

# **De patiënt/burger centraal**

*Tussentijds rapport*

## Inhoudstafel

1.	Situering .....	3
2.	Samenvatting.....	4
3.	Methodologie .....	5
4.	Inleidend kader.....	6
5.	Hoe krijgen we de persoon met een zorgbehoefte/burger aan het stuur van de zorg?.....	7
5.1.	De empowerde, geïnformeerde persoon met een zorgbehoefte/burger .....	8
5.1.1.	De empowerde persoon met een zorgbehoefte/burger .....	8
5.1.2.	De geïnformeerde persoon met een zorgbehoefte/burger.....	9
5.2.	Een andere organisatie van de eerstelijnszorgverlening.....	10
5.2.1.	Netwerk van eerstelijnsvoorzieningen .....	10
5.2.2.	Lokaal informatiepunt voor personen met een zorgbehoefte, burgers en zorgverleners .....	11
5.2.3.	Cultuuromslag.....	12
5.3.	Andere financiering .....	13
6.	Hoe kunnen we de persoon met een zorgbehoefte/burger structureel betrekken in het beleidsproces? .	14
6.1.	Waarbij moet de persoon met een zorgbehoefte/burger betrokken worden? .....	14
6.2.	Waar moet de persoon met een zorgbehoefte/burger betrokken worden? .....	15
6.3.	Wanneer moet de persoon met een zorgbehoefte/burger betrokken worden?.....	15
6.4.	Hoe moet de persoon met een zorgbehoefte/burger betrokken worden? .....	15
6.5.	De sporten van de participatieladder .....	16
6.6.	Prioriteit voor het lokale beleid en de lokale eerstelijnsnetwerken .....	16
6.7.	Wie vertegenwoordigt de persoon met een zorgbehoefte/burger?.....	17
6.8.	Hoe organisaties erkennen en ondersteunen? .....	18
6.9.	Andere methodes om personen met een zorgbehoefte/burgers te betrekken .....	18
7.	Specifieke aanbevelingen rond 'Buurtgerichte – en informele zorg'. .....	20
8.	Specifieke aanbevelingen rond 'Klachtenbemiddeling en –behandeling'.....	25
9.	Specifieke aanbevelingen rond 'Toegang tot de eerstelijnszorg'.....	30
10.	Specifieke aanbevelingen rond 'Eenvormige en transparante toeleiding naar zorg'. .....	33

## 1. Situering

Een hervorming van de structuren in de eerstelijnsgezondheidszorg wordt beschreven in zowel het Vlaams Regeerakkoord als in de beleidsnota van minister Vandeurzen 2014-2019 als in talloze rapporten.<sup>1</sup> Om deze hervorming gedragen aan te pakken, werd een participatief traject met de sector opgezet, waarbij ter voorbereiding van de eerstelijnsconferentie op donderdag 16 februari 2017 zes werkgroepen worden georganiseerd over volgende **thema's**, namelijk:

1. Taakstelling en structuurintegratie
2. Geografische afbakening van de zorgregio's
3. Modellen voor integrale zorg
4. De patiënt/burger centraal
5. Gegevensdeling en kwaliteit van zorg
6. Innovatie en ondernemerschap in de zorg

Om de patiënt/burger centraal te stellen werd een specifieke werkgroep opgericht. Deze had als doel een visie en draaiboek uit te werken om de patiënt/burger een hoofdrol te geven in de integrale zorg. Hiertoe werd gevraagd volgende **opdrachten** te vervullen:

1. Het bepalen van de rol van de burger en patiënt in het beleidsontwikkelingsproces.
2. Het vaststellen van de werkwijze om de burger en patiënt structureel te betrekken bij het beleidsontwikkelingsproces.
3. Het formuleren van **voorstellen** rond:
  - a. Een model of modellen van buurtgerichte zorg en de wijze waarop de noodzakelijke actoren hierbij betrokken kunnen worden.
  - b. Klachtenbemiddeling en -behandeling op een niveau dat het praktijkuitvoerende overstijgt.
  - c. De uitbouw en versterking van de informele zorg en welke voorwaarden hiervoor moeten vervuld worden.
  - d. Toegang tot de eerstelijnszorg.
  - e. Eenvormige en transparante toeleiding naar zorg.

In wat volgt wordt allereerst de gehanteerde methode gekaderd. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de visie, de inzichten en de voorstellen die in de werkgroep tot stand kwamen.

---

<sup>1</sup> Waaronder het rapport van de Vlaamse professoren huisartsgeneeskunde "Together we change".

## 2. Samenvatting

Voortaan moet iedereen ervan uitgaan dat **gezondheids- en welzijnszorg hoe dan ook beter is als de persoon met een zorgbehoefte/burger zelf aan het stuur zit en mee beslist**. Dat is zo op individueel niveau (bv. therapietrouw) maar eveneens op collectief vlak (bv. beleidsbeslissingen).

Deze visie realiseren vraagt een **cultuuromslag** bij alle gezondheids- en welzijnswerkers en het beleid. Die omslag moet ook verankerd worden. Dat vergt een actualisering van de patiëntenrechten en de uitwerking van een welzijnsequivalent. De visie vraagt ook dat men overstapt van probleemgerichte – naar **doelgerichte zorg**. Die moet focussen op de doelen die in shared decision making bepaald zijn met de persoon met een zorgbehoefte/burger, in functie van de kwaliteit van leven die hij/zij ambieert. Tot slot vergt deze visie ook **andere financieringsmodellen**.

Om mogelijk te maken dat niet slechts enkele maar echt alle personen met een zorgbehoefte/burgers hun zorg kunnen sturen, moeten zorgverlening en informatie volkomen **toegankelijk** zijn. Iedereen, ongeacht zijn zorgbehoefte, zijn graad van empowerment, zijn geletterdheid, zijn inkomen, zijn afkomst en herkomst, heeft recht op de beste zorg en dus moet die zorgverlening en de taal die ze hanteert, aangepast zijn aan iedereen. Een reeks aanbevelingen focust dan ook specifiek op **de toeleiding en de toegankelijkheid** van de zorg.

Daarnaast zijn er ook aanpassingen noodzakelijk in het **zorglandschap**. Zo kan de persoon met een zorgbehoefte/burger maar sturen als hij kan terugvallen op een sterke eerstelijns die hem centraal stelt en die begeleidt doorheen de andere zorglijnen. Dat vergt een duidelijk organisatiemodel, met twee ankerpunten. Allereerst zijn er **grote eerstelijnspraktijken of –netwerken** die inzake gezondheid en welzijn een brede verantwoordelijkheid opnemen die loopt ‘van wieg tot graf’ en dus preventie, curatie en palliatie omvat alsook de begeleiding van de persoon met een zorgbehoefte/burger in de andere lijnen. Iedere persoon met een zorgbehoefte/burger en zorgverstrekker **is bij een netwerk aangesloten**. Anderzijds moet de persoon met een zorgbehoefte/burger een beroep kunnen doen op **lokale informatiepunten** die ook een rol spelen in de uit te bouwen getrapte klachtenbehandeling en in de aansturing van de buurtgerichte zorg die tot stand moet komen.

Het betrekken van personen met een zorgbehoefte/burgers wordt gezien als een taak bij uitstek voor de **gemeenten en eerstelijnsnetwerken**. De methode die wordt gebruikt om personen met een zorgbehoefte/burgers te betrekken is vrij, als er maar wetenschappelijke opvolging is om zo geleidelijk de meest efficiënte vormen te ontdekken. Verder zou er naast het Vlaams Patiëntenplatform ook een platform dienen te groeien van gebruikers van de welzijnsdiensten of zouden beiden tot één platform kunnen vergroeien. Wat erkenning en subsidiëring van organisaties van personen met een zorgbehoefte/burgers betreft, moet de Vlaamse overheid beginnen met regelingen en budgetten voor de eerste lijn.

### 3. Methodologie

De werkgroep 'De patiënt/burger centraal' hield zes werksessies tussen 13 november 2015 en 26 februari 2016. Voorafgaand aan de eerste sessie werd een bevraging verstuurd naar alle deelnemers. Daarin werd gepolst naar enerzijds de verwachtingen over het onderwerp en anderzijds de aandachtspunten voor de goede werking van de werkgroep.

Op basis hiervan werd een aanpak uitgewerkt die na elke sessie kritisch werd herbekeken op basis van de feedback van de deelnemers.

Tijdens de eerste sessie werd vooral aandacht besteed aan opdrachten 1 en 2. Er werd gewerkt met een wereldcafé<sup>2</sup>, waarbij gebrainstormd werd over twee centrale vragen:

- Hoe krijgen we de patiënt/burger aan het stuur op het niveau van zijn/haar individuele zorgvraag?
- Welke rol geven we de patiënt/burger in het beleidsontwikkelingsproces en hoe kunnen we hem/haar structureel betrekken bij het beleidsproces?

Op het einde werd aan elke deelnemer gevraagd om de drie kernideeën voor elk van de centrale vragen te noteren op een post-it. Deze werden verzameld in een verslag en bezorgd aan de deelnemers. Via een online enquête werd nadien gevraagd om feedback en aanvullingen mee te geven.

In de sessies twee tot en met vier werd hoofdzakelijk gewerkt rond opdracht 3. Ter ondersteuning hiervan werd een interview afgenomen van personen met een zorgnood rond elk van de vijf te behandelen thema's. Dit werd, samen met andere relevante achtergronddocumenten, als startmateriaal gegeven aan de deelnemers. In groepjes werden nadien tijdens de sessies concrete aanbevelingen uitgewerkt.

Tot slot werden sessies vijf en zes gebruikt om de teksten finaal af te stemmen met de deelnemers van de werkgroep en de feedback van de achterban te verwerken.

Ter informatie geven we nog mee dat de tekst die hier nu voorligt, nog zal worden voorgelegd aan een aantal academici en ook nog zal besproken worden met het werkveld aan de hand van zes provinciale toetsingsrondes. Op basis van deze feedback zal de werkgroep in de maanden oktober en november opnieuw samenkomen om naar een finale versie te evolueren.

---

<sup>2</sup> De methode van het wereldcafé behoort tot de verzameling van de zogenaamde 'Large Group Interventions'. Hierbij gaan de deelnemers in groepjes van vier op zoek naar mogelijke antwoorden op de centrale vraag. Er wordt gewerkt met meerdere gespreksrondes, waarbij de samenstelling van de groepjes steeds wisselt.

#### 4. Inleidend kader

In de opdracht die werd meegegeven aan deze werkgroep spreekt men over de patiënt/burger. Er was in de werkgroep een voorkeur om in deze tekst naast de term ‘burger’ vooral te spreken over ‘personen met een zorgbehoefte’, naar analogie met de in december 2015 verschenen visienota ‘Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst’ van de Strategische Adviesraad voor Welzijn, Gezondheid en Gezin.<sup>3</sup>

Deze termen zijn belangrijk omwille van de mensvisie die erachter schuilgaat.

‘Persoon met een zorgbehoefte’ wordt naar voorgeschoven als overkoepelende term, omdat hij bruikbaar is in elk van de verschillende contexten en sectoren, en vertrekt vanuit gebruikers- of behoeftenperspectief. Daarnaast stimuleert deze term een holistische benadering, waarbij de persoon niet gereduceerd wordt tot enkel de ziekte, de beperking of het probleem.

In de praktijk bleek de consensus over die terminologie uiteindelijk toch niet zo groot te zijn mede omdat ‘persoon met een zorgbehoefte’ niet zo goed bekt. Zorgvrager, patiënt/cliënt en gebruiker zijn alternatieven die in de besprekingen van de werkgroep voortdurend naar voren kwamen. Ze zijn korter en beknopter dan ‘persoon met een zorgbehoefte’. Anderen dan deze werkgroep zullen die terminologieknoop moeten doorhakken. Tot zolang spreken we in de tekst over ‘persoon met een zorgbehoefte/burger’.

Tot slot merken we nog op dat we het in deze tekst uitsluitend hebben over de volwassen persoon met een zorgbehoefte/burger. Voor de eenvoud hebben we de positie van het kind hier buiten beschouwing gelaten.

In wat volgt worden de antwoorden geformuleerd op de verschillende opdrachten die werden meegegeven. Allereerst komen twee visieteksten aan bod als antwoord op de opdrachten 1 en 2 (respectievelijk hoofdstuk 5 en 6). Nadien worden de verschillende aanbevelingen geformuleerd voor elk van de vijf thema’s (hoofdstuk 7 tot en met 10).

---

<sup>3</sup> <http://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/visienota-nieuw-professionalisme-in-zorg-en-ondersteuning-als-opgave-voor-de-toekomst->

## 5. Hoe krijgen we de persoon met een zorgbehoefte/burger aan het stuur van de zorg?

We vertrekken vanuit de overtuiging dat de zorgverlening inzake gezondheid en welzijn altijd béter is als de persoon met een zorgbehoefte/burger zelf aan het stuur zit, zelf zijn keuzes kan maken en zelf beslissingen kan nemen, in dialoog met en ondersteund door de gezondheids- en welzijnswerkers en de mantelzorgers. Heel de zorg- en welzijnssector moet zo snel mogelijk doordrongen zijn van die gedachte.

Er zijn al stappen gezet om de persoon met een zorgbehoefte/burger aan het stuur van zijn zorg te krijgen. De wet op de patiëntenrechten was een mijlpaal, maar legt dit enkel op aan de gezondheidszorg. Er moet overwogen worden het kader van de patiëntenrechten uit te breiden tot de welzijnszorg of voor die welzijnszorg een specifieke regelgevende tekst uit te werken.

De wet mag er dan al zijn van 2002, de paradigmashift in de gezondheids- en welzijnssector – het omdraaien van de knop in de hoofden en de harten van de zorgverleners en welzijnswerkers – is echter nog niet voltooid. Daartoe is nog veel nodig.

In de eerste plaats dat we de probleem- en ziektegerichte zorg achter ons laten en overstappen naar de doelgerichte zorg: de zorg beoogt het realiseren van de doelstellingen van de persoon met een zorgbehoefte/burger over de kwantiteit en kwaliteit van en het welzijn in zijn leven. Het vertrekpunt van de geïntegreerde zorgverlening wordt gevormd door die doelen die de persoon met een zorgbehoefte/burger in dialoog met de zorgverlener heeft vastgelegd.

Ten tweede moet de zorgverlening en informatieverstrekking volkomen toegankelijk zijn, in alle betekenissen van dat woord. Iedereen, ongeacht zijn zorgbehoefte, zijn graad van empowerment, zijn geletterdheid, zijn inkomen, zijn afkomst en herkomst, zijn sociaal-economische status, heeft recht op de beste zorgverlening en dus moet die zorgverlening, ook in de taal die ze hanteert, aangepast zijn aan iedereen. Ook de moeilijkst bereikbare mensen moeten bereikt worden.

Voor die toegankelijkheid verwijzen we naar het model van de 5B's<sup>4</sup>: beschikbaarheid, begrijpbaarheid, bereikbaarheid, bruikbaarheid en betaalbaarheid. Later werden aan dit model nog 2B's toegevoegd: bekendheid en betrouwbaarheid.

De werkgroep kiest ook voor het proportioneel universalisme<sup>5</sup>. Hierbij wordt vertrokken vanuit een universele benadering waarbij verhoudingsgewijs sterker wordt ingezet op die groepen die iets meer of iets anders nodig hebben.

---

<sup>4</sup> Bouverne-De Bie, M. (2005). Het OCMW en het recht op maatschappelijke dienstverlening. In: Vranken, J., De Boyser, K. & Dierckx, D. (Eds.) (pp. 203-216), Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2005. Leuven: Acco.

<sup>5</sup> Deze term werd door Michael Marmot voor het eerst gebruikt. "Focusing solely on the most disadvantaged will not reduce health inequalities sufficiently. To reduce the steepness of the social gradient in health, actions must be universal, but with a scale and intensity that is proportionate to the level of disadvantage. We call this proportionate universalism." Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Executive Summary. February 2010.

De persoon met een zorgbehoefte/burger zelf het stuur in handen laten nemen, impliceert op individueel niveau dat deze zich gedraagt als een empowerde, geïnformeerde persoon. Om hierin te kunnen slagen, dient de welzijns- en gezondheidszorg sterk in te zetten op gezondheidspromotie<sup>6</sup> en zich te gedragen als een begeleidende partner die zich op de juiste manier structureert.

## **5.1. De empowerde, geïnformeerde persoon met een zorgbehoefte/burger**

### **5.1.1. De empowerde persoon met een zorgbehoefte/burger**

Empowerment is een belangrijke voorwaarde om het zelf aansturen van de zorg te realiseren. Iedereen die bij de zorg in brede zin betrokken is draagt de verantwoordelijkheid om een context te creëren waarbinnen de persoon met een zorgbehoefte/burger, indien hij dat wenst, zelf de leiding neemt over het zorgproces, vertrekkend vanuit onderhandelde zorgdoelen.

In navolging van de patiëntenorganisaties moet iedereen inzetten op de veerkracht van de persoon met een zorgbehoefte/burger, maar ook op die van zijn omgeving: mantelzorg, lotgenotenorganisaties, buurtnetwerken,... Dit inzetten op empowerment mag ook niet alleen gebeuren vanaf het moment dat crisissituaties opduiken. Men moet ook preventief werken: ondersteuning geven aan wie zelf zijn zorg nog kan beredderen, om hem/haar in staat te stellen dit zo lang mogelijk vol te houden.

Een belangrijke kanttekening is dat empowerment geen statisch persoonlijkheidskenmerk is, maar een dynamisch en sociaal gegeven: het verandert, en dat hangt zowel af van de persoon met een zorgbehoefte/burger als van de zorgomgeving.

Er zijn grenzen aan zelfregie, aan het zelfstandig kunnen leven, aan het actief keuzes kunnen maken en aan het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen.

Er zijn ook momenten waarop mensen wat anders aan hun hoofd hebben dan het aansturen van hun zorg; soms willen ze zelfs niet weten. Dat moet aanvaard worden, zonder de persoon in kwestie te culpabiliseren, te marginaliseren of uit te sluiten.

---

<sup>6</sup> Het proces waardoor mensen of groepen van mensen in staat gesteld worden om meer controle te verwerven over de determinanten van hun gezondheid, om zo hun gezondheid te verbeteren, WHO (binnen de vijf domeinen zoals uitgetekend in het Ottawa Charter <http://www.crrps.org/download/OttawaCharter.pdf>).



### 5.1.2. De geïnformeerde persoon met een zorgbehoefte/burger

Om de persoon met een zorgbehoefte/burger toe te laten om sterker te worden in het beoordelen, omgaan met en aanpakken van de zorgsituatie, is er nood aan informatie, vele vormen van informatie.

Allereerst informatie over de eigen gezondheidstoestand. Een elektronisch patiëntendossier met lees- en schrijfrechten voor de persoon met een zorgbehoefte/burger en beveiligd voor zowel gezondheids- als welzijnswerkers moet het vertrekpunt zijn van elke zorgverstrekking. Om dit te ondersteunen is er nood aan duidelijke spelregels over wie toegang heeft tot dit dossier, welke info hierin opgenomen en gedeeld wordt, wanneer dit gebeurt, waarom dit gebeurt,...

Daarnaast moet de persoon met een zorgbehoefte/burger uiteraard ook kunnen beschikken over algemene informatie over gezondheid en ongezondheid en welzijn en onwelzijn. De centrale overheid moet die algemene informatie niet noodzakelijk zelf verstrekken, maar ze moet er wel over waken dat er kwaliteitsvolle gezondheidsinformatie beschikbaar is. Cebam, het Centrum voor Evidence Based Medicine, kan hierin een rol spelen.

Het gaat hierbij niet alleen over algemene gezondheidsinformatie, maar ook over op handelen gerichte elektronische toepassingen, app's. Overheden moeten ervoor zorgen dat personen met een zorgbehoefte/burgers kunnen achterhalen wat waardevol is en wat niet.

Daarnaast moeten de overheden zorgen dat er heldere informatie over dienstverlening, tegemoetkomingen en rechten beschikbaar is. Dit vergt een samenspel van de centrale en lokale overheden en andere stakeholders zoals de ziekenfondsen.

De beschikbaarheid van zulke algemene informatie is echter niet voldoende. Die informatie moet ook actief en aangepast aangeboden worden. Dat vergt gezondheids- en welzijnsopvoeding, -voorlichting en -preventie.

De informatie moet ook zó aangereikt worden, dat ze bij de diverse groepen tot gedragsverandering kan leiden. Informatie beschikbaar stellen over de schadelijke effecten van roken of van slechte eetgewoonten, is niet voldoende.

Er moet ook ingezet worden op de capaciteit van personen met een zorgbehoefte/burgers om gezondheids- en welzijnsinformatie op te pikken en te verwerken. Health literacy – gezondheidsgeletterdheid – is daarvoor onontbeerlijk als beleidsdoel, zeker voor het onderwijs maar ook voor andere beleidstakken.

## 5.2. Een andere organisatie van de eerstelijnszorgverlening

Om dit alles in praktijk om te zetten, hebben we nood aan een structuur die dit concretiseert, een wijze van organiseren die het mogelijk maakt dit ook effectief te realiseren. Hierbij vertrekken we van ‘health in all policies’, de gedachte dat welbevinden en gezondheid creëren een maatschappelijke verantwoordelijkheid is, waarbij het engagement van alle maatschappelijke actoren essentieel is om een succesvol gezondheidsbeleid te kunnen realiseren. Daarnaast gaan we uit van vier niveaus van zorg, namelijk:

- het ‘nanoniveau’, dat is de interactie tussen de persoon met een zorgbehoefte/burger en de individuele hulpverlener;
- het ‘microniveau’, dat is de gemeente, of in steden het district of de wijk waar de eerstelijnsvoorzieningen actief zijn;
- het ‘mesoniveau’, het bovengemeentelijke niveau, de zorgregio’s of de eerstelijnszones;
- het ‘macroniveau’, het niveau waar de federale overheid en de deelstaatoverheden (in Brussel: ook VGC en GGC) het beleid uitstippelen.<sup>7</sup>

### 5.2.1. Netwerk van eerstelijnsvoorzieningen

Dé voorwaarde om de persoon met een zorgbehoefte/burger aan het stuur te krijgen, is een sterke en zelfbewuste eerstelijnszorg<sup>8</sup> die gericht is op de persoon met een zorgbehoefte/burger en zijn stuurkracht en die vertrekt van zijn zorgdoelen.

Om dit te kunnen realiseren is een visie nodig waarover een ruime overeenstemming bestaat bij de verschillende betrokken partijen.

Het vertrekpunt moeten flexibele eerstelijnspraktijken of netwerken van intens samenwerkende eerstelijnszorgverleners en –voorzieningen zijn. Ze verzorgen ook de communicatie met de andere zorglijnen en begeleiden de persoon met een zorgbehoefte/burger in zijn tocht doorheen de andere ‘lijnen’. Deze netwerken moeten gezondheid én welzijn behartigen, en dit van de wieg tot het graf: van preventie, over curatie tot palliatie.

De zorgverstrekkers moeten zich organiseren in zulke verbanden: elke zorgverlener moet dus bij (minstens) één zo’n netwerk aangesloten zijn dat de kwaliteit garandeert.

---

<sup>7</sup> Annemans, L. (2014). *De prijs van uw gezondheid*. Tielt: Lannoo.

<sup>7</sup> De Maeseneer, J. (2014). *Together we change*.

<sup>8</sup> Rechtstreeks toegankelijke, ambulante, generalistische zorg voor niet-gespecificeerde gezondheids- of welzijns(gerelateerde) problemen, zowel van fysieke, psychologische en sociale aard. *Reorganisatie van de eerstelijnszorg: Situering en veranderingstraject in Vlaanderen 2015 – 2019, SAR WGG*.

Om zorgverlening aan de persoon met een zorgbehoefte/burger te kunnen garanderen, moet ook elke persoon met een zorgbehoefte/burger aangesloten zijn bij een eerstelijnsnetwerk dat hij vrij kan kiezen. Het veranderen van netwerk moet echter vlot mogelijk zijn en de netwerken moeten voldoende groot zijn. De keuzevrijheid van de patiënt moet gewaarborgd blijven.

De meerwaarde van die verplichte toetreding voor de persoon met een zorgbehoefte/burger zit in vier zaken.

Ten eerste is, vanaf het moment van de inschrijving, het netwerk ‘verantwoordelijk’ voor de persoon met een zorgbehoefte/burger. Het netwerk moet zorg verlenen voor acute en chronische problemen, wegwijs maken en informatie en advies verstrekken, het elektronische patiëntendossier beheren, actief uitnodigen voor preventieve maatregelen, en hem loodsen doorheen de tweede- en derde lijn.

Ten tweede maakt de constructie van het netwerk, en het feit dat een medisch- en welzijnsdossier de spil ervan is, het ook mogelijk dat het netwerk actiever kan optreden. Het netwerk hoeft niet te wachten tot de betrokkene zelf de nood heeft ondervonden maar moet behoeften detecteren en signaleren en moet meteen aan de betrokkene schetsen welke zorg kan geboden worden. Dat betekent dat een netwerk ook actief de problematische zorgmijders kan opsporen en anders kan coachen.

Derde winstpunt voor de persoon met een zorgbehoefte/burger is dat zo’n netwerken eindelijk ook toelaten de gehele persoon centraal te stellen. De holistische aanpak is mogelijk, de persoon met een zorgbehoefte/burger is meer dan de aandoening of het probleem waarvoor hij zorg vraagt (uitgedrukte zorgnood) en meer dan de zorg die hij zou kunnen vragen (waargenomen zorgnood).

Tot slot is er nog een vierde winstpunt, namelijk de kwaliteit van de zorgverlening in het eerstelijnsnetwerk, die op permanente basis gemonitord dient te worden. Dankzij een transparante weergave van deze resultaten is het voor de persoon met een zorgbehoefte/burger eenvoudig om de dienstverlening tussen netwerken te vergelijken en een weloverwogen keuze binnen het aanbod te maken.

#### 5.2.2. Lokaal informatiepunt voor personen met een zorgbehoefte, burgers en zorgverleners

De persoon met een zorgbehoefte/burger, de zorgverlener en de welzijnswerker moeten kunnen steunen op een structuur – naast en los van de eerstelijnsnetwerken – die hen alle informatie kan geven over de eerste-, tweede- en derdelijnszorg: één gemeentelijk informatiepunt – met één algemeen telefoonnummer, één overzichtelijke website,... – dat fungeert als voordeur voor het hele gamma van diensten. Een Sociaal Huis, of iets dat naar dat model wordt opgebouwd.

Dit informatiepunt moet heel de gezondheids- en welzijnssector dekken. Het moet informeren over het aanbod en de beschikbaarheid, over rechten en plichten, en moet kunnen verwijzen naar inhoudelijke informatie over gezondheid en welzijn. Het is als het ware de lokale GPS van de welzijns- en gezondheidssector. Het moet uiteraard beschikken over een ‘sociale kaart’.

Dit informatiepunt dient niet alle informatie zelf uit te vinden, maar kan een beroep doen op reeds bestaande en nog te ontwikkelen informatie. Verschillende stakeholders – de ziekenfondsen bijvoorbeeld – kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Zij moeten hun leden actief wegwijs maken en kunnen ook doorverwijzen na het detecteren van zorgnoden. Ze moeten zeker inzetten op het ‘recht hebben’ en op de toegankelijkheid.

Daarnaast kunnen ook tal van andere netwerken – buurtnetwerken, patiëntenverenigingen,... – bijdragen tot de beschikbaarheid van begrijpelijke en hoogstaande informatie.

### 5.2.3. Cultuuromslag

Dit alles realiseren vraagt een ommekeer in de houding van de hulp- en zorgverleners. De SAR WGG heeft dit mooi beschreven in zijn visienota “Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst”.<sup>9</sup>

Velen hebben daar al stappen in gezet, soms veel stappen, maar de evolutie is niet voltooid. De persoon met een zorgbehoefte/burger staat nog lang niet centraal.

Allereerst zou de patiëntenrechtenwet moeten geëvalueerd worden. Een equivalent voor de welzijnszorg is nodig.

Zeker is ook dat zorgverleners over heel de lijn moeten inzetten op het tijdig bespreekbaar maken van een zorgplanning, niet enkel bij een naderend levenseinde, maar over heel de loop van het leven. De persoon met een zorgbehoefte/burger moet zijn doelen van de zorg tijdig en in dialoog met de hulpverlener vastleggen. Dat moet een recht zijn.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> <http://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/visienota-nieuw-professionalisme-in-zorg-en-ondersteuning-als-opgave-voor-de-toekomst-1> Zo schrijft de SAR ondermeer: “Professionals moeten zich meer richten op het functioneren, daarbij aandacht hebben voor wat echt belangrijk is voor de persoon met een zorgbehoefte en via informatie en overleg samen met de persoon met een zorgbehoefte tot de meest gepaste oplossing of behandeling komen.” – “De focus op functioneren en participeren leggen, veronderstelt dat de professional zich niet beperkt tot een enge focus op ziekte, beperking of probleem, maar aandacht schenkt aan de impact ervan op het functioneren van de persoon met een zorgbehoefte (en zijn naaste omgeving).” – “Doelgerichte zorg en ondersteuning moet echter niet verkeerd begrepen worden als ‘klant is koning’ of ‘u vraagt, wij draaien’. Het gaat om de interactie tussen de doelstellingen van de persoon met zorgbehoefte en de expertise van de professional.”

<sup>10</sup> Professor Herman Nys beschrijft het zo: ‘Het zorgplan is een belangrijk middel om te verduidelijken welke zorgverlener voor welk onderdeel van de zorg verantwoordelijk is. Het kan ook vastleggen welke aandeel de cliënt zelf of zijn mantelzorger voor zijn rekening neemt. Een zorgplan kan de individuele doelen die de cliënt vooropstelt bij zijn zorg expliciteren opdat de neuzen in dezelfde richting staan en alle betrokken zorgverleners naar dezelfde doelen toewerken.’

Daarnaast dienen zorgverleners en welzijnswerkers duidelijker een niet-vooringenomen luisterhouding te hanteren. Ze mogen niet te snel denken dat ze weten wat de betrokkene nodig heeft. Anderzijds houdt de complexiteit van de noden en van het zorgaanbod in dat ze ook vaak luisteren naar wat niet wordt gezegd maar waarvoor wel stille signalen aanwezig zijn. Ook deze niet geformuleerde noden moeten ze durven naar boven spitten, zonder zorg op te dringen.

Ze dienen ook nog veel meer de persoon met een zorgbehoefte/burger holistisch te leren bekijken.

Om hen te ondersteunen daarin, onder meer in het hanteren en onderhouden van deze coachende en communicatieve rol, zijn wijzigingen in de opleiding nodig, net als specifieke permanente vorming en vaardigheidstrainingen. Het onderwijs heeft hierin een belangrijke rol. De basisingesteldheid en de communicatieve vaardigheden die hiervoor nodig zijn, dienen onderdeel uit te maken van de opleidingsprogramma's van alle zorg- en welzijnsprofessionals.

### **5.3. Andere financiering**

Om al het voorgaande waar te maken, is vanzelfsprekend een geheel andere financieringswijze nodig voor de diensten en de zorgverleners in de gezondheids- en welzijnzorg. Voor een deel is men al begonnen met de aanleg van de sporen daarvoor.

De persoonvolgende financiering die doorgevoerd wordt in de zorg voor personen met een beperking, en straks misschien in de ouderenzorg, geeft aan waar het om gaat. De meer forfaitaire of prospectieve financiering van de eerstelijnsgezondheidszorg die afgelopen decennia stilletjes is opgebouwd, geeft ook de goede richting aan.

De financieringsregelingen van de welzijns- en de gezondheidszorg moeten zo gemaakt worden, dat ze in principe de persoon met een zorgbehoefte/burger op een holistische wijze centraal stellen, dus niet de zorgverleners, niet de ziekte of de aandoening, maar wel de doelen die de persoon met een zorgbehoefte/burger formuleert in dialoog met de gezondheids- en welzijnswerkers en de mantelzorgers.

## **6. Hoe kunnen we de persoon met een zorgbehoefte/burger structureel betrekken in het beleidsproces?**

De persoon met een zorgbehoefte/burger zal niet enkel en alleen aan het stuur moeten zitten op het niveau van zijn individuele zorgvraag, maar ook op vlak van het zorg- en welzijnsbeleid. Wat belangrijker is dan het formuleren van concrete voorstellen daaromtrent, is dat de bevolking, het beleid en de stakeholders eenzelfde uitgangspunt hebben: zorg is gewoonweg beter als men de persoon met een zorgbehoefte/burger betrokken heeft bij de beslissingen.

Dat is zo op het niveau van de individuele zorgverlening, waar een behandeling die stoelt op 'informed consent' betere effecten oplevert. Dat is echter evenzeer zo op het collectieve vlak. Burgers betrekken bij de beslissingen over de zorgverlening, levert betere beslissingen en betere zorg op.

Voor het individueel niveau is dat besef doorgedrongen, ofschoon nog niet algemeen. Voor het collectieve niveau is die doorbraak er nog niet. Die moet er nu komen. Aan de Vlaamse overheid en aan de deelnemers aan de eerstelijnsconferentie wordt gevraagd die opvatting en de bewijsvoering ervoor, samen uit te dragen.

Er beweegt al wel wat. Men betreft al wat vaker vertegenwoordigers van personen met een zorgbehoefte/burgers bij beslissingen of bij de voorbereiding van beslissingen. Andere vormen van luisteren naar de personen met een zorgbehoefte/burgers vinden ook stilaan ingang. Maar de ommekeer in het denken – het besef dat het betrekken van de personen met een zorgbehoefte/burgers in de beslissingen echt betere zorg oplevert – is nog niet algemeen aanvaard en dat moet nu veranderen. Dat besef moet bij voorrang doorbreken in de eerstelijnszorg.

De ervaring leert dat de weg naar participatie geplaveid is met goede voornemers die helaas – bij gebrek aan expertise en criteria en toezicht – dikwijls uitmondten in schijnparticipatie. Het is nodig dat de samenleving, de zorg- en welzijnssector en zijn stakeholders over effectieve vormen van participatie gezamenlijk kennis en ervaring opbouwen, deze bundelen en verspreiden.

### **6.1. Waarbij moet de persoon met een zorgbehoefte/burger betrokken worden?**

Die participatie moet zowel slaan op het beleidsdomein gezondheid als op het welzijnsbeleid, en zowel op de preventie, de curatie, en de palliatie. Ze moet ook alle 'lijnen' omvatten: van de nulde tot de derdelijnszorg.

Voorrang moet echter gegeven worden aan de ontwikkeling van de betrokkenheid van de personen met een zorgbehoefte/burgers in de eerstelijnszorg. Als de persoon met een zorgbehoefte/burger niet over stevige eerstelijnszorg beschikt die hem centraal stelt, ontbreekt de basis om hem over heel de lijn en in alle 'lijnen' aan het stuur te zetten.

## **6.2. Waar moet de persoon met een zorgbehoefte/burger betrokken worden?**

De persoon met een zorgbehoefte/burger moet betrokken worden bij de beslissingen op alle niveaus:

- Op het macro-vlak: in het federale beleid en dat van de deelstaten (Vlaanderen, en Brussel met de VGC en GGC);
- Op meso-vlak: in bovengemeentelijke initiatieven en zorgregio's, en in ziekenhuizen
- Op micro-vlak: in de gemeenten en in de lokale eerstelijnsnetwerken
- Op nano-niveau: in de beslissingen die door de persoon met een zorgbehoefte/burger onderhandeld worden met de zorgverleners en welzijnswerkers

Het is van belang op korte termijn op al deze niveaus een stevige inbreng van de personen met een zorgbehoefte/burgers tot stand te brengen, maar dit is het meest nodig en het meest urgent op het micro-niveau, in de gemeenten en in de lokale eerstelijnsnetwerken. Het is daar dat de basis moet worden gelegd, het is daar dat mensen hun eerste ervaringen opbouwen.

## **6.3. Wanneer moet de persoon met een zorgbehoefte/burger betrokken worden?**

Dit moet gebeuren in alle fasen van de besluitvorming: de probleemformulering, de beleidsvoorbereiding en de ontwikkeling van de alternatieven, de beleidsadvisering, de eigenlijke besluitvorming, en de beleidsevaluatie en -bijsturing.

De fasen probleemformulering, beleidsadvisering en beleidsevaluatie zijn prioritair.

## **6.4. Hoe moet de persoon met een zorgbehoefte/burger betrokken worden?**

De gebruikelijke formule is het betrekken van woordvoerders van verenigingen en organisaties van personen met een zorgbehoefte/burgers. Dat is de eerste weg. Het besef groeit dat er nog een rijk gamma van andere methodes beschikbaar is.

Voor we die andere methodes - de 'tweede weg' - schetsen (6.9), gaan we eerst in op de vertegenwoordigende formules en stippen we aan (6.5) op welke sporten van de participatieladder ze zich kunnen positioneren, (6.6) waar die formules prioritair moeten toegepast worden, (6.7) wie de persoon met een zorgbehoefte/burger kan vertegenwoordigen (6.8) en hoe die organisaties en formules kunnen ondersteund worden.

### **6.5. De sporten van de participatieladder**

De woordvoerders van personen met een zorgbehoefte/burgers hebben een plaats op diverse sporten van de participatieladder<sup>11</sup>:

- Het recht op informatie
- Het recht op consultatie
- Het recht om een advies uit te brengen (eventueel verplicht in te volgen tenzij verantwoord wordt waarom dat niet gebeurt)
- Het recht op co-productie
- Het recht op medebeslissing

Er is niet één formule die geschikt is voor alle situaties. Er moet een keuze gemaakt worden die aangepast is aan de omstandigheden. Die kunnen ook lokaal verschillen. Wat in een stad kan, lukt niet noodzakelijk in een kleine of middelgrote gemeente. Over het algemeen moet in een eerste fase gemikt worden op de eerste drie sporten.

### **6.6. Prioriteit voor het lokale beleid en de lokale eerstelijnsnetwerken**

De Vlaamse overheid en de partners van de eerstelijnsconferentie moeten de eerstelijnsnetwerken die lokaal groeien, zeer sterk aansporen vertegenwoordigers van personen met een zorgbehoefte/burgers bij hun beleid te betrekken. Omdat die netwerken ook nog moeten groeien, kan dit niet anders dan ‘evolutief’ opgevat worden. Er moet gezorgd worden dat alle betrokkenen kunnen leren uit de diverse formules die groeien.

De Vlaamse overheid moet tevens zorgen dat de nieuwe gemeentebesturen die aantreden in 2019, via een lokale raad, de woordvoerders van personen met een zorgbehoefte/burgers adviseren over de lokale welzijns- en gezondheidstoestanden en –beleidsmaatregelen, alsook over de uitbouw van een lokaal informatienetwerk en van buurtzorg. Ook dit dient ‘evolutief’ opgevat te worden, en er moet ook hier gezorgd worden dat alle betrokkenen kunnen leren uit de diverse ervaringen.

Dat prioriteit gegeven wordt aan deze twee vormen van vertegenwoordigende inspraak, betekent niet dat de Vlaamse overheid en de federale overheid die dit moeten bevorderen, niet minstens moreel verplicht zijn zelf ook veel meer dan nu het geval is, de woordvoerders van de personen met een zorgbehoefte/burgers te betrekken in hun beleid. Er wordt van hen verwacht dat ze dit op korte termijn al doen voor hun eerstelijnsbeleid, en dat ze vòòr 2019 een plan uittekenen om zo’n vertegenwoordigende formules over al hun beleidsdomein uit te rollen.

---

<sup>11</sup> Edelenbos, J. & Monnikhof, R. (2001). *Lokale interactieve beleidsvorming. Een vergelijkend onderzoek naar de consequenties van interactieve beleidsvorming voor het functioneren van de lokale democratie*. Utrecht: Lemma. 264 p.



### **6.7. Wie vertegenwoordigt de persoon met een zorgbehoefte/burger?**

Vlaanderen telt meer dan honderd organisaties en verenigingen die mensen groeperen die aan bepaalde aandoeningen lijden. De meeste van deze pathologiegebonden patiëntenorganisaties hebben zich gegroepeerd in een koepel, het Vlaams Patiëntenplatform (VPP). Dat platform wordt gesteund door de Vlaamse en de federale overheid. Er zijn nog kleinere koepels, onder meer van patiëntenorganisaties uit de geestelijke gezondheidszorg (OpGanG) en de reumazorg (Reumanet); sommige daarvan maken deel uit van het VPP (OpGanG), andere niet; sommige daarvan krijgen apart subsidies van de Vlaamse overheid, andere niet. Het ledenaantal, de activiteiten, de kracht en de sociaal-economische samenstelling van al die verenigingen en organisaties, is zeer verschillend.

Vele patiëntenorganisaties concentreren zich op informatie en preventie en het aspect lotgenotencontacten. Dat is erg belangrijk. Zowat de helft van de organisaties kiest er voor om ook aan belangenverdediging te doen. Zij kunnen vertegenwoordigende taken opnemen.

Niet-pathologiegebonden organisaties, en organisaties die de cliënten van de welzijnsvoorzieningen vertegenwoordigen, zijn minder sterk aanwezig. Een koepel van organisaties van welzijnscliënten – naar analogie met het VPP – is er zelfs niet. Naast patiëntenverenigingen zijn er ook verenigingen van familieleden (bv. Similes) en van mantelzorgers. Een aantal organisaties van specifieke doelgroepen – van de mensen die in armoede leven, van de ouderen, van de gezinnen, ... - wil ook graag betrokken worden bij het gezondheids- en welzijnsbeleid. Dat geldt ook voor de consumentenorganisatie Test Aankoop.

En dan – last but not least - zijn er de ziekenfondsen. In België is elke burger verplicht zich aan te sluiten bij een ziekenfonds of bij de Hulpkas. Die organisaties beschikken over enorm veel gegevens, zijn spelers in de Vlaamse Sociale Bescherming (Zorgverzekering), en zijn van oudsher zowat de belangrijkste spelers in de overlegorganen van de federale ziekteverzekering, in de federale onderhandelingen over honoraria en terugbetalingstarieven en over de betaalbaarheid van zorg, en in zowat alle facetten van het federale gezondheidsbeleid. Zij spelen die rollen deels als (solidaire) verzekeraar, deels als vertegenwoordiger van hun leden, de personen met een zorgbehoefte/burgers. Over het gewicht dat de ziekenfondsen moeten hebben in de vertegenwoordiging van de personen met een zorgbehoefte/burgers verschillen de meningen, maar hun belang en hun slagkracht kunnen niet ontkend worden.

Tot slot zullen ook de OCMW's in dit verhaal moeten betrokken worden, gezien zij er zijn voor het welzijn van iedere burger op gemeentelijk niveau.

De Vlaamse overheid moet de dialoog, de samenwerking en de taakverdeling onder al die organisaties aanmoedigen.

De Vlaamse overheid kan niet willekeurig optreden: zij moet kwaliteitsbevorderende erkennings- en subsidiëringsregelingen instellen, zeker voor de groepen die ze vertegenwoordigende taken wil toekennen. Ze doet er goed aan de komende jaren regelingen uit te testen in de eerstelijnszorg. Ze doet er ook goed aan de budgetten die nodig zijn om de groepen te ondersteunen die deze taken opnemen, geleidelijk maar al vanaf nu, op te bouwen.

#### **6.8. Hoe organisaties erkennen en ondersteunen?**

Traditioneel werkt de overheid in die materies met het begrip representativiteit: een groot aandeel van de personen met een zorgbehoefte/burgers als lid hebben. Dat kan hier maar beperkt gebruikt worden. Minstens even relevant is het begrip ‘aantoonbare expertise’ en de mate waarin de organisatie aan beleidswerk deelneemt. Wat dat laatste betreft: de overheid kan ook overwegen ervaringsdeskundige organisaties te subsidiëren voor specifieke adviezen die ze uitbrachten, of om ze in staat te stellen concrete beleidsadviezen uit te werken. Dat en vele andere vormen van het betrekken van woordvoerders van personen met een zorgbehoefte/burgers moeten op een systematische manier uitgetest en wetenschappelijk opgevolgd worden. Van belang is dat de erkende en ondersteunde organisaties zo kwaliteitsvol mogelijk stem geven aan de persoon met een zorgbehoefte/burger.

Op zeer korte termijn moeten er opleidingen en coachingsformules komen voor de woordvoerders van personen met een zorgbehoefte/burgers die een rol opnemen in lokale adviesraden en raden van bestuur en voor al wie met die woordvoerders en hun inbreng moet omgaan.

#### **6.9. Andere methodes om personen met een zorgbehoefte/burgers te betrekken**

Naast vertegenwoordiging via organisaties en verenigingen, zijn er nog veel andere methodes om de betrokkenheid van de persoon met een zorgbehoefte/burger gestalte te geven.

Klankbordgroepen en afdoetsingsgroepen bijvoorbeeld. Een heel professionele versie daarvan is het burgerforum van de Koning Boudewijnstichting dat zich boog over het terugbetalingsbeleid van de ziekteverzekering. Ervaringsdeskundigen die opgeleid zijn om de bekommernissen van hun groep te vertolken, vormen een ander model. Men kan tevredenheidsmetingen opzetten naar het model van de Vlaamse Patiëntenpeiling, opgezet in het kader van het kwaliteitsindicatorsproject van de Vlaamse ziekenhuizen. Er zijn ook heel wat instrumenten voor online bevestigingen. Consumentenorganisaties als Test Aankoop passen hun methoden soms toe op het welzijns- en gezondheidswerk. De ziekenfondsen maken financiële – en kwaliteitsdoorlichtingen aan de hand van behandelgegevens waarover zij beschikken.

Het uitwerken van een professioneel klachtenmanagement en een ombudsfunctie is ook een grote stap in het luisteren naar personen met een zorgbehoefte/burgers. Voor de eerstelijnszorg is het belangrijk dat er een goed en duidelijk klachtenmanagement ingesteld wordt, met het oog op kwaliteitsverbetering.

Alle actoren van alle niveaus en 'lijnen', zowel uit het domein welzijn als uit het domein gezondheid, moeten de komende jaren leren omgaan met al die formules. De eerstelijnszorg moet als eerste daartoe de kans krijgen. De Vlaamse overheid moet een instantie de opdracht geven de kennis over en de ervaringen met al die formules – ook de 'vertegenwoordigende formules' – te verspreiden en nieuwe ervaringen in te zamelen om er om de twee jaar een rapport over voor te leggen aan het Vlaams Parlement.

## **7. Specifieke aanbevelingen rond 'Buurtgerichte – en informele zorg'.**

In wat volgt worden de specifieke aanbevelingen weergegeven die werden geformuleerd met betrekking tot buurtgerichte – en informele zorg. Tijdens de werksessies werd beslist deze twee thema's samen te nemen, wegens de nauwe verbondenheid.

### **7.1. Toekomstvisie**

Buurtgerichte zorg<sup>12</sup> wil de best mogelijke zorg en ondersteuning bieden aan iedereen in de buurt en in het bijzonder aan kwetsbare personen en personen met hulp- en zorgnoden zoals ouderen, personen met een handicap, mensen met psychische problemen,... Daartoe richt het zich tot iedereen in de buurt en bevordert het wederkerigheid. Het is een toekomstconcept dat zich ent op een discours dat steeds meer ingang vindt omdat de buurtschaal de mogelijkheid biedt om informele en formele zorg en diensten op elkaar af te stemmen vertrekkende van de behoeften en verwachtingen van personen met een zorgbehoefte/burgers. De afstemming moet het mogelijk maken om de klemtoon te verschuiven naar preventieve zorg.

De perspectieven van de persoon met een zorgbehoefte/burger, zijn familie en vrienden en de gemeenschap(-pen) waartoe hij of zij behoort, vormen het vertrekpunt. Zij zijn zowel deelnemers als begunstigen. Zorg en ondersteuning worden georganiseerd rond noden en verwachtingen, veeleer dan rond gebreken of ziektes. Personen met een zorgbehoefte/burgers en informele zorgverleners zijn ook co-producenten. Samen met de professionele zorgactoren wordt geïnvesteerd in een continuüm van zorg op vlak van welzijn en gezondheid.

Buurtgerichte zorg is ook een sociaal model dat het welzijn van alle buurtbewoners beoogt en de versterking van de sociale cohesie. Buurtgerichte zorg bundelt daarbij alle krachten op lokaal en bovenlokaal vlak om de best mogelijke hulp en zorg te bieden. Dit kan enkel mits een goede samenwerking tussen alle professionele actoren, samen met de informele zorgverleners: burens, vrijwilligers en mantelzorgers. Deze informele zorgverleners spelen hierbij een cruciale rol.

Buurtgerichte zorg investeert in buurtvoorzieningen, lokale diensten en buurtmobiliteit en maakt deel uit van een recente ontwikkeling om naar 'slimme buurten' te evolueren. De samenwerking tussen sectoren en disciplines, tussen informele en formele actoren is cruciaal om vooruitgang te boeken. Er zijn al goede deelpraktijken waarvan learnings, principes en modellen moeten meegenomen worden zoals de wijkgezondheidscentra, zorgnetwerken, lokale dienstencentra, dementievriendelijke gemeenten, gezonde gemeenten (Vigez), Huizen van het kind, herstelcafés, Tejo-huizen, vrijwillige taxi-diensten, boodschappendiensten, ...

---

<sup>12</sup> De 1<sup>ste</sup> en 3<sup>de</sup> paragraaf zijn gedeeltelijk gebaseerd op de visietekst 'Buurtgerichte zorg. De actief zorgzame buurt als toekomstmodel voor Vlaanderen en Brussel.'

De 'buurtschaal' kan variëren, afhankelijk van buurtkenmerken (sociaal, ruimtelijk...) en andere (nog te specificeren) meer subjectieve factoren. Vele actoren onderzoeken op dit ogenblik de mogelijkheden om bij te dragen aan zorgzame buurten. Daarom is het wenselijk om onderzoek en sociale innovatie aan te moedigen en vele kleine bottom-up initiatieven te waarderen. Voor formele hulp- en zorgactoren zal een omslag nodig zijn in de organisatie. Voor informele zorgactoren zal de één-op-één relatie ingebed worden in een buurtnetwerk, wat andere taken en vaardigheden met zich meebrengt. Personen met een zorgbehoefte/burgers tot slot worden actief betrokken bij de ontwikkeling van de buurtdiensten.

Buurtgerichte zorg en ondersteuning passen in het streven naar duurzame en zorgzame buurten. Hiermee worden zeer diverse buurten bedoeld waar bewoners elkaar helpen, zorgbehoevende personen en mantelzorgers ondersteuning krijgen en waar zorgcontinuïteit geboden wordt.

De samenhang en het samenspel tussen welzijn, wonen, zorg en werk zijn bepalend voor de levenskwaliteit. Personen met een verminderde zelfredzaamheid kunnen hierdoor zo lang mogelijk comfortabel en zelfstandig thuis blijven wonen. In deze visie wordt ook terdege rekening gehouden met het volhoudperspectief van de informele zorgverstrekker en de realiteit dat de zorgcontext ook een verblijf of verhuis naar een aangepaste woonvorm kan vereisen.

## 7.2. Algemene principes

We schuiven een aantal algemene principes over buurtgerichte – en informele zorg naar voor.

- Er is een integrale zorgvisie nodig (cfr. werkgroep integrale zorg) die de informele zorg een plaats geeft naast de professionele zorg.
- Alle vormen van zorg worden bestreken: preventief, curatief, palliatief.
- Bij het ondersteunen van een persoon met een zorgbehoefte/burger streven formele en informele zorgverleners naar een optimale samenwerking, met permanente dialoog over rollen en taken.
- Buurtgerichte zorg wordt bij voorkeur bottom-up ontwikkeld en top-down ondersteund.
- Personen met een zorgbehoefte/burgers zijn direct betrokken in formele en informele buurtzorg en buurtdiensten. Bij de co-creatie van zorg en diensten wordt vertrokken van behoeften en wensen van personen met een zorgbehoefte/burgers in en met hun omgeving.
- Er is wederkerigheid en wisseling van rollen: de zorgvrager kan morgen een zorgverlener zijn en omgekeerd.
- Buurtgerichte zorg dient maatschappelijk verantwoorde zorg te zijn en voldoet aan de vijf principes voor maatschappelijk verantwoorde zorg (SAR WGG): kwaliteit, performantie, relevantie, rechtvaardigheid en toegankelijkheid.
- Andere sectoren zoals ruimtelijke ordening, huisvesting,... zijn onontbeerlijk voor de buurtontwikkeling.
- Bij de ontwikkeling van buurtzorg is een neutrale regierol nodig.
- De lokale overheden spelen een essentiële en faciliterende rol.

### 7.3. Concrete aanbevelingen en acties vanuit de persoon met een zorgbehoefte/burger en zijn omgeving

- Investeren in empowerment van de persoon met een zorgbehoefte/burger en zijn mantelzorgers (psycho-educatie en andere).
- Informele zorg als actor erkennen/herkennen door hen als partner te zien voor de formele zorg en de noden van de informele zorgverlener op te nemen in het individuele zorgplan. Daarnaast streven we naar een betere waardering van vrijwilligers en mantelzorgers en het voorzien van psycho-sociale ondersteuning voor deze laatste groep.

#### **Aanbeveling 1:**

De informele zorgverlener kan toegang krijgen tot een zorgdossier. Deze hoeft daarom niet alles te kunnen inkijken, maar we houden rekening met privacy en efficiëntie: wat is nuttige informatie om op te nemen en wat niet. Belangrijk hierbij is dat de persoon met een zorgbehoefte/burger, indien mogelijk, ook altijd zelf toegang moet geven tot zijn/haar zorgdossier.

- Een informele zorgverlener kan, indien hij of zij dat wenst, doorgroeien tot een formele zorgverlener vanuit zijn ervaringsdeskundigheid.

#### **Aanbeveling 2:**

Erkenning van competenties en vaardigheden die informele zorgverleners hebben ontwikkeld met betrekking tot de toegang tot een zorgberoep.

- Informele zorg wordt opgenomen in vraaggerichte financiering op niveau van de persoon met een zorgbehoefte/burger. De financiering moet flexibel, toegankelijk en responsabiliserend werken.

#### **Aanbeveling 3:**

Personen met een zorgbehoefte/burgers kunnen hun persoonsvolgend budget ook deels inzetten voor het verkrijgen van informele zorg en ondersteuning.

#### **Aanbeveling 4:**

Er is nader onderzoek nodig en verdere aandacht voor de verhouding tussen betaald en niet-betaald werk.

#### **Aanbeveling 5:**

Het verder versterken van een ondersteunend beleid voor mantelzorg en informele zorg dat drempels wegwerkt (sociale wetgeving, tijdskrediet, fiscaliteit rond wonen, fiscaliteit vrijwilligerswerk,...).

#### 7.4. Concrete aanbevelingen en acties vanuit de gemeente of buurt

- Zorgorganisaties en individuele zorgverleners vormen samen netwerken die proactief hulp en zorg aanbieden en financiële rechten verkennen.
- Iedereen, elke burger in de buurt, heeft een signaalfunctie.

##### **Aanbeveling 1:**

Aanreiken aan organisaties van methodieken en tools die de zorg faciliteren, om de context en het netwerk van personen met een zorgbehoefte/burgers te versterken.

##### **Aanbeveling 2:**

Een cartografie op niveau van de buurten opmaken en regelmatig updaten. De noodzakelijke expertise en opleiding hiervoor wordt op een bovenlokaal niveau gebundeld en aangeboden (wat zijn de noden, wat bestaat er, organiseren luisternetwerk van personen met een zorgbehoefte/burgers).

- Er is een lokaal informatiepunt (bv. zorgloket) met een regierol op gemeentelijk niveau en buurtnetwerken worden geactiveerd. Deze regierol houdt ook initiatieven in op vlak van detectie, toeleiding, aanbodontwikkeling en afstemming en samenwerking tussen alle actoren op het terrein. (zie 5.2.2.)
- Er is een laagdrempelig contactpunt/antenne nodig in elke buurt om signalen te capteren (preventief en proactief) en specifieke zorgvragen te behandelen. Zij poolen vrijwilligers op buurtniveau en organiseren overleg op wijkniveau (bv. wijkwelzijnsoverleg in elke wijk in Gent). Daarnaast gaan zij ook de informele/vrijwillige zorg promoten en faciliteren, zowel naar buurtbewoners toe als naar organisaties en professionele zorgverleners.

##### **Aanbeveling 3:**

Er is nood aan laagdrempelige ontmoetingshuizen (bv. lokaal dienstencentrum, buurthuis).

##### **Aanbeveling 4:**

Stimuleren van de uitrol van wijkgezondheidscentra en 1<sup>ste</sup> lijnshuizen. Dit hoeft niet noodzakelijk in één gebouw, maar kan ook een flexibel netwerk zijn van zorgverleners.

- Samenwerking tussen verschillende organisaties en poolen van middelen.
- Rekening houden met lessons learned uit zorgproeftuin 'actief zorgzame buurt' in Antwerpen en Brussel, 'on-line buurten' in Oostende en Brugge en 'AIPA' in Aalst.

## 7.5. Concrete aanbevelingen en acties op macro-niveau

- Aanmoedigen van proefprojecten vanuit een grote diversiteit aan invalshoeken en stakeholders.
- Investeren in een gemeenschappelijk leertraject en de ontwikkeling van nieuwe samenwerkingsvormen.
- Decretale verankering van buurtgerichte zorg is belangrijk.<sup>13</sup>

### **Aanbeveling 1:**

Het Decreet Lokaal Sociaal Beleid maakt de faciliterende rol van gemeenten bij de uitbouw van buurtzorg verplicht vanaf 2019. De andere decreten moeten aangepast worden. Deze verantwoordelijkheid bij de lokale besturen leggen moet er voor zorgen dat het daadwerkelijk gerealiseerd wordt.

- Voor de sociale kaart een gemeenschappelijk methodologisch kader aanreiken en de continuïteit verzekeren.
- Ter beschikking stellen van zorgtechnologische hulpmiddelen ter bevordering van zelfredzaamheid en empowerment.
- Sensibiliseren en informeren over de samenwerking tussen informele en formele zorg en de afstemming op niveau van de buurten.

### **Aanbeveling 2** *Op niveau van de zorgactoren (ook in opleiding)*

In alle zorgopleidingen wordt een stevig lessenpakket rond informele zorg voorzien. Er wordt een beroep gedaan op ervaringsdeskundigen om dit mee vorm te geven.

### **Aanbeveling 3** *Op niveau van de bevolking*

Data en verhalen uit buurtonderzoek worden ruim verspreid en de mogelijkheden van vrijwilligerswerk worden beter bekend gemaakt en gehonoreerd.

### **Aanbeveling 4** *Rol voor het onderwijs*

Het onderwijs moet investeren in gezonde/warme scholen, waarbij kennismaken met lokale initiatieven, stages en vrijwilligerswerk mogelijk wordt gemaakt. Zo kunnen alle jongeren uit het secundair onderwijs binnen het reguliere lessenpakket regelmatig enkele uren vrijwilligerswerk opnemen.

- Buurtgericht werken vraagt een andere inzet van middelen. We dienen af te stappen van de één-op-één relatie (dit remt andere zorgverleningsvormen, creativiteit, sociale cohesie en informele contacten) en samenwerkingsvormen te financieren (bv. resultaten Cortexs).
- We dienen te voorzien in mogelijkheden en waarderingsmaatregelen voor informele zorgdragers om hun rol te kunnen opnemen: tijds krediet / loopbaanpaden waarin ruimte is om zorg te verlenen, sociale wetgeving, respijtzorg, wonen (bv. andere woonvormen) en fiscaliteit.

<sup>13</sup> Zie Woonzorgdecreet, Decreet Lokaal Sociaal Beleid en Gemeentedecreet.



## 8. Specifieke aanbevelingen rond 'Klachtenbemiddeling en –behandeling'.

Goede klachtenbemiddeling en –behandeling is een sterke hefboom om de bekommernissen van de persoon met een zorgbehoefte/burger centraal te stellen.

### 8.1. Visie ontwikkelen

Klachtenbemiddeling en –behandeling worden vaak negatief bekeken. Het ontvangen van vragen en klachten moet echter gezien worden als een kans om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Een klacht is een signaal dat er iets niet goed loopt en met deze informatie is het mogelijk de zorg beter af te stemmen tussen de zorgverlener en de persoon met een zorgbehoefte/burger.

Een klacht wordt ook vaak ingediend met het doel de zorg te verbeteren. De klachtindiener wil heel vaak vooral signaleren dat er een probleem is en voorkomen dat andere personen met een zorgbehoefte/burgers hetzelfde mee maken.

Een klacht kan zich situeren op verschillende niveaus: het niveau van de individuele zorgverlener, het niveau van een multidisciplinair team, het niveau van een zorgnetwerk,... Personen met een zorgbehoefte/burgers moeten klacht kunnen neerleggen over deze verschillende niveaus.

Klachten kunnen ook betrekking hebben op de organisatie van het systeem. Hulpverleners die keer op keer hiaten merken in de zorg, moeten dit ook kunnen doorgeven.

#### **Aanbeveling 1:**

Klachtenbemiddeling en –behandeling moeten onderdeel zijn van een kwaliteitsbeleid dat de zorg wil optimaliseren maar ook structurele verbeteringen wil aanbrengen.

### 8.2. Getrapt model ontwikkelen

#### *Proactieve aanpak*

Voorafgaand aan de klachtenbemiddeling en –behandeling moeten we voorkomen dat personen met een zorgbehoefte/burgers ontevreden zijn over de zorg. Door hen te informeren over wat ze kunnen verwachten en op voorhand duidelijk te communiceren over bijvoorbeeld mogelijke risico's, wachttijden, financiële kosten,... kan er vermeden worden dat er klacht wordt neergelegd. Personen met een zorgbehoefte/burgers moeten geïnformeerd worden over hun patiëntenrechten (bv. afficheren in een wachtzaal of praktijk, een folder bij de huisarts,...) en over welke stappen ze kunnen zetten wanneer die patiëntenrechten niet worden nageleefd. Er moet dus transparant gecommuniceerd worden over waar je klacht kan neerleggen.

Het informeren van personen met een zorgbehoefte/burgers is niet alleen een opdracht van een zorgverlener of een voorziening. Ook de overheid en bijvoorbeeld ziekenfondsen hebben hierin een taak zoals het informeren over (niet) geconventioneerd zijn, het belang van een vaste huisarts, GMD,...

Proactief kunnen zorgverleners, groepspraktijken, zorginstellingen,... ook meten hoe tevreden hun personen met een zorgbehoefte/burgers zijn. Met tevredenheidsenquêtes kunnen ze nagaan hoe personen met een zorgbehoefte/burgers de kwaliteit van de zorg ervaren. Met deze informatie kan er preventief gewerkt worden om klachten te voorkomen.

### *Intern klachtenmanagement*

Wanneer een persoon met een zorgbehoefte/burger een klacht wil neerleggen, dan moet het subsidiariteitsprincipe gevolgd worden. Dit wil zeggen dat personen met een zorgbehoefte/burgers aangespoord worden om een klacht eerst met de zorgverlener/hulpverlener of organisatie op te pakken. De meeste instanties en organisaties hebben een eigen klachtenmanagement (bv. Kind en Gezin, woonzorgcentra, thuiszorgdienst,...).

Personen die zich niet willen wenden tot het interne klachtenmanagement omdat zij bijvoorbeeld in een zorgafhankelijke situatie zitten (bewoners van een woonzorgcentrum) of omdat ze de onafhankelijkheid van de klachtendienst in twijfel trekken, moeten zich rechtstreeks tot een onafhankelijke klachteninstantie kunnen richten.

### *Klachtenbemiddeling en -behandeling*

Wanneer er geen intern klachtenmanagement is of de persoon met een zorgbehoefte/burger wil daar geen klacht neerleggen, dan kan hij rechtstreeks contact nemen met een onafhankelijke klachteninstantie. Deze gaat zijn klacht bemiddelen en/of behandelen. Bij bemiddeling zal de klachteninstantie luisteren naar beide partijen en een oplossing zoeken. Wanneer bemiddeling niet werkt en de klacht wordt behandeld, dan zal de klachteninstantie zich uitspreken over de grond van de klacht. Bij ontvankelijkheid van een klacht moet de klacht ook afdwingbaar zijn. Inherent aan klachtenbehandeling is dat de zorgverlener/hulpverlener of zorgvoorziening gecontacteerd wordt.

In het kader van de wet patiëntenrechten heeft de Federale ombudsdienst “Rechten van de patiënt” reeds de opdracht om klachten over ambulante zorgverstrekkers (huisartsen, tandartsen, verpleegkundigen,...) te bemiddelen. Personen met een zorgbehoefte/burgers en zorgverleners kennen deze ombudsdienst echter niet en vinden hem ook niet toegankelijk (enkel in Brussel gelegen). Er moet bekeken worden hoe de regio’s, in het kader van de wet patiëntenrechten, de opdracht kunnen krijgen om klachten over individuele zorgverstrekkers te bemiddelen en te behandelen.

Het moet ook mogelijk zijn dat zorgverleners bij deze instantie een klacht kunnen neerleggen over andere zorgverleners.

#### **Aanbeveling 2:**

Er moet een getrappt model van klachtenbemiddeling en –behandeling ontwikkeld worden, bestaande uit volgende stappen: (a) aandacht om preventief aan kwaliteitsvolle zorg te werken, (b) intern klachtenmanagement en (c) klachtenbemiddeling en –behandeling bij een onafhankelijke klachteninstantie.

### 8.3. Lokaal informatie- en ondersteuningspunt

Personen met een zorgbehoefte/burgers zijn vaak op zoek naar informatie over zorg en welzijn maar weten niet altijd waar ze hiervoor terecht kunnen. Nochtans is informeren de eerste stap om klachten te voorkomen (zie punt 2).

Er is dus nood aan één lokaal, neutraal punt waar mensen met hun vragen over zorg en welzijn terecht kunnen, een soort 1-loketfunctie. Dit punt is een GPS die hen doorverwijst naar de juiste instantie, zorgverlener, ziekenfonds,... Dit lokaal punt moet personen met een zorgbehoefte/burgers ondersteunen bij het formuleren van een klacht en hen eventueel begeleiden doorheen de procedure van de klachtenbehandeling. In Nederland is er een gelijkaardig systeem uitgewerkt met adviespunten Zorgbelang<sup>14</sup>. Het lokaal informatiepunt (zie 5.2.2.) moet deze rol opnemen. Organisaties als de ziekenfondsen kunnen daarin een rol opnemen.

We willen hierbij wel opmerken dat een 1-loketfunctie niet voor iedereen werkt. Er zijn nog heel wat mensen die de weg naar dat 1-loket niet vinden of de stap niet durven zetten. Wanneer er een 1-loketfunctie is, wil dit niet zeggen dat andere zorg- en hulpverleners geen hulp meer moeten bieden. Zorgverleners die aan huis komen, moeten de persoon met een zorgbehoefte/burger verder helpen. De signalen die het werkveld opvangt moeten nog steeds opgevangen en doorgegeven worden. Een loket zal niet alle problemen kunnen ondervangen maar blijft complementair met andere systemen/instanties/personen die signalen opvangen. Het blijft een gedeelde verantwoordelijkheid van de persoon met een zorgbehoefte/burger en de zorgverlener/hulpverlener om samen tot goede zorg te komen.

**Aanbeveling 3:**

Organisatie van een neutraal lokaal informatie- en ondersteuningspunt waar personen met een zorgbehoefte/burgers informatie krijgen en geholpen worden bij het neerleggen van een klacht. Andere instanties kunnen die mogelijkheid aanvullen.

---

<sup>14</sup> Taken van een adviespunt Zorgbelang: hulp bij vragen of klachten over zorg, beantwoorden van vragen en advies geven, de sociale kaart kennen en de patiëntenrechten, ondersteuning bieden bij het opstellen van een klachtenbrief. Meer informatie op <http://adviespuntzorgbelang.nl/>

#### **8.4. Organisatie van een regionaal contactpunt klachtenbehandeling<sup>15</sup>**

Een regionaal contactpunt klachtenbehandeling moet aan volgende voorwaarden voldoen:

- onafhankelijk zijn van een zorgverlener of zorginstantie
- uniform georganiseerd zijn over heel Vlaanderen
- laagdrempelig en toegankelijk zijn

We vermelden hier dat er al heel wat instanties zijn die reeds klachtenbemiddeling en –behandeling doen. Denk maar aan ziekenfondsen die onder andere klachten over facturen behandelen of beroepsverenigingen die een sanctionerende bevoegdheid kunnen hebben. Het is belangrijk dat personen met een zorgbehoefte/burgers van al deze mogelijkheden op de hoogte zijn. Het lokaal informatie- en ondersteuningspunt kan hen hierin wegwijzen en naar de juiste instantie doorverwijzen.

##### *Klachten bemiddelen en behandelen*

Het contactpunt moet alle klachten kunnen bemiddelen en behandelen die te maken hebben met zorg en welzijn, ook klachten die betrekking hebben op federale bevoegdheden (bv. patiëntenrechten). Het kan niet dat een persoon met een zorgbehoefte/burger zich moet richten tot verschillende instanties, afhankelijk van zijn klacht. Samenwerkingsakkoorden tussen de verschillende beleidsniveaus moeten dit mogelijk maken.

##### *Voor personen met een zorgbehoefte/burgers én zorgverleners*

Klachten kunnen ingediend worden door personen met een zorgbehoefte/burgers, mantelzorgers, zorgverleners, andere intermediaire personen,.... Heel het netwerk rond de persoon met een zorgbehoefte/burger moet dit kunnen, zowel professionals als informele zorgverleners.

De persoon die een klacht heeft ingediend moet op korte termijn op de hoogte gehouden worden van het verloop van de behandeling van zijn klacht (bv. er is een gesprek gepland).

##### *De juiste schaalgrootte*

Een regionaal contactpunt klachtenbehandeling moet georganiseerd worden op de juiste schaalgrootte. De afstand tot de persoon met een zorgbehoefte/burger mag niet te groot of te klein zijn. Het grootstedelijk niveau zou een goede schaalgrootte kunnen zijn.

Het is belangrijk dat personen met een zorgbehoefte/burgers op een fysieke plaats terecht kunnen om een klacht face-to-face te bespreken. Klachten kunnen gaan over gevoelige materies die je liever niet via de telefoon of via mail bespreekt. Een regionaal contactpunt klachtenbehandeling moet dus op een fysieke, toegankelijke locatie georganiseerd worden.

---

<sup>15</sup> Voorlopige benaming voor deze instantie. Dit woord dekt de lading niet omdat ze meer doen dan enkel klachten verzamelen. Ze kunnen ook good practices verzamelen.

### *Netwerk van medewerkers van regionale contactpunten*

De medewerkers van de verschillende regionale contactpunten moeten onderling contact hebben met het oog op het uitwisselen van cases/klachten, kennis, vormingen,... Samenwerking en een goed netwerk kan ook de continuïteit van de dienstverlening in de regionale contactpunten garanderen wanneer er bijvoorbeeld medewerkers wegvallen door vakantie, zwangerschapsverlof,...

### *Aanbevelingen formuleren*

Klachten moeten leiden tot een betere kwaliteit van zorg. De regionale contactpunten moeten, bijvoorbeeld onder de vorm van een jaarrapport, rapporteren wat er met de klachten is gebeurd en beleidsaanbevelingen formuleren. Het is dan aan de overheid om deze beleidsaanbevelingen om te zetten in structurele verbeteringen in de zorg. Niet alleen de overheid heeft hierin een opdracht. Ook de SEL's en de lokale groepspraktijken moeten de aanbevelingen aangrijpen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. In de toekomst kan de klachteninventarisatie onderdeel zijn van de kwaliteitsindicatoren in de eerstelijnszorg.

### *Goede voorbeelden verzamelen*

Als onderdeel van een kwaliteitsbeleid moet een regionaal contactpunt klachtenbehandeling ook goede voorbeelden en verbeteringsuggesties verzamelen. Personen met een zorgbehoefte/burgers én zorgverleners/hulpverleners kunnen deze bij het regionale contactpunt neerleggen. Deze goede voorbeelden en verbeteringsuggesties kunnen meegenomen worden in de aanbevelingen die het regionale contactpunt formuleert.

#### **Aanbeveling 4:**

Organisatie van een netwerk van regionale contactpunten klachtenbehandeling die klachten bemiddelen en behandelen. Op basis van een klachteninventarisatie en goede voorbeelden formuleren zij beleidsaanbevelingen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

## 9. Specifieke aanbevelingen rond ‘Toegang tot de eerstelijnszorg’.

Zoals reeds eerder in de tekst aangehaald is toegankelijkheid ook noodzakelijk om de persoon met een zorgbehoefte/burger centraal te stellen (zie hoofdstuk 5).

### **Aanbeveling 1:**

**Financiële toegankelijkheid:** Zorg ervoor dat er geen financiële drempel bestaat in de eerstelijnszorg.

#### *Aan de Vlaamse en federale overheid adviseren we:*

- Voldoende middelen te investeren in de eerstelijnszorg (via onder meer mogelijke transfert van middelen van tweede en derde naar de eerste lijn, waar opdrachten verschuiven dienen middelen te volgen, kritisch omgaan met dure technologie,...) zodat goede arbeidsvoorwaarden mogelijk zijn en blijven en zodat de factuur niet wordt doorgeschoven naar de persoon met een zorgbehoefte/burger.
- Zoveel mogelijk werk te maken van automatische rechtentoekenning.

#### *Aan de Vlaamse overheid adviseren we:*

- Werk te maken van een sterke universele Vlaamse Sociale Bescherming waaraan iedereen naar draagkracht bijdraagt.
- In te zetten op toegankelijkheidsmaatregelen voor die sectoren waarvoor Vlaanderen bevoegd is, zoals de gezinszorg en aanvullende thuiszorg, de residentiële ouderenzorg of het hulpmiddelenbeleid. Bij de uitbouw van de persoonsvolgende financiering in de Vlaamse Sociale Bescherming dient de financiële toegankelijkheid voor de persoon met een zorgbehoefte/burger van de verschillende diensten gewaarborgd te worden.

#### *Aan de federale overheid adviseren we:*

- De verplichte ziekteverzekering / “gezondheidsverzekering” te blijven uitbouwen en de noodzakelijke middelen te heroriënteren naar de eerstelijnszorg.
- In te zetten op een veralgemening van de derdebetalersregeling (met aanpak van misbruik, een snelle uitbetaling van de zorgen door de derdebetaler en een goede duiding naar de persoon met een zorgbehoefte/burger over de kosten van de zorg voor de samenleving), en maatregelen te nemen om aan te moedigen dat zorgverleners de overeengekomen tarieven aanrekenen.

**Aanbeveling 2:**

Garandeer een voldoende en aangepast aanbod, met aandacht voor zowel echelonering als continuïteit van de zorg.

*Aan de Vlaamse overheid adviseren we:*

- Aandacht voor flexibilisering en continuering van de gezinszorg, aanpassen aan ritme en leven van de persoon met een zorgbehoefte/burger: per uur, 's avonds en 's nachts (verschil tussen wat mogelijk is per regelgeving en praktijk).
- Uitbreidingsbeleid in de woonzorg om de uitdagingen van de vergrijzing het hoofd te kunnen bieden. Zet hierbij in op het gehele pakket, inclusief gezinszorg en ondersteuning van de mantelzorg.
- Streef een goede regionale spreiding na van het bestaande aanbod, door hiaten en overaanbod in kaart te brengen, knelpuntregio's in kaart te brengen en de problemen op te lossen, bijvoorbeeld door de nodige ondersteuning te voorzien en de attractiviteit te verhogen. De sturing van de zorgregio / eerstelijnszone heeft als opdracht, naast coördinatie van de zorg(verlenersgroepen) en de lokale multidisciplinaire en interdisciplinaire samenwerking met de verschillende zorgverlenersgroepen, te peilen naar deficiënties en een signaalfunctie op te nemen naar de overheid.

*Aan de Federale overheid adviseren we:*

- Investeer in de eerstelijnswachtposten, afgestemd met de spoeddiensten, en streef een uniforme regeling na.

*Aan de Vlaamse en Federale overheid adviseren we:*

- Zorg voor een getrapte opstelling van het aanbod: een brede rechtstreekse toegankelijke interprofessionele generalistische eerste lijn, en – waar nodig – verwijzing naar gespecialiseerde zorg in de tweede lijn:
  - Maak werk van duidelijke echelonering van de zorg. Maak hierbij een onderscheid tussen:
    - “Nieuwe” gezondheidszorgproblemen waarbij een lineaire doorwijziging plaats vindt van eerste naar tweede lijn;
    - Chronische aandoeningen waarbij je eerder een “geïntegreerd spiraalmodel” krijgt in de samenwerking tussen eerste en tweede lijn.

**Aanbeveling 3:**

Detecteer specifieke hiaten in de eerstelijns en pak deze aan.

Eén van de belangrijke hiaten die gedetecteerd werd is de geestelijke gezondheidszorg.

*Aan de Vlaamse en federale overheid adviseren we:*

- Werk te maken van de financiering van de eerstelijnsgeestelijke gezondheidszorg, inclusief de terugbetaling van de klinisch psycholoog als een verruiming van het eerstelijnsaanbod, naast het medische en het maatschappelijke aspect, gebruik makend van innovatieve financieringsmechanismes in plaats van de klassieke prestatiefinanciering. Er kunnen akkoorden gesloten worden tussen de verschillende overheden om deze zorg te financieren.

*Aan de Vlaamse overheid en de beroepsverenigingen adviseren we:*

- Werk te maken van de regionale organisatie van klinisch/gezondheidszorgpsychologen in de eerstelijns en multidisciplinaire samenwerking in eerstelijnsnetwerken.

**Aanbeveling 4:**

Zet in op een aangepaste en toegankelijke gezondheidspromotie en –preventie.

*Aan de Vlaamse en federale overheid adviseren we:*

- Zet in op ‘health in all policies’ (leef-, woon-, werkomstandigheden,...) en organiseer de samenleving in al haar facetten zo dat ‘health literacy’ en gezondheidsgerelateerd gedrag, voor alle leeftijden, vanzelfsprekend worden.
- Investeer in multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverstrekkers en welzijnswerkers, inclusief het delen van gegevens. Bijvoorbeeld: gedeelde medicatieschema’s tussen zorgverstrekkers, om medicatiegerelateerde problemen te voorkomen.
- Meer werktijd, werkingsmiddelen en ruimte voor mensen die campagnes lokaal toepassen en lokale noden kunnen rapporteren, inclusief meer aandacht voor de lokale evaluatie van acties (“Heeft dit het probleem opgelost?”) en detectie van lokale noden en signaalfunctie naar bovenlokaal niveau.
- Informeren is niet voldoende. Investeer in vroegdetectie en vroeginterventie die verdergaat dan het afvinken van checklisten. Investeer ook in warme overdracht en motivationele gespreksvoering en trajecten. Er dient navenant aandacht te zijn voor uitbouw van vervolgetrajecten. Immers, niets erger dan detecteren en daarop volgend verder niets of onvoldoende kunnen ondernemen of bieden, bijvoorbeeld op het vlak van meer gespecialiseerde zorg.
- Meer aandacht voor beweging als noodzakelijk onderdeel van welzijn en gezondheid (met instelling van de mogelijkheid tot directe toegang tot kinesisten).
- Elke zorgverstrekker heeft een belangrijke preventieve en oriënterende rol. Dit moet in de werkgroep structuren en taakstelling verder worden uitgewerkt.



## 10. Specifieke aanbevelingen rond 'Eenvormige en transparante toeleiding naar zorg'.

Naast toegang is ook toeleiding noodzakelijk om de persoon met een zorgbehoefte/burger centraal te stellen.

### **Aanbeveling 1:**

Verplicht interdisciplinaire netwerken in de eerstelijns.

#### *Aan de Vlaamse en federale overheid adviseren we:*

- Verplicht functionele en variabele netwerken (al of niet onder één dak) tussen zorgverstrekkers (bepaalde zorgverstrekkers kunnen hierbij deel uitmaken van verschillende netwerken, zie 5.2.1.). Zet verder in op een gedeeld interprofessioneel dossier en stimuleer gebruik door zorgverleners door voor werkbare, stimulerende incentives te zorgen, moedig de softwareleveranciers aan, en voorzie in duidelijke spelregels (wie, wat, waarom,...).
- Zorgoverleg: moedig interdisciplinaire overlegmomenten (horizontaal tussen zorg en welzijn en verticaal tussen eerste en tweedelijns) aan.
- De huidige prestatiefinanciering is niet aangepast aan interdisciplinaire samenwerking, en taakdelegatie en alles wat daarmee samenhangt, zoals zorgoverleg. We raden aan om over te stappen op een meer kwaliteitsstimulerend forfaitair systeem.

### **Aanbeveling 2:**

Zet in op de nodige begeleiding van de persoon met een zorgbehoefte/burger.

#### *Aan de lokale, Vlaamse en federale overheid adviseren we:*

- Sociale kaart voor zorg en welzijn: Welke verstrekkers zijn actief en wie biedt welke begeleiding, inclusief buurtgerichte zorg? Zorg dat er zeker per zorgregio een gebruiksvriendelijke, online en up to date sociale kaart beschikbaar is in verschillende talen. Kennis van de sociale kaart wordt een onderdeel van het competentieprofiel van generalisten. Elke zorgverlener en welzijnswerker kent de site, zodat ook mensen die geen toegang hebben tot internet of de vaardigheden niet hebben om hiermee overweg te kunnen tijdens consultatie een overzicht kunnen krijgen. Elke zorgverstrekker, welzijnswerker en gezondheids- en/of welzijnsinstantie heeft eveneens de verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat hun aanbod opgenomen is op de sociale kaart.
  - Een 'levende' sociale kaart – bij de zorgverstrekkers en begeleidende diensten (diensten maatschappelijk werk, CAW's,...).
- Stimuleer en versterk zorgcoaches (netwerkkenner, ondersteuner van de persoon met een zorgbehoefte/burger, dwarsverbinding tussen zorgverstrekkers) voor mensen die zelf niet in staat zijn om de weg te vinden en voor mensen die complexe, chronische zorg nodig hebben. Dit is een functie, geen nieuw beroep.

- Lokaal informatiepunt gezondheid en welzijn (zie 5.2.2.): loket waar persoon met een zorgbehoefte/burger naartoe kan met zijn vragen, noden en behoeften, laagdrempelig. Uiteraard kan dit punt ook worden ingeschakeld voor vragen over de tweede en derde lijn.

**Aanbeveling 3:**

Zet in op de specificiteit van het eerstelijnswerk in de basisopleidingen en bijscholingen.

*Aan de Vlaamse Overheid, met name de Minister van Onderwijs adviseren we:*

- Zet in op generalistische competenties in de eerstelijns (hoe omgaan met centrale rol van de persoon met een zorgbehoefte/burger, multidisciplinaire samenwerking, sociale kaart, netwerkoverleg, samenwerken met familie en mantelzorgers,...) in basisopleidingen voor alle zorgberoepen.
- Zorg voor de uitbouw van interprofessionele nascholingen. Beroepsverenigingen en de lokale multidisciplinaire netwerken kunnen faciliteren door criteria en procedures voor accreditering te vereenvoudigen, samen studiedagen te organiseren en lokale bijscholingen te ondersteunen.

**Aanbeveling 4:**

Investeer in cultuursensitieve zorg: meer aandacht in de basisopleiding, tolken, informatie in verschillende talen,...