wordt gecreëerd, en tenslotte dat steeds nieuwe spelers diensten aanbieden, moet de overheid ook inzetten op transparantie en goed bestuur zodat de continuïteit van de dienstverlening van voorzieningen wordt gegarandeerd, zowel op financieel als op bestuurlijk vlak²⁷.

We merken nog op dat initiatiefnemers in zorg en ondersteuning baat hebben bij een stabiele financiering. Dit is niet altijd gegarandeerd bij een overmatig aandeel aan projectfinanciering.

²⁵ SAR WGG (24 maart 2016). *Advies over de conceptnota 'Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen*, pp.13-14.

²⁶ Memorie van Toelichting bij het voorontwerp van decreet geestelijke gezondheid, VR 20190914, p.42.

²⁷ Memorie van Toelichting bij het voorontwerp van decreet geestelijke gezondheid, VR 20190914, p.43.

Betaalbaarheid

Het garanderen van de betaalbaarheid van zorg en ondersteuning op het niveau van de samenleving is een belangrijk aspect van performantie. Het aanbod van zorg en ondersteuning moet doelmatig en doeltreffend ingezet worden. Ook het principe van subsidiariteit, waarbij de minst ingrijpende zorg en ondersteuning als eerste keuze geldt, is essentieel om de betaalbaarheid van het systeem te garanderen (cfr. component subsidiariteit onder uitgangspunt relevantie).

In het licht van de stijgende levensverwachting, de veranderende zorg- en ondersteuningsvragen, de technologische mogelijkheden en zo meer, staat het budget voor zorg en ondersteuning onder constante druk. De afweging welke kosten we als samenleving collectief kunnen en willen dragen voor zorg en ondersteuning is essentieel. Wat de samenleving collectief betaalt als tarief moet ook in verhouding staan tot de onderliggende reële kostprijs van de zorg en ondersteuning. Een permanent maatschappelijk debat hierover dringt zich des te meer op en moet uitmonden in transparante beleidsbeslissingen over hoeveel collectieve middelen we uiteindelijk willen en moeten besteden aan zorg en ondersteuning.

Dit moet toelaten om een transparant en structureel systeem op te bouwen zodat vooraf duidelijk is hoeveel middelen de Vlaamse Regering solidair beschikbaar stelt voor zorg en ondersteuning en hoe ze worden verdeeld. De raad vraagt om wetenschappelijk onderbouwde prognoses te maken over de nood aan zorg en ondersteuning en de financieringsbehoeften hiervan op de lange termijn²⁸.

Er is een duidelijke relatie tussen de betaalbaarheid op het niveau van de samenleving (macro) en de betaalbaarheid voor de persoon met zorgbehoefte (micro - cfr. uitgangspunt toegankelijkheid). De financiële toegankelijkheid wordt mede verzekerd door een performante zorg en ondersteuning die door een maatschappelijk verantwoord pact tot stand komt.

²⁸ SAR WGG (6 september 2017). *Advies over het decreet VSB*.

Een rechtvaardige samenleving moet iedereen zoveel mogelijk gelijke kansen bieden maar ook de baten en lasten op een faire wijze verdelen over de leden van de samenleving³¹. Binnen zo een kader hebben alle actoren in het systeem rechten maar ook plichten. Op alle niveaus (systeem, financiering, individueel gedrag) moet inadequaar aanbod en gebruik zoveel als mogelijk worden vermeden. De grond hiervan is solidariteit, gestoeld op betrokkenheid en samenhang.

Sociale rechtvaardigheid moet horizontaal en verticaal zijn. Een gelijke behandeling voor mensen met gelijke behoeften is de horizontale dimensie. De verticale dimensie stelt dat ongelijke behoeften ongelijk behandeld moeten worden, in verhouding tot die behoeften. De inspanning en de ingezette hulpmiddelen moeten dus variëren naargelang de zorgbehoefte maar ook naargelang de sociaaleconomische status van de persoon met zorgbehoefte omdat we weten dat veel gezondheids- en welzijnsverschillen hieraan gelinkt zijn.

Het realiseren van een sociaal rechtvaardig zorg- en ondersteuningssysteem zal een invloed hebben op de gezondheid en het welzijn van ons allen en vormt op het niveau van de samenleving een voorwaarde voor het bestrijden van sociale ongelijkheden. Daarom steunen keuzes over welke zorg en ondersteuning maatschappelijk verantwoord is voor de SAR WGG op een evenwicht waarin - naast economische, wetenschappelijke en technische aspecten - ook betrokkenheid, solidariteit, mededogen en sociale rechtvaardigheid meespelen.

3.2 Componenten

Universaliteit

Op basis van de mensenrechtenbenadering en de Belgische Grondwet heeft iedereen recht op gezondheid en welzijn. Dit houdt in dat elke persoon recht heeft op een gezondheids- en welzijnssysteem (in de brede zin van het woord) dat iedereen gelijke kansen biedt op een zo goed mogelijke gezondheid en welbevinden. Het gezondheids- en welzijnssysteem verwijst zowel naar het zorg- en ondersteuningsaanbod op zich, als naar de achterliggende sociale en economische determinanten van gezondheid en welzijn³².

Om dit mensenrecht te realiseren, is een universeel beleid de basis. Daarin moet iedereen gelijke toegang tot gelijkwaardige zorg en ondersteuning krijgen³³.

Een universele benadering vormt ook het uitgangspunt precies omdat de verdeling van welzijn en gezondheid doorheen de ganse bevolking een sociale gradiënt vertoont. Zoals gedocumenteerd in het advies van de raad over het verkleinen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn³⁴, beperken die verschillen zich niet tot een tegenstelling tussen de armste

³¹ VAN DER GEEST, I. (2005). *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg. Schipperen tussen rechtvaardigheid, doelmatigheid en betrokkenheid*, p.5.

³² Artikel 12 van het Internationaal verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten van 1966. Verder omschreven door de VN, Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000, General Comment No. 14. The right to the highest attainable standard of health.

³³ We spreken van 'gelijkwaardige' zorg en ondersteuning omdat zorg en ondersteuning bijna per definitie ongelijk is.

³⁴ Advies van 21 december 2017.

en rijkste mensen of de laagst- en hoogstopgeleiden. Integendeel, de ongelijke verdeling van ziekte, onwelzijn en sterfte bestaat tussen elke trede van de sociale ladder.

Proportioneel universalisme

Een universeel beleid waar een selectief of doelgroepenbeleid aan wordt gekoppeld, is proportioneel universalisme.

Een louter universeel beleid heeft niet hetzelfde effect bij iedereen in de samenleving, wat maakt dat Mattheuseffecten kunnen optreden. Zorg en ondersteuning vanuit een universele benadering biedt immers onvoldoende garanties dat deze beantwoordt aan de variëteit aan behoeften en omstandigheden waarin mensen leven. Daarom moeten universele maatregelen ook een complementair deel kunnen hebben dat doelgroepgericht kan variëren, al naargelang de specifieke behoefte.

Een selectieve maatregel kan voor de raad alleen maar bovenop een universele maatregel in het leven worden geroepen. Deze selectieve maatregelen moeten in verhouding zijn tot het niveau/de mate van ongelijkheid. Maatregelen mogen dus niet alleen gericht zijn op de minstbedeelden want dan wordt maar een deel van de onrechtvaardigheid aangepakt, verschuift het probleem zich naar een nieuwe subgroep en wordt het draagvlak voor solidariteit ondermijnd.

Selectieve of doelgroepspecifieke beleidsacties kunnen ook noodzakelijk zijn opdat alle maatschappelijke groepen zich aangesproken voelen door de zorg en ondersteuning in Vlaanderen. Het is ontzettend belangrijk dat de mensen betrokken bij de wereld van zorg en ondersteuning een afspiegeling vormen van de gehele Vlaamse bevolking, dit zowel bij de aanbieders van zorg en ondersteuning als bij de personen met zorgbehoefte die gebruik maken van zorg en ondersteuning.

Solidariteit

Een rechtvaardige zorg en ondersteuning heeft nood aan een rechtvaardige samenleving die inzet op een solidair kader waarbinnen iedereen naar draagkracht bijdraagt aan de zorgkosten van mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben en waarbij men er zelf ook op kan rekenen dat de eigen zorgkosten mee worden gedragen. Een sterke solidariteit voorziet op maatschappelijk niveau in een structurele herverdeling van rijk naar arm, gezond naar ziek, jong naar oud. De kosten om onzekerheden en risico's in het leven op een rechtvaardige manier op te vangen, worden collectief gedragen.

Solidariteit gericht op herverdeling gaat samen met een **(versterkt) bewustzijn van samenhorigheid en betrokkenheid bij naasten**. Het is belangrijk om hier expliciet op in te zetten. Een houdbare solidariteit met voldoende draagvlak bij de brede bevolking doet een beroep op de rechten en plichten van mensen maar ook op de onderlinge verbondenheid³⁵. Daarbij moeten sterke indirecte (geïnstitutionaliseerde) solidariteitsmechanismen worden gelinkt aan nieuwe vormen van directe solidariteit (solidariteit ontwikkeld op plaatsen dicht bij de burger, bijv. buurten en wijkgerichte werkingen).

³⁵ VAN DER GEEST, I. (2005). *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg. Schipperen tussen rechtvaardigheid, doelmatigheid en betrokkenheid*, p.28.

Wanneer we solidariteit voorop stellen op het niveau van de samenleving, moeten we bewaken dat de instrumenten die in de zorg en ondersteuning worden ingezet, die solidariteit niet (onbedoeld) ondermijnen. Bovendien is het belangrijk dat de zorg en ondersteuning op het niveau van de samenleving bijdraagt tot sociale cohesie en niet ‘verdelend’ maar ‘verbindend’ werkt.

Te rechtvaardigen zorg en ondersteuning

Zorg en ondersteuning moet sociaal rechtvaardig zijn en dit kan enkel als we de verdeling ervan nauwlettend in het oog houden.

Dit veronderstelt transparantie over de organisatie van het zorg- en ondersteuningssysteem en over de keuzes die daarin gemaakt worden. Op de verschillende beslissingsniveaus moet men kunnen verantwoorden dat rechtvaardige keuzes gemaakt zijn (accountability).

Transparantie en ook effectieve participatie zal eveneens het draagvlak van de keuzes in de samenleving vergroten.

4 Relevantie

4.1 Omschrijving

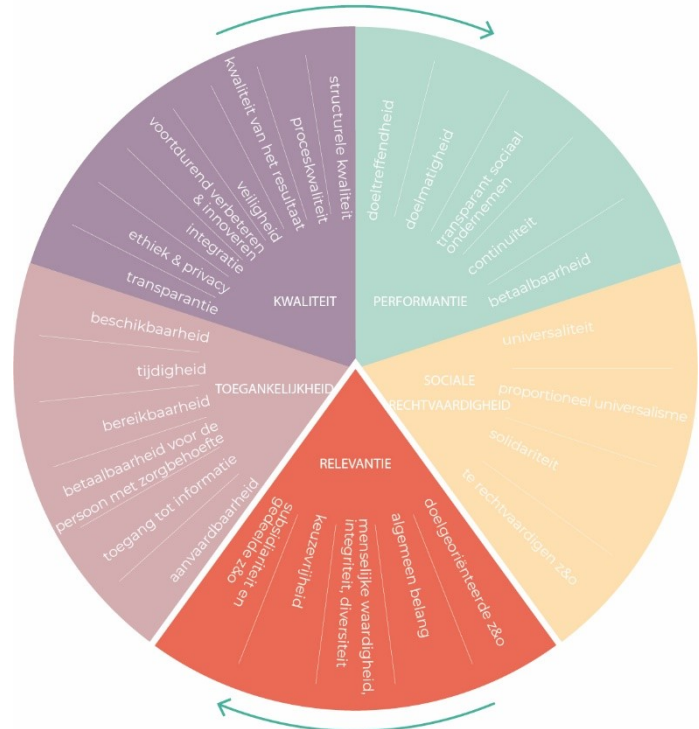
Zorg en ondersteuning is relevant wanneer die ertoe doet, zinvol en nodig is. Relevante zorg en ondersteuning voldoet aan de behoeften van het individu (kwaliteit van leven, levensdoelen) én van de samenleving (gezondheids- en welzijnswinst op populatieniveau, bijdrage aan sociale cohesie, kwaliteit van samenleven, realisatie van ieders sociale grondrechten en de mensenrechten³⁶).

Welke zorg en ondersteuning we als relevant beschouwen, is contextueel en tijdsgebonden, en wordt mee bepaald door wijzigende maatschappelijke verwachtingen en technologische inzichten. Het is belangrijk om telkens opnieuw te bepalen wat relevant is, zowel op individueel niveau als op het niveau van de samenleving. Om die oefening te maken, hebben we instrumenten/methodes/overlegmodellen en de juiste randvoorwaarden nodig.

Onder het uitgangspunt relevantie beschrijven we enerzijds de instrumenten/methodes die behulpzaam zijn om tot afspraken te komen over relevante zorg en ondersteuning (zie verder onder 4.1). Anderzijds trachten we af te bakenen wat we ‘vandaag’ als relevant beschouwen en welke daarvoor de randvoorwaarden zijn. Dit benoemen we als componenten van relevante zorg en ondersteuning (zie 4.2): doelgeoriënteerd, van algemeen belang, met respect voor de menselijke waardigheid, integriteit en diversiteit, met keuzevrijheid, subsidiair en gedeeld.

Zorg en ondersteuning ‘die ertoe doet, nodig en zinvol is’ richt zich op de behoeften van een persoon en diens context. De relevantie wordt in eerste instantie bepaald door de bijdrage aan de realisatie van de levensdoelen van de persoon met zorgbehoefte. Het is de persoon zelf die - samen met zijn naaste omgeving en ondersteund door de professional – de doelen van de zorg en ondersteuning formuleert (bv. zelfstandig kunnen wonen, een job uitoefenen, hobby’s kunnen beoefenen, zich goed in zijn vel voelen, geen pijn hebben,...).

Een tweede vraag is dan: zijn er strategieën en methodieken beschikbaar om deze doelen daadwerkelijk te realiseren, en is de prijs hiervan te verantwoorden? Het antwoord op deze vraag vinden we via wetenschappelijke inzichten, praktijkkennis en ervaringsdeskundigheid. Relevante zorg en ondersteuning moet dus ook kunnen aantonen dat een specifieke behandeling of



³⁶ Deze elementen zijn verder uitgewerkt onder de component ‘algemeen belang’.

begeleiding nodig en zinvol is om de geformuleerde levensdoelen (mee) te bereiken. Er is met andere woorden ook plaats voor vragen omtrent wetenschappelijke onderbouwing, doelmatigheid en doeltreffendheid – dit spreekt een behoeftegerichte aanpak niet tegen.

Ook in de zorg en ondersteuning brengt de keuze uit een aantal alternatieven ‘een verlies’ mee. De opportuniteitskost in deze betreft een ‘gemiste kans’ die gepaard gaat met elke keuze voor zorg en ondersteuning.

Methodes om te komen tot relevante zorg en ondersteuning

Om tot afspraken te komen over de individuele en maatschappelijke relevantie van zorg en ondersteuning zijn er verschillende methodes. Daarbij is het op elk niveau – van micro tot macro – belangrijk om participatie van personen met zorgbehoefte, hun omgeving en de burger te realiseren. Willen zij écht kunnen participeren, dan moet aan de noodzakelijke randvoorwaarden worden voldaan.

▀ *Op individueel niveau*

Uiteraard is de persoon met zorgbehoefte aan zet om te bepalen welke zorg en ondersteuning voor hem relevant is. Hij moet kunnen participeren in zijn eigen zorg en ondersteuning en de regie in eigen handen kunnen houden. Zijn levensdoelen moeten (mee) de inhoud van de zorg en ondersteuning kunnen bepalen. Zijn participatie zal bovendien de betrokkenheid in het zorg- en ondersteuningsproces verhogen.

Om tot een betere participatie van de persoon met zorgbehoefte te komen, moeten de professional (en zijn team/netwerk) en de persoon met zorgbehoefte (en zijn naaste omgeving) een zorg- en ondersteuningsrelatie aangaan die gebaseerd is op wederzijds engagement, gelijkwaardigheid en respect voor autonomie³⁷.

Binnen die relatie zijn overleg en gepaste informatie essentieel om een persoon in staat te stellen om weloverwogen keuzes te maken en om samen met de professional te komen tot wat voor hem relevante zorg en ondersteuning is. Het moet gaan om ‘onderhandelde’ of ‘participatieve’ zorg en ondersteuning (shared decision making), waarbij de op wetenschappelijke kennis gebaseerde inzichten over voordelen, nadelen en risico's van verschillende opties in zorg en ondersteuning duidelijk zijn voor de persoon met zorgbehoefte. Hij krijgt hiertoe informatie op maat aangereikt en bespreekt die met de professional om goede afwegingen te maken voor zijn specifieke situatie.

In een model van shared decision making kunnen ‘keuzehulpen’³⁸ zeer nuttig zijn. Het zijn gestructureerde hulpmiddelen die de persoon met zorgbehoefte ondersteunen in het nemen van complexe beslissingen inzake zorg en ondersteuning. Keuzehulpen hebben een positieve invloed op de gezamenlijke besluitvorming, laten mensen toe om meer geïnformeerde keuzes te maken

³⁷ De competenties die hiervoor nodig zijn bij professionals in zorg en ondersteuning zijn verder uitgewerkt in de visienota Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als een opgave voor de toekomst (SAR WGG, 17 december 2015).

³⁸ Voorbeelden van keuzehulpen zijn digitale vragenlijsten, pictogrammen om participatie en dialoog te bevorderen, rondetafelgesprekken, ondersteuningsplannen,

en over meer kennis van alternatieven te beschikken. Ze leiden tot keuzes die dicht bij de eigen waarden en voorkeuren liggen³⁹.

Uiteindelijk is het de persoon met zorgbehoefte, waar nodig bijgestaan door zijn naaste omgeving en altijd maximaal ondersteund door de professional, die de regie in handen houdt en de beslissing neemt (cfr. informed consent). Los van dat recht op zelfregie kunnen professionals in zorg en ondersteuning echter niet worden verplicht tot het leveren van zorg en ondersteuning die niet kwaliteitsvol of performant is.

Wanneer er signalen zijn van niet-geëxpliciteerde of niet-(rechtstreeks)-geformuleerde zorgbehoeften, en outreachende en aanklappende zorg of bemoeizorg wordt ingezet, blijft acceptatie en instemming een noodzakelijke voorwaarde in de overgrote meerderheid van de situaties. In uitzonderlijke situaties en met zorgvuldig interdisciplinair overleg (met aandacht voor ethische en juridische aspecten) moet het mogelijk zijn om zonder een vraag van de persoon met zorgbehoefte toch in gradaties in te grijpen om erger te voorkomen.

■ Op niveau van de samenleving

Bij het nemen van beslissingen over welke vragen en behoeften de samenleving kan/zal beantwoorden, is een goed evenwicht tussen betrokkenheid van de stakeholders en de democratische legitimering van het beleid belangrijk. We vragen om dit proces in volle transparantie te laten verlopen. Om de betrokkenheid van de belanghebbenden (burgers, middenveld, wetenschap) te optimaliseren, pleiten we voor een gemengd systeem waarbij zowel de rechtstreekse burgerparticipatie als het gestructureerde overleg met het middenveld zijn rol kan spelen. Dit verloopt best in een tegensprekelijk debat tussen de betrokkenen. Niet alleen het eindproduct van zo een debat is interessant, ook het proces op zich creëert meerwaarde voor de samenleving en meer gedragenheid voor keuzes rond de relevantie van zorg en ondersteuning⁴⁰.

Relevante zorg en ondersteuning gaat dus niet alleen over het bereiken van doelstellingen op individueel niveau. Er moet ook worden nagedacht over maatregelen die op populatieniveau de gezondheid en het welzijn optimaliseren, door middel van evidence based behandelingen en begeleidingen. Dit kan onder meer met behulp van de gezondheidsdoelstellingen voor preventie die de Vlaamse overheid uitwerkt. Maar ook andere maatregelen, doelstellingskaders en instrumenten zijn mogelijk. In elk geval zijn we ervan overtuigd dat werken aan de gezondheid en het welzijn van de bevolking een opdracht is van de verschillende beleidsniveaus en –domeinen die een impact hebben op het zorg- en ondersteuningsaanbod, de levensomstandigheden, leefomgeving en levensstijl van mensen. Daarom moet het principe van “health in all policies” werkelijk vorm krijgen.

Het is de taak van de overheid om erover te waken dat beslissingen betreffende de relevantie van zorg en ondersteuning in het belang zijn van de bevolking in haar geheel, en niet louter in functie van bepaalde (machts)groepen in de samenleving. Dit sluit bijkomende inspanningen naar

³⁹ STACEY, D., e.a. (2017). *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.

⁴⁰ SAR WGG (22 december 2016). *Advies over het Groenboek Bestuur*, p.5

meer kwetsbare burgers en buurten, volgens het principe van het proportioneel universalisme, niet uit⁴¹.

4.2 Componenten

Doelgeoriënteerde zorg en ondersteuning

In een doelgericht zorg- en ondersteuningsmodel staat het beluisteren van de persoon met zorgbehoefte centraal. In essentie sturen zijn vragen, behoeften en noden het zorg- en ondersteuningsproces en niet omgekeerd. Daarmee bedoelen we niet dat elke vraag, behoefte of nood per definitie moet worden ingelost, maar wel dat ze het vertrekpunt vormen waarrond de zorg en ondersteuning wordt georganiseerd. Daarom spreken we van **'vraag- en behoeftegericht'** en niet van 'vraaggestuurd'. Bij vraag- en behoeftegerichte zorg en ondersteuning gaat het erom vanuit een generalistische benadering inzicht te krijgen in wat echt belangrijk is voor de persoon met zorgbehoefte (zijn levensdoelen).

Ook in recente beleidsdocumenten zien we dat deze benadering ingang vindt. Het handelen op basis van persoonlijke doelen van een persoon met zorgbehoefte wordt er aangekondigd als *een belangrijke verandering in het plannen en aanbieden van zorg en ondersteuning*. Het houdt in dat behandelingen en begeleidingen niet enkel dienen om bepaalde problemen, ziekten of aandoeningen op te lossen, maar dat de zorg en ondersteuning in functie wordt gesteld van wat een persoon nog wil of zal kunnen realiseren met de vastgestelde problemen, ziekten of aandoeningen⁴².

Het hele zorg- en ondersteuningssysteem heeft dus de opdracht om de diagnose-georiënteerde zorg om te buigen naar een doelgeoriënteerde zorg en ondersteuning die over kwaliteit van leven gaat.

Doelgerichte zorg en ondersteuning zet in op het **optimaliseren van de kwaliteit van leven van mensen**, namelijk hun functioneren en participeren aan de samenleving. Voor de persoon met zorgbehoefte en zijn omgeving is dat relevante zorg en ondersteuning 'die ertoe doet'.

De concepten 'kwaliteit van leven' en 'kwaliteit van bestaan' vormen een richtlijn voor de praktijk en voor kwaliteitsverbeteringen, een criterium voor het beoordelen van de doeltreffendheid in de praktijk en bij strategieën, en een conceptueel model voor het meten van individuele uitkomsten van de zorg en ondersteuning die iemand krijgt⁴³. Het concept fungeert voor ons als gemeenschappelijke taal bij het werken in de verschillende levensdomeinen: (psychisch) welzijn, gezondheid, participatiemogelijkheden, sociale relaties,

⁴¹ De componenten universaliteit en proportioneel universalisme maken deel uit van een sociaal rechtvaardige zorg en ondersteuning en zijn onder dat uitgangspunt verder uitgewerkt.

⁴² Memorie van Toelichting bij het Voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders, VR 20180914, p.9

⁴³ SCHALOCK, R.L., BONHAM, G.S. & VERDUGO, M.A., *The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities*, in: *Evaluation and Program Planning*, 2008, 31 (2), 181-190. De volgende acht domeinen van kwaliteit van bestaan worden onderscheiden: emotioneel welbevinden, interpersoonlijke relaties, materieel welbevinden, persoonlijke ontplooiing, lichamenlijk welbevinden, zelfbepaling, sociale inclusie/erbij horen, rechten.

De persoon met zorgbehoefte, zijn levensdoelen en kwaliteit van leven staan voorop. Dit kan onder meer door zijn doelstellingen en functioneren in kaart te brengen als belangrijke en aanvullende informatie over de zorgbehoefte. Deze informatie moet een onderdeel vormen van het interprofessioneel elektronisch dossier⁴⁴ en het zorg- en ondersteuningsplan en moet ook integraal worden meegenomen in het perspectief van kwaliteit.

Het algemeen belang

Relevante zorg en ondersteuning vertrekt dus van een persoons- en behoeftegericht model. Dit neemt niet weg dat we de vraag moeten stellen hoe de individuele aspiraties van burgers en de beschikbare bronnen in de samenleving met elkaar kunnen worden verbonden, binnen een solidair kader. In een solidaire samenleving beseffen burgers dat de collectieve bronnen niet onuitputtelijk zijn en doelmatig moeten worden ingezet. Burgers zijn zich ook bewust van de eigen verantwoordelijkheid en van het belang van zorg voor elkaar.

Binnen dit kader vereist relevante zorg en ondersteuning dat individuele keuzes sporen met het algemeen maatschappelijk belang. Zorg en ondersteuning gericht op kwaliteit van leven van de persoon met zorgbehoefte, veronderstelt namelijk ook **kwaliteit van samen-leven**. Het gaat er om dat mensen functioneren binnen de samenleving, niet alleen om de eigen levensdoelen na te streven maar ook om verbinding aan te gaan met anderen en deel te nemen aan het collectieve (onderwijs, werk, cultuur, sport, ...).

Beleid in functie van algemeen belang is er dan ook op gericht om een inclusieve samenleving waar te maken waar 'niemand wordt achtergelaten' (leaving no-one behind). Vanuit de mensenrechten en (sociale) grondrechten hebben we de opdracht om structureel voor mensen te zorgen en hen te ondersteunen waar/wanneer dit nodig is. We zijn van mening dat personen met zorgbehoefte daarvoor het meest gebaat zijn bij **een relationele benadering van zorg en ondersteuning**: het bouwen van duurzame bruggen om hun rechten te realiseren en in verbinding te treden met hun omgeving. Deze verbinding (eventueel herstel of opbouwen van bindingen) is een cruciaal element in zorg- en ondersteuningsprocessen binnen de samenleving. Relevante zorg en ondersteuning moet zich daarom ook toeleggen op het verbinden van mensen, in grote en kleine netwerken, als voorwaarde voor hun participatie in de samenleving.

De bewustmaking en de keuzes over wat als relevante zorg en ondersteuning kan worden beschouwd, moeten voorwerp zijn van een breed maatschappelijk en democratisch debat⁴⁵. Economische, ethische en functionele argumenten moeten dat debat voeden. Uiteraard is het antwoord op deze vraag veranderlijk in de tijd en vergt dus regelmatige bijsturing.

Een belangrijk onderdeel van dat debat is het bepalen van de standaard van zorg en ondersteuning⁴⁶ die vanuit het algemeen belang voor iedereen toegankelijk is (en dus door de

⁴⁴ TANGE, H., NAGYKALDI, Z. & DE MAESENEER, J., *Towards an overarching model for electronic medical-record systems, including problem-oriented, goal-oriented, and other approaches*, in: *European Journal of General Practice*, 2017, 23:1, 257-260.

⁴⁵ Hoe we dit debat vorm zien krijgen, omschrijven we in deel 4.1. (met o.a. betrokkenheid van burgers, middenveld en wetenschap, via een tegensprekelijk debat tussen de betrokkenen).

⁴⁶ We kiezen het principe 'standaard van zorg en ondersteuning' boven de term 'basiszorg en -ondersteuning' omdat dit laatste begrepen kan worden als een minimaal basispakket van zorg en ondersteuning.

maatschappij wordt betaald). Deze standaard moet worden bekeken binnen een dynamisch gegeven, en rekening houden met nieuwe zorg- en ondersteuningsmogelijkheden. Er moet dringend werk gemaakt worden van een democratische en transparante systematiek om deze standaard op Vlaams niveau te bepalen. Momenteel ontbreken in Vlaanderen de instrumenten hiervoor.

Menselijke waardigheid, integriteit en diversiteit

Zorg en ondersteuning gaat altijd over mensen, hun levenskwaliteit en persoonlijke levensdoelen. Daarom betekent respect tonen voor menselijke waardigheid, integriteit en omgaan met diversiteit 'gewoon'⁴⁷ optimale zorg en ondersteuning op maat van elke persoon met zorgbehoefte.

Relevante zorg en ondersteuning houdt rekening met de unieke, individuele persoon met zorgbehoefte en denkt bovendien 'vanuit' de persoon, niet 'voor' de persoon.

Dit vereist van het beleid en van elke professional in zorg en ondersteuning volgehouden aandacht voor de grote verscheidenheid aan mensen, doelgroepen, behoeften en doelen. Overleg en participatie kunnen meer inzicht brengen in deze verscheidenheid en hoe ermee om te gaan zodat op de zorg- en ondersteuningsnoden van elke persoon een zinvol antwoord komt.

Om gelijkwaardig om te kunnen gaan met elke persoon met zorgbehoefte, moet het hele zorg- en ondersteuningssysteem cultuursensitief zijn⁴⁸. Cultuursensitief zijn betekent voor ons het op gepaste wijze omgaan met diversiteit, maar veel meer dan louter etnisch-culturele diversiteit. Het omvat ook socio-economische diversiteit, taal, gender, seksuele voorkeur, en zo meer. We hebben het hier dus over diversiteit in brede zin.

Tot slot kan er in de zorg en ondersteuning geen sprake zijn van discriminatie op basis van leeftijd, geslacht, ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, ras, geaardheid en vermogen van de betrokkene⁴⁹. De verschillende internationale verdragen vormen hiervoor het ethische minimum.

Invulling behoeften en vragen in relatie tot keuzevrijheid van het individu

In ons zorg- en ondersteuningssysteem heeft een persoon met zorgbehoefte een grote keuzevrijheid. Deze vrijheid is evenwel niet absoluut omdat zowel de regelgeving als de organisatie van zorg en ondersteuning en het algemeen belang hieraan beperkingen opleggen. Maar binnen dit kader vragen we dat de persoon met zorgbehoefte zijn keuzevrijheid en wens en vermogen tot zelfregie zoveel als mogelijk kan blijven realiseren.

Keuzevrijheid in het omgaan met en het aanpakken van ziekte en onwelzijn is een essentiële voorwaarde om te komen tot relevante zorg en ondersteuning. Want door eigen keuzes te maken, geeft de persoon met zorgbehoefte invulling aan wat voor hem zorg en ondersteuning is in antwoord op zijn specifieke vragen en/of behoeften. Daarnaast verhoogt keuzevrijheid de

⁴⁷ HOLTZER, L., *De 7 privileges van de zorg*, 2015, Acco: Leuven/Den Haag.

⁴⁸ Wat het betekent om cultuursensitief te zijn, hebben we voor de professional uitgewerkt in de visienota over het Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als een opgave voor de toekomst (SAR WGG, 17 december 2015, p.31-32).

⁴⁹ Opsomming uit het Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen (BS 10 november 2003), art. 3 §1

subjectieve tevredenheid met het zorg- en ondersteuningssysteem en kan het een opwaartse druk uitoefenen op de kwaliteit van zorg en ondersteuning.

Er zijn drie noodzakelijke voorwaarden om werkelijk te kunnen spreken van een keuze: voldoende aanbod, het maximaal terugdringen van de informatie-asymmetrie en een evenwicht tussen vrijheid enerzijds en 'wetenschappelijke en maatschappelijke bindingen' anderzijds. De individuele keuzevrijheid mag immers niet ten koste gaan van de gemeenschap (zie component algemeen belang). Bij beslissingen inzake relevante zorg en ondersteuning is het dus steeds belangrijk om het individueel perspectief af te stemmen met 'de andere(n)'. M.a.w. de uitwerking van keuzevrijheid mag niet haaks staan op het solidariteitsprincipe en evenmin in conflict komen met het ontwikkelen van doelmatige zorg en ondersteuning.

Verder zal de keuzevrijheid van de persoon met zorgbehoefte de gepaste ruimte moeten krijgen binnen de netwerken en samenwerkingsverbanden die zich aan het ontwikkelen zijn. Wanneer het erop aankomt mogen deze ontwikkelingen geen afbreuk doen aan het principe van de vrije keuze maar de reële keuzemogelijkheden kunnen door geografische afbakeningen en organisatorische afspraken wel verminderen⁵⁰.

Subsidiariteit en gedeelde zorg en ondersteuning

Relevante zorg en ondersteuning impliceert dat de juiste zorg- en ondersteuning op de juiste plaats, op het juiste tijdstip en met de juiste samenhang wordt geboden door professionals met de juiste competenties.

▀ *Subsidiariteit*

Bij de organisatie van zorg en ondersteuning pleiten we voor het hanteren van de idee van subsidiariteit of getrapte zorg. Dit houdt een wisselwerking in tussen verschillende vormen van zorg en ondersteuning: gaande van zelfzorg, over mantelzorg en wijk- en buurtzorg naar de professionele eerstelijnszorg en ondersteuning tot de gespecialiseerde zorg en ondersteuning (op de tweede en derde lijn).

In functie van kwaliteit van leven zal - behoudens in acute ernstige situaties - de minst ingrijpende zorg en ondersteuning (zelfzorg, mantelzorg en informele zorg) voorrang krijgen. Wanneer meer gespecialiseerde vormen van zorg en ondersteuning noodzakelijk zijn, zullen deze ook niet langer worden aangehouden dan relevant is voor de persoon met zorgbehoefte.

▀ *Preventie*

In uitwerking van het principe van subsidiariteit, is het nodig om maatschappelijk in te zetten op meer vroegtijdige en weinig ingrijpende interventies waar het zorg- en ondersteuningssysteem meer aandacht kan geven aan de context, probleemvoorkoming, preventie, gezondheids- en welzijnsbevordering.

We merken daarbij op dat er onder preventie veel meer begrepen moet worden dan het 'vermijden dat mensen ziek worden'. Preventie kan bijvoorbeeld ook probleemvoorkomend zijn door de sociale netwerken van mensen te versterken, het intercultureel samenleven te ondersteunen of te zorgen voor een gezonde leefomgeving en veilige infrastructuur. Een preventief beleid moet

⁵⁰ De geografische dimensie is verder uitgewerkt onder de component 'bereikbaarheid' van het uitgangspunt toegankelijkheid.

dus een brede invulling krijgen en veel meer zijn dan algemene voorlichtingscampagnes en interventies gericht op verandering van de levensstijl. Het dient ook – op gemeenschapsniveau – de sociale, ecologische,... determinanten van (on)gezondheid en (on)welzijn aan te pakken. Het ontwikkelen van incentives op maat van doelgroepen en buurten is nodig⁵¹.

Gezien de belangrijke rol van preventie in Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning moet de overheid erover waken dat preventieve acties, voorschriften en richtlijnen van alle mogelijke spelers worden getoetst aan wetenschappelijke evidentie. Daarnaast moet de rol van de eerste lijn in het preventiebeleid worden verduidelijkt en versterkt en dringt meer integratie van dienstverlening in het kader van de volksgezondheid (screening, vaccinaties, werking Kind en Gezin,...) en eerstelijnszorg zich op⁵².

■ *Gedeelde zorg en ondersteuning*

Daarnaast is het belangrijk dat de verantwoordelijkheid voor zorg en ondersteuning meer wordt gedeeld. Professionals zullen meer aanvullend en versterkend moeten werken ten aanzien van mantelzorgers en het sociale netwerk. De ondersteuning van mantelzorg en informele zorg door professionals is des te meer van belang opdat ook mantelzorg en informele zorg op een maatschappelijk verantwoorde manier kunnen functioneren.

Zorg en ondersteuning heeft vele handen nodig. Het streefdoel is gedeelde zorg en ondersteuning op maat van de persoon met zorgbehoefte. Daarbij vindt de samenwerking tussen informele en formele zorg en ondersteuning best plaats op een lokaal niveau (in de buurt, binnen de eerstelijnszone) dicht bij de dagelijkse leefwereld van mensen.

Informele en formele zorg en ondersteuning worden bovendien niet als ‘inwisselbaar’ maar wel als complementair beschouwd. Informele zorg moet immers steeds een keuze zijn vanuit de affectieve band die iemand heeft met de persoon met zorgbehoefte en geen noodzaak of verplichting, net zoals formele zorg niet enkel mag worden voorbehouden voor mensen die geen beroep kunnen doen op informele zorg.

⁵¹ In het advies over het verminderen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn beschrijven we hoe deze preventie best vorm krijgt (door inzet van het individu én de omgeving) en ook kwetsbare groepen kan bereiken (SAR WGG, 21 december 2017, p.31-32)

⁵² ALLEN, L.N., e.a., *Unfulfilled potential of Primary Care in Europe. The Alma Ata declaration's compelling vision of health for all will not be realised until we take community level prevention seriously*, in: *BMJ*, 2018; 363: k4469.

5 Toegankelijkheid

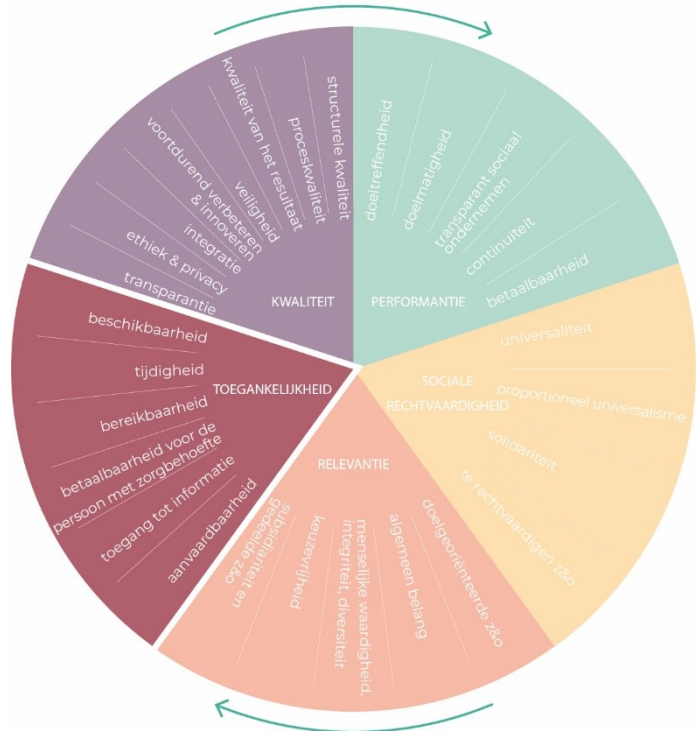
5.1 Omschrijving

Er is sprake van toegankelijke zorg en ondersteuning wanneer niemand verhinderd is om de zorg en ondersteuning te krijgen die nodig is omwille van zijn of haar behoeften. Ook de WHO operationaliseert toegankelijkheid op deze wijze: *the proportion of a given population in need of health services that can obtain them*⁵³.

Het toegankelijk maken van zorg en ondersteuning betekent niet dat alle zorg en ondersteuning voor elke burger op elk moment vrij beschikbaar moet zijn. Het betekent wel het structureel vermijden van een behandelkloof die optreedt wanneer personen met een reële behoefte of problematiek geen toegang krijgen tot passende en kwaliteitsvolle zorg of ondersteuning ('unmet need')⁵⁴.

Gelet op de koppeling tussen de behoefte aan zorg en ondersteuning en de toegang tot het zorg- en ondersteuningssysteem, is het cruciaal dat de behoeften op individueel niveau juist worden gemeten en geëvalueerd. Een multidisciplinaire en intersectorale inschaling is daarvoor een belangrijk instrument. Het laat toe om op een gestandaardiseerde en gevalideerde wijze de zorg- en ondersteuningsbehoeften in kaart te brengen. Het bepalen van de behoeften moet gebeuren op basis van fysieke, psychische en sociale parameters die ook het functioneren, de sociale participatie en de context in beeld brengen. Dit kan door het gebruik van instrumenten die de 'International Classification of Functioning' als onderliggende classificatiestructuur hebben (bv. BelRai,...)⁵⁵. Voor de raad moet de indicatie nog verder kunnen gaan dan deze inschaling, namelijk door ook de professionele inschattingen in concrete zorg- en ondersteuningssituaties in relatie tot en in overleg met de persoon met zorgbehoefte mee te nemen.

Er moet wel over gewaakt worden dat het systeem van indicatiestellingen het verlenen van (toegang tot) dringende zorg en ondersteuning niet in de weg staat.



⁵³ Definitie o.a. gebruikt in Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH) (10 July 2014). *Future EU Agenda on quality of health care with a special emphasis on patient safety*, p.24.

⁵⁴ Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH) (3 May 2016). *Access to health services in the European Union*, p. 13.

⁵⁵ WHO. International Classification of Functioning and Disability in Health (ICF). Geneva, WHO. Beschikbaar via: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

De toegankelijkheid van zorg en ondersteuning heeft verschillende voorwaarden. Zo is er de materiële beschikbaarheid en de administratieve, financiële, sociale, culturele en geografische toegankelijkheid. Gekoppeld aan de afwezigheid van elke vorm van discriminatie, maken deze componenten de zorg en ondersteuning toegankelijk (zie verder in deel 5.2).

Een optimale organisatie van zorg en ondersteuning, inclusief de rechtstreeks toegankelijke dienstverlening op de eerste lijn, is van belang om ongelijke toegang tot noodzakelijke zorg en ondersteuning tegen te gaan en ook onder- en overgebruik te vermijden. Hierbij moeten duidelijke afspraken worden gemaakt over de toegang tot zorg en ondersteuning, via getrapte zorg met een eerste breed toegankelijk generalistisch niveau, gevolgd door een gespecialiseerd traject (cfr. component subsidiariteit en gedeelde zorg en ondersteuning, onder het uitgangspunt relevantie).

De toegankelijkheid verbetert als zorg- en ondersteuningsvragen worden verduidelijkt en als behoeften worden gedetecteerd door laagdrempelige werkvormen die rechtstreeks toegankelijk zijn. Een goed georganiseerde en financieel toegankelijke eerste lijn is de geschikte plaats om toegang tot zorg en ondersteuning voor alle burgers te verzekeren en een signaalfunctie op te nemen. Een belangrijk onderdeel van zo een eerstelijnswerking is een laagdrempelig en herkenbaar lokaal aanspreekpunt dat alle zorg- en ondersteuningsvragen opvangt, oog heeft voor de verschillende levensdomeinen en proactief noden detecteert in een bepaalde buurt en/of wijk.

Daarnaast kunnen belemmeringen die het gevolg zijn van een specifieke zorgbehoefte of de afwezigheid van ziekte-inzicht bij de gebruiker ook op ontoegankelijkheid wijzen. Daarom kan toeleiding een belangrijke voorwaarde voor toegankelijkheid zijn.

Uiteindelijk kan ontoegankelijkheid ertoe leiden dat (vaak extra kwetsbare) burgers en/of personen met zorgbehoefte door de mazen van het net blijven vallen. Om dit te vermijden, moet een netwerk van partners in zorg en ondersteuning de verantwoordelijkheid krijgen om de zorg en ondersteuning samen op te nemen voor een bepaalde gedefinieerde populatie. Alle mensen binnen deze populatie moeten via de samenwerking toegang hebben tot zorg en ondersteuning op maat van hun behoeften⁵⁶.

5.2 Componenten

Beschikbaarheid

Zorg en ondersteuning moet beschikbaar of inzetbaar zijn. Dit wil zeggen dat er op elk moment van de dag beroep op kan worden gedaan in de nabije omgeving, voor zover de vraag of behoefte relevant is. Dit vereist geen overcapaciteit maar een visie die vertrekt van de vraag welke zorg en ondersteuning nodig is en deze weet te vertalen in een globale zorgstrategische planning waardoor net die zorg en ondersteuning beschikbaar is die afgestemd is op de behoeften van een bepaalde populatie. Deze oefening moet dynamiek toelaten en lijn- en sectoroverstijgend worden aangepakt.

⁵⁶ Deze netwerkbenadering is verder uitgewerkt o.a. in het advies over het verkleinen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn (advies van 21 december 2017, p. 33).

Voor een **globale zorgstrategische planning** moet een generisch concept worden ontwikkeld. We onderscheiden daarin 4 dimensies⁵⁷:

- *Detecteren van noden en behoeften*: Het detecteren van noden en behoeften moet voor een populatie in een bepaalde regio gebeuren. We roepen de overheid op om een methodiek te ontwikkelen om behoeften in kaart te brengen en die beschikbaar te maken. Gezien zorgbehoeften en zorgvormen voortdurend in beweging zijn, adviseren we om de huidige programmatiemodellen te verlaten en te evolueren naar een flexibel systeem van zorgprognoses voor de brede waaier van zorg en ondersteuning⁵⁸.
- *Doelstellingen bepalen*: Om een zorgstrategische planning op te maken moeten eerst doelstellingen worden geformuleerd, zowel op macroniveau als op lokaal niveau. Welke zorg we relevant vinden, is de vraag die ons moet leiden. Hoe kan ons zorg- en ondersteuningssysteem zich organiseren zodat de zorg en ondersteuning werkelijk doelgeoriënteerd wordt en we enkel die zorg en ondersteuning bieden die er toe doet?
- *Duidelijke taakverdeling*: Wie doet wat? Er is een governancestructuur nodig die van bij het begin alle actoren in zorg en ondersteuning in een bepaalde regio betreft en waarin de taakverdeling en samenwerkingsafspraken duidelijk worden.
- Er moeten mechanismen worden voorzien om na te gaan hoe de samenwerkingsverbanden bijdragen tot een hogere kwaliteit van zorg en ondersteuning (monitoring en evaluatie).

Zorg en ondersteuning is beschikbaar wanneer er geen onderbreking (mogelijk) is op piekmomenten. Maar ook op schakelmomenten (bv. overgang van ondersteuning voor jongeren naar volwassenen, overgang van thuiszorg naar residentiële zorg, ...) is beschikbaarheid van passende zorg en ondersteuning cruciaal. Een naadloze overgang tussen zorg- en ondersteuningsvormen is een belangrijke voorwaarde voor toegankelijkheid en integrale zorg en ondersteuning (cfr. component integratie onder het uitgangspunt kwaliteit).

Het is in eerste instantie de taak van de verschillende overheden - maar ook de opdracht van iedereen in de zorg- en welzijnssector - om de beschikbaarheid van zorg en ondersteuning te verzekeren door hiervoor blijvende financiering te voorzien.

Investeren in zorg en ondersteuning opdat deze voor elke persoon met zorgbehoefte beschikbaar is, moet uiteraard ook gebeuren door het aantrekken en vormen van voldoende en gekwalificeerde professionals. Dit beschouwen we als een horizontale bevoegdheid: voldoende en goed geschoolde mensen zullen we maar vinden als zowel de beleidsdomeinen welzijn, (volks)gezondheid en gezin, als onderwijs, werk en sociale economie hierop gezamenlijk inzetten.

Om met een zorg- of ondersteuningsnood toegang te krijgen tot de juiste zorg- of hulpverlener op het juiste moment, speelt ook de skill-mix bij de professionals een rol. Er is een goede afstemming nodig tussen de beschikbare professionals met verschillende kwalificaties en de zorg- en ondersteuningsvragen in de praktijk. Een juiste skill-mix zorgt bovendien voor een grotere werktevredenheid bij de professionals.

⁵⁷ SAR WGG (31 oktober 2016). *Advies over het 'nieuw Vlaams Ziekenhuislandschap: Focus op de patiënt'*, pp.16-19.

⁵⁸ SAR WGG (7 november 2011). *Advies over de programmatie van de woonzorg*, pp.9-10.

Tijdigheid

Zorg en ondersteuning moet tijdig toegankelijk zijn. Zowel bij noden op somatisch vlak als op het vlak van het bredere welzijn (jeugdhulp, geestelijke gezondheid, opvoedingsondersteuning, ...), moet zorg en ondersteuning zonder uitstel worden verstrekt op het ogenblik dat de nood zich aandient. Dit maakt dat voor sommige vormen van zorg en ondersteuning een goed georganiseerde en performante 24/7-toegankelijkheid aangewezen is.

Wachttijden en wachtlijsten in zorg en ondersteuning zijn een belangrijke drempel voor de toegankelijkheid van het aanbod.

Bereikbaarheid

Zorg en ondersteuning moet geografisch gespreid zijn om de toegankelijkheid te kunnen verzekeren. Dit wil zeggen dat de persoon met zorgbehoefte, uitgedrukt binnen een bepaalde afstand en/of tijd, toegang moet hebben tot gepaste zorg en ondersteuning. Ook hiervoor is een dynamische zorgstrategische planning een nuttig instrument (cfr. component beschikbaarheid).

Generalistische en specialistische zorg en ondersteuning moeten geografisch bereikbaar zijn in functie van de behoeften en het verzekeren van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning. Denkend vanuit de behoeften moet zorg en ondersteuning zo mogelijk dicht bij de burger worden aangeboden, via buurtgerichte werkingen. Ook de laagdrempelige toegang tot de basiszorg aan huis moet worden bewaakt.

Voor kwaliteitsvolle zeer gespecialiseerde zorg en ondersteuning (zeker wanneer deze beperkt is in de tijd) is een decentralisatie echter niet wenselijk of niet haalbaar. Er moet immers een evenwicht zijn tussen het principe van de bereikbaarheid enerzijds en de budgettaire en kwaliteitsgrenzen van de inzet van hoogtechnologische apparatuur en van gekwalificeerde professionals anderzijds. Er moet m.a.w. rekening gehouden worden met de kwaliteit als criterium om beslissingen over de spreiding van het aanbod mee te onderbouwen⁵⁹.

Toch zal het in de toekomst steeds zinvoller zijn om bepaalde specialistische zorg en ondersteuning waar nodig en indien performant in te schakelen bij de persoon met zorgbehoefte thuis.

Verder verwijst bereikbaarheid ook naar de mate waarin zorg en ondersteuning fysiek toegankelijk is. De principes van inclusief ontwerpen (Design for All, Universal Design) vormen daarbij het vertrekpunt. Het aanbod aan zorg en ondersteuning zou zo ontworpen moeten zijn dat zoveel mogelijk verschillende mensen er vlot gebruik van kunnen maken – ook wie minder gezond, sterk en mobiel is.

Tot slot betekent het geografisch en ruimtelijk bereikbaar maken van zorg en ondersteuning ook het zorgen voor mobiliteit en betaalbare vervoersmogelijkheden voor de persoon met zorgbehoefte.

⁵⁹ Bv. we weten dat de kwaliteit van complexe behandelingen over het algemeen beter is in ziekenhuizen waar er meer van die behandelingen worden uitgevoerd (STORDEUR, S., e.a. (2014). *Organisatie van de zorg voor volwassenen met een zeldzame of complexe kanker*. Brussel: KCE).

Betaalbaarheid voor de persoon met zorgbehoefte

Met deze component doelen we op de financiële toegankelijkheid van zorg en ondersteuning voor de persoon met zorgbehoefte. Om zorg en ondersteuning voor hem betaalbaar te maken/houden, mag de kostprijs geen hinderpaal vormen voor een kwaliteitsvolle behandeling of begeleiding, moet er prioriteit zijn voor zorg en ondersteuning afgestemd op zijn zorgbehoeften en moet er voldoende aandacht zijn voor de meest kwetsbaren.

Betaalbaarheid impliceert dat mensen omwille van de kosten van zorg en ondersteuning niet in bestaansonzekerheid terechtkomen én dat mensen in bestaansonzekerheid omwille van hun financiële situatie niet de toegang tot kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning worden ontzegd. Willen we zorg en ondersteuning met twee snelheden vermijden, dan is het noodzakelijk om de betaalbaarheid voor elke burger te bewaken.

Om zorg en ondersteuning financieel toegankelijk te maken, zijn de kostprijs en de correctiemechanismen op deze prijs belangrijk:

- Er is een debat nodig over de begrenzing van de kostprijs van zorg en ondersteuning en de eigen bijdragen en remgelden die burgers betalen. We pleiten daarbij alvast voor meer uniformiteit op basis van de zorgbehoefte in de bijdrageregelingen, iets waarbij Matteüseffecten worden vermeden. Andere belangrijke thema's in dit debat zijn de keuzes in verband met de al-dan-niet inkomensafhankelijkheid van premies en uitkeringen, een scheiding van woon- en zorgkost in de langetermijnzorg en ondersteuning, het al-dan-niet verantwoord zijn van supplementen in de zorg, maximumfactuur, verplicht aanvullende verzekering,...
- Er moet worden nagegaan in welke mate de huidige correctiemechanismen efficiënt en effectief zijn en waar andere instrumenten ingezet kunnen/moeten worden. We wensen in elk geval een maximale automatische rechtentoekenning en een proactieve aanpak om rechthebbenden op te sporen en toe te leiden.

Voor de gebruikers geldt dat zij goed geïnformeerd moeten worden over de kostprijs van zorg en ondersteuning en over de gevolgen van sommige financiële keuzes voor hun rechten in zorg en ondersteuning⁶⁰.

Toegang tot informatie

Verspreiding van informatie over het zorg- en ondersteuningsaanbod via een actieve benadering is van essentieel belang in de zorg en ondersteuning. Op deze manier moet de informatie tot bij de burger komen en het aanbod zichtbaar, bekend en begrijpbaar maken, zodat burgers weten waar zij terecht kunnen voor (een bepaalde vorm van) zorg en ondersteuning. Hier kan proactief informeren ertoe bijdragen dat zorg en ondersteuning die de persoon met zorgbehoefte niet kent, voor hem toch toegankelijk wordt gemaakt. Zo wordt onderbescherming tegengegaan.

Transparantie over het aanbod omvat daarnaast ook informatie over de rechten en plichten en de afgeleide rechten van een persoon met zorgbehoefte.

⁶⁰ Bv. het feit dat schenkingen en verkoop van een woning, bijvoorbeeld in functie van een verhuis naar een woonzorgcentrum, ervoor kunnen zorgen dat je je recht op de THAB verliest.

Informatie over het totale aanbod, de prijs en de kwaliteit van zorg en ondersteuning is noodzakelijk om de keuzemogelijkheid en keuzevrijheid van de persoon met zorgbehoefte te garanderen. Informatie moet betrouwbaar, begrijpbaar en volledig zijn om goed afgewogen keuzes te kunnen maken.

De toegang tot informatie moet zo worden georganiseerd dat iedereen gelijkwaardige toegang tot deze informatie heeft ongeacht zorgbehoefte, zelfredzaamheid en gezondheidsvaardigheden. Ook moeilijk bereikbare mensen moeten worden bereikt. Bijzondere aandacht is nodig voor de situatie van anderstaligen en laaggeletterden⁶¹.

Betrouwbare informatie over de visie en de werking van actoren in zorg en ondersteuning kan ook een invloed hebben op de bereidheid van personen met zorgbehoefte om zorg en ondersteuning in te schakelen (cfr. component aanvaardbaarheid). Actief werken aan de beeldvorming is daarom ook een belangrijk aspect van toegankelijkheid.

Tot slot is ook het werken aan de digitale toegankelijkheid en het informeren over nieuwe technieken en technologieën een blijvende opdracht in de zorg- en welzijnssector. Allerhande e-health toepassingen, het snel delen van gegevens via het interprofessioneel elektronisch dossier, de online hulpverlening, ... bieden vele kansen maar mogen niet drempelverhogend werken voor mensen met minder digitale vaardigheden. Zij moeten kunnen rekenen op voldoende informatie, begeleiding en opleiding om hiermee aan de slag te gaan. Indien drempels te hoog blijven, moeten passende alternatieven worden voorzien.

Aanvaardbaarheid

Drempels in de toegankelijkheid kunnen zich ook situeren op het niveau van de persoon met zorgbehoefte of op het niveau van zijn relatie met de professional in zorg en ondersteuning. Het identificeren van deze drempels betekent echter niet dat de schuld van een behandelkloof bij de persoon met zorgbehoefte wordt gelegd.

Op niveau van de persoon met zorgbehoefte is er pas sprake van aanvaardbare zorg wanneer de persoon en zijn naaste omgeving de zorg en ondersteuning kan toelaten zodat kan worden gewerkt aan ontwikkeling, genezing en/of herstel.

Er zijn verschillende redenen waarom personen met zorgbehoefte de (eerste) stap naar zorg en ondersteuning niet (kunnen) zetten. Belangrijke drempels zijn taboes en vooroordelen omtrent bepaalde problematieken of voorzieningen/organisaties/professionals, gevoelens van schaamte, minderwaardigheid en wantrouwen, beperkte gezondheidsvaardigheden, verschillen in het omgaan met ziekte, gezondheid en welzijn en problemen met de taal of met het woordgebruik van de professional⁶².

⁶¹ Meer concretisering is o.a. te vinden in de reflectienota van de raad over de impact van nieuwkomers op de zorg en ondersteuning in het beleidsdomein WVG (5 februari 2016). Daarin beschreven we welke (universele) maatregelen en randvoorwaarden nodig zijn om te zorgen voor een toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning voor nieuwkomers.

⁶² SANNEN, L. (2013). *Drempels naar welzijnsvoorzieningen: de cliënt aan het woord. Literatuurstudie en diepte-interviews bij kansarmen en etnisch-culturele minderheden*, Leuven: Katholieke Universiteit Leuven. Hoger instituut voor de arbeid, pp.25-28.

De afstand tussen de persoon met zorgbehoefte en de professional is soms groot, en kan ook voelbaar zijn binnen een zorg- en ondersteuningsrelatie. Op het niveau van de relatie tussen beiden kan dit te maken hebben met hun verschillende sociale positie die kan leiden tot een gebrek aan inlevingsvermogen, te hoge verwachtingen, verschillende beeldvorming, misverstanden en vooroordelen langs weerskanten⁶³. Een relatie gekenmerkt door toewijding, vertrouwen, betrokkenheid, empathie, aanvaarding en oprechtheid vergroot de toegankelijkheid en de werkingskracht van de zorg en ondersteuning⁶⁴.

We vinden het ontzettend belangrijk dat elke persoon met zorgbehoefte aansluiting vindt bij de zorg en ondersteuning in Vlaanderen. Om sneller op de juiste plek in de zorg en ondersteuning terecht te komen en op een meer gelijkwaardige manier in dialoog te kunnen gaan met hulp- en zorgverstrekkers, volstaat het niet dat diensten, voorzieningen en professionals op papier openstaan voor elke persoon met zorgbehoefte. Echt behoeftegericht werken houdt volgens de raad in dat noodzakelijke en specifieke initiatieven worden genomen om voor alle doelgroepen de drempels weg te nemen. Naast 'aansporingen' zullen aanbieders van zorg en ondersteuning en zorgopleidingen moeten aantonen dat ze werk maken van diversiteit in zorg en ondersteuning en zo de toegankelijkheid ervan vergroten.

⁶³ Idem, pp.29-34.

⁶⁴ BLOM, B., *The social worker-client relationship-a Sartrean approach*, in: European Journal of Social Work, 2002, 5(3), 277-285.