

Visienota

Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen

Brussel, 7 december 2012

Adviesvraag: Advies op eigen initiatief van de SAR WGG
Adviesvrager: /
Ontvangst adviesvraag: /
Adviestermijn: /

Goedkeuring raad: 7 december 2012, unaniem.

Inhoud

Krachtlijnen	4
Een visie op integrale zorg en ondersteuning.....	5
1. Naar een open definitie van zorg en ondersteuning	5
2. Waarom integrale zorg en ondersteuning?	7
2.1. Diepgaande wijzigingen in onze samenleving	7
2.2. Knelpunten en uitdagingen voor individu en samenleving	9
2.2.1 Verschuiving in de zorg- en ondersteuningsbehoeften en -vragen opvangen	10
2.2.2 Informele zorg en sociale cohesie versterken	10
2.2.3 Zorg en ondersteuning performant maken	11
2.2.4 Toegankelijke en rechtvaardige zorg en ondersteuning realiseren.....	11
3. Een nieuw paradigma voor zorg en ondersteuning	13
3.1. Kwaliteit van leven.....	14
3.2. Een zorgende samenleving	15
4. Werken aan integrale zorg en ondersteuning	17
4.1. Versterk het direct toegankelijk eerstelijnsaanbod	17
4.2. Mobiliseer intersectorale samenwerking	18
4.3. Maak domeinoverstijgende beleidskeuzes	19
Bijlage – Structurele determinanten van gezondheid en welzijn (WHO, 2008)	20
Literatuur	21

Krachtlijnen

De diepgaande wijzigingen die onze samenleving de laatste decennia tekenden, stellen het individu en de samenleving voor bijzondere uitdagingen, zoals het opvangen van de verschuiving in de zorgbehoeften en zorgvragen, het versterken van de informele zorg en sociale cohesie, het meer performant maken van zorg en het realiseren van een toegankelijke en rechtvaardige zorg.

Deze uitdagingen dwingen ons op zoek te gaan naar een **integraal zorg- en ondersteuningsmodel** binnen de context van een **zorgende samenleving**. Voor de raad betekent deze nieuwe visie op zorg en ondersteuning **een heuse paradigmashift** die we vatten met enkele kernideeën:

Integrale zorg en ondersteuning neemt de **behoeften, vragen en doelstellingen van de persoon met zorgbehoefte** (en zijn naaste omgeving) als uitgangspunt. Het nastreven van een goede **kwaliteit van leven** voor en door elke burger moet de ultieme ambitie zijn van een integrale zorg en ondersteuning. Deze benadering vertrekt vanuit een holistisch mensbeeld.

Voor de raad is het essentieel dat professionele (zorg- en ondersteunings-)systemen pas in actie komen wanneer ze nodig zijn en enkel daar waar ze nodig zijn. In **een zorgende samenleving** is professionele zorg niet voor alles de oplossing, maar treedt ze eerder ondersteunend en aanvullend op ten aanzien van het sociaal netwerk en de eigen kracht van mensen. Integrale zorg en ondersteuning zet sterk in op **preventieve actie en de mobilisering van verbindende krachten in de samenleving**.

Voor de raad kan deze integrale zorg en ondersteuning pas gerealiseerd worden door **het direct toegankelijk eerstelijnsaanbod te versterken over de sectoren en beleidsdomeinen heen**. De discussie over de **organisatorische randvoorwaarden en de intersectorale inzet van middelen** mag niet verward worden met het doel van een integrale aanpak: de optimale afstemming van zorg en ondersteuning op de vragen en behoeften van burgers die zich tijdelijk of permanent in een kwetsbare situatie bevinden.

Een visie op integrale zorg en ondersteuning

1. Naar een open definitie van zorg en ondersteuning

In deze tekst onderzoekt de raad hoe de zorg-, hulp- en dienstverlening en maatschappelijke ondersteuning in verschillende beleidsdomeinen en sectoren beter kunnen afgestemd worden op de werkelijke behoeften, vragen en doelstellingen van mensen met het oog op een zo goed mogelijke kwaliteit van leven (dit wordt in Hoofdstuk 3: Een nieuw paradigma voor zorg en ondersteuning, behandeld).

Versillende sectoren zetten een aanbod en instrumentarium in dat meestal organisch is gegroeid en historisch naast elkaar werd ontwikkeld. Ook de regelgeving en financiering werden in het verleden meestal op één sector gericht.

Zoals verder in de tekst opnieuw wordt benadrukt, is het verbeteren van de samenwerking binnen en tussen sectoren en beleidsdomeinen één van de belangrijke middelen om een integrale aanpak na te streven.

Een goed begrip van de termen die we gebruiken, is daarom essentieel. Babylonische spraakverwarring vormt meestal een belangrijke hinderpaal bij het bevorderen van samenwerking en overleg. Elke sector heeft een eigen jargon ontwikkeld dat gericht is op de doelstellingen die zij nastreeft.

Jargon verduidelijken en taalgebruik op elkaar afstemmen is dan ook een belangrijke opdracht in het kader van dit dossier.

Geen enkele gekozen term is geheel neutraal. De gehanteerde taal brengt bepaalde interpretaties met zich mee en is vaak verbonden met een bepaalde (historische) context. De raad is zich daar terdege van bewust. Toch is het nodig het eens te worden over de gebruikte termen in het verhaal van integrale zorg. Het is een eerste stap naar integratie van verschillende sectoren die zich om het welzijn en de gezondheid van mensen bekommeren. We zullen deze dus goed moeten omschrijven. Zo heeft de term zorg vaak, afhankelijk van de context, een verschillende lading. Niet alle sociale werkers die we in deze visienota integrale zorg willen vatten, herkennen zich even gemakkelijk onder deze term.

Wanneer gevraagd wordt de term 'zorg' te omschrijven, wordt vaak aan de diensten en instellingen gedacht die op een professionele wijze met zorg bezig zijn. Zorg wordt dan gereduceerd tot het formele aanbod dat zich bezig houdt met het zorgen voor de gezondheid of het ondersteunen van de zelfzorg bij verminderde zelfredzaamheid als gevolg van ziekte of van een beperking. Zorg is echter meer dan de optelsom van deze professionele diensten.

Zorg kan ook informele zorg zijn : we denken hierbij o.a. aan mantelzorg, zorg voor familieleden of de zorg voor kinderen en vrijwilligerszorg. Zorg wordt door een persoon met zorgbehoefte zelf en zijn naaste omgeving, vaak omschreven als ondersteuning nodig om de zelfzorg in stand te houden. De ondersteuning is aanvullend op die zelfzorg en de persoon met een zorgbehoefte en zijn naaste omgeving houden de regie van de zorg zelf in handen.

In de sector van de personen met een handicap heeft zorg voor bepaalde groepen een te passieve connotatie, waarbij de persoon met een beperking de zorg zou 'ondergaan'. Daarom spreekt men dan liever van 'ondersteuning'.

Er zijn ook vormen van hulp- en maatschappelijke dienstverlening en van gemeenschaps- werk, die zich minder herkennen in de term zorg en beter gevat kunnen worden onder een term zoals 'sociale dienstverlening'. We denken dan aan het maatschappelijk werk in de CAW en OCMW, aan de activiteiten van samenlevingsopbouw en zo meer.

In het debat over de te hanteren termen bleek het zeer moeilijk één term te bedenken waarin iedereen zich wel herkent. Onder de term 'sociale dienstverlening' zouden volgens sommige internationale omschrijvingen ook gezondheidszorg en dus bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen en verzorgenden kunnen vallen. In de Vlaamse context echter heeft men in de gezondheidssector en de thuis- en mantelzorg nog te weinig voeling met deze term.

Op basis van deze overwegingen wenst de raad de begrippen 'zorg en ondersteuning' te gebruiken en met elkaar te verbinden in een open benadering.

- We opteren ervoor om deze twee elementen in dit document samen te gebruiken en te spreken van **"integrale zorg en ondersteuning"**. **Op plaatsen waar de ene term gebruikt wordt, wordt steeds ook de andere bedoeld, en vice versa.** Met het begrip zorg gaan we terug naar de originele betekenis van de term, namelijk het "zorgen voor elkaar" in al zijn verschijningsvormen. Het kan gaan over opvoeding, huishoudelijke ondersteuning, psychosociale ondersteuning, ondersteuning bij de activiteiten van het dagelijks leven, administratieve hulp, gezondheidszorg, empoweren van groepen, en nog zo veel meer.
- Onder de koepelterm 'integrale zorg en ondersteuning' rekenen we dus ook de zelfzorg en de informele zorg (mantelzorg en vrijwilligerszorg).
- Wanneer we in de tekst spreken van formele zorg en ondersteuning wordt de zorg en ondersteuning bedoeld die door professionals wordt geleverd (= de professionele zorg en ondersteuning)
- 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'.
- Tenslotte wenst de raad expliciet de geestelijke gezondheidszorg te benoemen als een integraal onderdeel van de term 'zorg en ondersteuning'. De raad stelt immers vast dat in de (gezondheids-)zorg, de geestelijke gezondheidszorg nog al te vaak wordt vergeten.

2. Waarom integrale zorg en ondersteuning?

Naar aanleiding van de Conferentie eerstelijnsgezondheidszorg¹ bracht de SAR WGG een reflectienota eerstelijnszorg uit (4 november 2010). In deze nota stelde de raad dat het uitgangspunt voor elke visieontwikkeling over zorg in Vlaanderen **kwaliteit van leven** moet zijn en, waar mogelijk, de **empowerment** van de persoon met zorgbehoefte en zijn naaste omgeving. De nood aan een integrale zorgbenadering vloeit hieruit automatisch voort. De persoon die zorg en ondersteuning nodig heeft, denkt over zijn behoefte of vraag niet na in termen van lijnen of sectoren die ons aanbod fragmenteren.

De vraag naar deze integrale benadering van zorg en ondersteuning is niet nieuw. De diepgaande wijzigingen die onze samenleving de laatste decennia tekenen, maken een goed antwoord erop wel steeds dringender. Deze maatschappelijke evoluties dwingen ons op zoek te gaan naar een **integraal zorg- en ondersteuningsmodel** binnen de context van een **zorgende samenleving**.

Deze tekst zal pogen de contouren van zo een model te beschrijven.

Vooraf schetsen we de wijzigingen in onze samenleving die dit nieuw perspectief op zorg en ondersteuning en een heroriëntering van het zorgsysteem nodig maken. We staan ook stil bij de uitdagingen die ze meebrengen voor de organisatie van de zorg en ondersteuning in de Vlaamse Gemeenschap, België en Europa .

De raad merkt op dat deze wijzigingen zich voordoen binnen de context van een welvarende samenleving die, dankzij de uitbouw van een degelijk systeem van sociale bescherming, heeft bijgedragen tot het welzijn van haar burgers.

2.1. Diepgaande wijzigingen in onze samenleving²

- Atomisering van de samenleving door een wijziging van de gezinsstructuren in de maatschappij, gekenmerkt door een toename van het aantal alleenstaanden, éénu-dergezinnen en nieuwsamengestelde gezinnen. Gezinsrelaties blijken minder stabiel.
- Veranderingen op de arbeidsmarkt, onder meer de toename van het aantal tweeverdienders met een sterke stijging van de participatie van vrouwen en een afname van de vraag naar ongeschoolde arbeid (evolutie naar kenniseconomie).
- Vergrijzing van de samenleving, door de naoorlogse babyboom, doordat mensen langer leven en door de sterke daling van het aantal geboorten in de voorafgaande decennia.

¹ die op initiatief van Minister Jo Vandeurzen doorging op 11 december 2010.

² We hebben ons, onder meer, gebaseerd op beschrijvingen in :

- Hermans K. & Desair K. (mei 2009) Sociaal werk de toekomst in! Centrum voor sociologisch onderzoek, KU.Leuven
- Lammertijn F. (mei 2009) Sociaal werk in verandering. Het maatschappelijke decor. Centrum voor sociologisch onderzoek, KU.Leuven
- het eindrapport van de werkgroep positionering bij de Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg van 11 december 2010,
- de Vlaamse Gezondheidsraad (2006/2) De toekomst van het gezondheids(zorg)beleid in Vlaanderen, met bijzondere aandacht voor de eerstelijnsgezondheidszorg.

- Een recente vergroening van de samenleving. Sinds het laatste decennium zien we terug een stijgend geboortecijfer dat, mede door zijn socio-demografische samenstelling, nieuwe zorgvragen oproept, onder meer, wat betreft kinderopvang, onderwijs, ...
- Toename van het aantal chronische aandoeningen en multimorbiditeit onder invloed van sociale achterstelling, leeftijdsfactoren, medische vooruitgang, omgevingsfactoren, o.a. milieu, voeding en zo meer. Chronische aandoeningen kunnen zowel fysiek als psychisch van aard zijn.
- Toenemende etnisch-culturele diversiteit in de samenleving door migratie en hogere nataliteit bij etnisch-culturele minderheden.
- Naast de toenemende welvaart, stellen we tegelijk toenemende sociale ongelijkheid en armoede vast. De gezondheidskloof tussen arm en rijk is in de voorbije jaren nog toegenomen. Er is een duidelijke sociale gradiënt zowel in morbiditeit als in mortaliteit.
- Wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen in de (gezondheids)zorg: toename van de kennis van de genetica, ontwikkelingen in moleculaire biologie en nanotechnologie, uitbreiding telegeneeskunde en –monitoring.
- Economische ontwikkelingen in de zorg in de richting van meer marktwerking, commercialisering en privatisering, zowel op het vlak van financiering als van organisatie.
- Toenemende specialisatie van het professionele aanbod in zorg en welzijn en een hogere maatschappelijke waardering voor specialisten ten nadele van generalisten.
- Vermaatschappelijking van de zorg: verschuiving binnen de zorg waarbij ernaar gestreefd wordt om mensen met beperkingen (van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard), chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- en emotionele problemen, mensen die in armoede leven,... met al hun mogelijkheden en kwetsbaarheden een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, hen daarbij waar nodig te ondersteunen en de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de gemeenschap te laten verlopen. Begrippen die hierbij een rol spelen zijn onder meer desinstitutionalisering, community care, empowerment, kracht- en contextgericht werken, vraagsturing en respijtzorg³.
- Globalisering: De bovengeschetste ontwikkelingen in de samenleving doen zich voor in Europees verband en op wereldvlak.
 - Dit heeft belangrijke gevolgen voor de zorg, zowel op het vlak van technologieën, productieprocessen en "human resources". De recente epidemieën, confronteren ons met de mondialisering van gezondheidsrisico's (SARS, influenza-H1N1).

³ Cfr. Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Beleidsprioriteiten 2012-2013, Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, p.7.

- De globalisering heeft vooral de bestaande ongelijkheden op het gebied van sociale klassen en onderwijsniveau versterkt⁴. Laaggeschoolden worden sneller het slachtoffer van de globale economische veranderingen.
- Globalisering: We kunnen al deze problemen dagelijks ontmoeten in de praktijk op lokaal niveau.
- Medicalisering (en therapeutisering): Steeds meer terreinen worden aan medische en psychologische definiëring en normering onderworpen en nieuwe ziektebeelden ontstaan, vaak aangestuurd door media en industrie. Omdat het recht op zorg en ondersteuning vaak wordt gekoppeld aan een diagnose in plaats van aan een zorgbehoefte, ontstaat enerzijds een diagnosedrang bij de persoon met zorgbehoefte (en/of zijn naaste omgeving) en anderzijds een toenemende "inequity by disease".
- Individualisering: De levensweg van elk individu wordt losgekoppeld van voorgegeven bepalingen en in handen gegeven van dat individu. Dat zorgt voor meer zelfbeschikking, maar het gaat tegelijk ook over het 'moeten' leiden van een eigen onafhankelijk leven, buiten de traditionele leefverbanden, maar binnen de standaarden van markt, staat en peer-groep. Dit is, in het bijzonder voor meer kwetsbare burgers, niet vanzelfsprekend. Dit betekent aan de ene kant emancipatie, maar aan de andere kant veel onzekerheid. Er ontstaat een nieuwe maatschappelijke breuklijn: tussen de mensen die erin slagen hun keuzevrijheid te benutten en de anderen die hiervoor het nodige menselijke kapitaal missen⁵.
 - Burgers zijn mondiger en assertiever geworden en hebben hoge verwachtingen wat betreft de aangeboden zorg en ondersteuning. Personen met chronische aandoeningen en mensen met complexe levensproblemen hebben daarbij hun eigen verhaal en een eigen deskundigheid opgebouwd. Ze willen deze eigen deskundigheid ook aanwenden om hun (zelf)zorg te organiseren en, zoveel als mogelijk, regie over het eigen leven te houden.
 - Onze samenleving is ook uiterst complex geworden en veeleisend ten aanzien van het individu. Goed sociaal kunnen functioneren en zich voortdurend kunnen herpositioneren en verbinden in verschillende groepen en omgevingen, is de kernopgave van onze tijd. Sociaal functioneren vereist een hoge mate van sensitiviteit en maakt van adaptatie een belangrijke vaardigheid. Tegelijk moet een individu ook een stabiele identiteit (sociaal, psychologisch, cultureel) ontwikkelen waarop het kan terugvallen⁶.

2.2. Knelpunten en uitdagingen voor individu en samenleving

Bovengeschetste realiteiten stellen het individu en de samenleving voor bijzondere uitdagingen. Wij schuiven de meest essentiële naar voor:

⁴ Hermans K. mei 2009, p.5

⁵ Hermans K. mei 2009, p. 15 en Lammertijn, 2004.

⁶ Hans van Ewijk, Maatschappelijk werk in een sociaal gevoelige tijd, 2010, Universiteit voor Humanistiek, Utrecht.

2.2.1 Verschuiving in de zorg- en ondersteuningsbehoeften en -vragen opvangen

De vergrijzing en de steeds complexer wordende maatschappij zorgen voor een toename van het aantal zorgvragen. Bovendien zien we een verschuiving van acute, enkelvoudige zorgvragen en -behoeften naar meer chronische en complexe zorgvragen en -behoeften. Vroeger werden zorgvragen vaak niet geuit of zorgbehoeften werden in het informele sociale netwerk opgevangen. Zorg- en ondersteuningsvragen worden complexer en gaan steeds vaker over alle aspecten van het dagelijkse leven (huishouden, opvoeding, stress op het werk, ouder worden, verlieservaring, administratieve problemen), aspecten die de gezondheidszorg vaak ver overstijgen. Soms liggen ziekte, handicap of ouderdom aan de basis van zorgnoden, -behoeften en sociale problemen, maar zelfs in dat geval hoeven de antwoorden en oplossingen niet altijd medisch van aard te zijn.

Voor het domein van de gezondheidszorg is het rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie “Innovative Care for chronic conditions. Building blocks for action (2002)” toonaangevend⁷. De WHO stelt daarin vast dat de meeste zorgsystemen een “focus shift” nodig hebben om beter aan actuele zorgnoden tegemoet te komen. De gezondheidszorg is momenteel nog steeds georganiseerd in functie van een acuut, episodisch zorgmodel dat niet meer beantwoordt aan de noden van veel gebruikers, in het bijzonder de gebruikers met chronische aandoeningen. De keurmerken van het huidig gezondheidssysteem zijn onderzoek, diagnose, symptoombestrijding en behandeling. Het paradigma van acute zorg heeft de algemene gezondheidsstatus van onze bevolking in de voorbije decennia sterk weten te verbeteren. Het schiet echter te kort wanneer het gaat over de lange termijn noden van de bevolking. De samenwerking met welzijnsvoorzieningen kan voor de integratie van de sociale context zorgen: het beluisteren van hulpvragen in de context van de sociale leefwereld van de burgers.

2.2.2 Informele zorg en sociale cohesie versterken

De atomisering van de samenleving, de hoge druk op de actieve bevolking en de individualisering maken mantelzorg en informele zorg niet meer zo vanzelfsprekend. Nochtans vormen sociale steun, sociale cohesie en de aanwezigheid van ‘sociaal kapitaal’ bij mensen een belangrijke voorwaarde voor gezondheid en welzijn. De WHO hanteert daarom al een ruime definitie van gezondheid waarin ook ‘sociale gezondheid’ een essentiële plaats krijgt. Dat opent perspectieven voor complementariteit in de zorg voor welzijn en gezondheid.

De uitdaging wordt om het aanwezige informele zorgpotentieel in de samenleving met professioneel sociaal werk te activeren, te ondersteunen en indien mogelijk te vergroten. De sociale cohesie en het sociaal kapitaal van mensen kan op die manier structureel worden versterkt. Voor maatschappelijk kwetsbare groepen, zoals personen die in armoede leven, etnisch-culturele minderheden, jongeren in problematische opvoedingssituaties of ouderen (alleenstaanden en hoogbejaarde koppels, mensen met dementie) zal deze uitdaging ook bijzondere acties en interventies vragen op maat van de doelgroepen.

⁷ De analyse in dit rapport bouwt voort op het Chronic Care Model dat in 1998 door E. Wagner, arts en directeur van het Mc Coll Institute in Seattle, werd ontwikkeld. Het Chronic Care Model is een conceptueel model dat de bouwstenen van een hoog kwalitatieve chronische zorg omschrijft. Het rapport van de WHO bevat een aangepaste versie van het CCM vanuit een globaal perspectief.

2.2.3 Zorg en ondersteuning performant maken

Bij gebrek aan een laagdrempelige toegang tot en duidelijke positionering van eerstelijnszorg stellen we op sommige terreinen een oneigenlijk gebruik en soms overgebruik van meer gespecialiseerde professionele zorg vast.

De ontwikkelingen in de medische wetenschap en technologie brengen meer therapeutische mogelijkheden met zich mee, maar hebben een stijgende kostprijs tot gevolg. We stellen ook vast dat mondige personen met een hulpvraag zich steeds meer als consumenten gaan gedragen op de "zorgmarkt". Het ruime aanbod aan informatie (internet) leidt tot nieuwe zorgvragen. Nieuwe vormen van diagnose en therapie met gebruik van moleculaire en genetische testen en behandeling versterken de noodzaak aan zorgvuldige afwegingen. Dat roept ethische, maatschappelijke en organisatorische vragen op.

Aansluitend op het medisch model hebben ook in de welzijnszorg sociale professionals de neiging het antwoord op zorgvragen onmiddellijk binnen het bestaande professionele ondersteuningsaanbod te zoeken. We stellen tegelijk ook vast dat, personen met zorgbehoefte, door de lange wachtlijsten, in verschillende sectoren pas een antwoord of plaats krijgen wanneer de beperking al ver gevorderd is of wanneer een situatie al geëscaleerd of totaal onhoudbaar geworden is. Het is nu teveel alles of niets. Er is meer nood aan zorg of ondersteuning op maat'. Ondersteuning dient ook afgestemd te worden op de effectieve ondersteuningsnood en niet op het al dan niet hebben van een diagnose of op basis van de zorgvorm waarvoor men opteert.

Zorg en ondersteuning moeten zo efficiënt mogelijk ingezet worden. Men moet een zo goed mogelijk resultaat bereiken met zo weinig mogelijk kosten. Verspilling moet altijd vermeden worden. Een goede informatiedoorstroming en een degelijk kwaliteitszorgsysteem kunnen de efficiëntie al in grote mate verbeteren.

De uitdaging wordt om in tijden van budgettaire krapte, de toegankelijkheid, de kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie van ons zorgsysteem gevoelig te verhogen.

2.2.4 Toegankelijke en rechtvaardige zorg en ondersteuning realiseren

Gezondheid en kwaliteit van leven en samenleven worden in onze maatschappij te veel beschouwd als zuiver medische en individuele problemen. Onderzoek naar de relatie tussen gezondheid, welbevinden, sociale ongelijkheid en armoede spreekt die opvatting tegen. Er is veelvuldig aangetoond dat ongelijkheden op het vlak van gezondheid verband houden met andere sociale ongelijkheden en breuklijnen, en omgekeerd⁸. Ongezondheid en onwelzijn hebben beide structurele oorzaken. De ontkenning van of de onmacht tegenover deze complexe maatschappelijke fenomenen leidt er ook toe dat steeds meer maatschappelijke problemen gemedicaliseerd of getherapeutiseerd worden, en dat men zijn toevlucht neemt tot het "individueel schuldmodel".

⁸ O. m. Wilkinson R. (2009) *The spirit level*; Marmot M. (2010) *Fair society, healthy lives*.

Naarmate de marktwerking in de organisatie van de zorg ook leidt naar meer commercialisering, worden individuen meer gezien als vrij, ondernemend, competitief, rationeel en consumerend. Dat biedt kansen op meer zelfbeschikking, maar men riskeert dat het individu bij falen al gauw te veel verantwoordelijkheid krijgt voor gemiste of tekortschietende zorg of ondersteuning (cfr. ondergebruik van zorg en "blaming the victim" bij ongezonde levenswijzen).

De uitdaging is om ook in deze vrijere context de noodzakelijke solidariteit te handhaven, te zorgen voor een rechtvaardige verdeling (equity) en een gelijke toegang tot kwaliteitsvolle zorg. Visieontwikkeling over integrale zorg en ondersteuning moet ook gaan over de vraag hoe structurele oorzaken van onwelzijn en ongezondheid kunnen weggenomen worden. De kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie van ons zorgsysteem verhogen is belangrijk maar kan enkel gerealiseerd worden wanneer we ook aandacht schenken aan de omgeving waarbinnen dit zorgsysteem functioneert.

De raad wenst uit te zoeken of integrale zorg een antwoord kan bieden op maatschappelijke kwetsbaarheid. Kunnen we het zorg- en ondersteuningssysteem zo herdenken dat die maatschappelijke kwetsbaarheid ten gronde wordt aangepakt?

3. Een nieuw paradigma voor zorg en ondersteuning

In de internationale literatuur werd al veel geschreven over de motieven achter integrale zorg en ondersteuning. Vijf belangrijke redenen kunnen beleidsmakers er toe aanzetten naar integrale zorg en ondersteuning te streven⁹:

- Integrale zorg en ondersteuning speelt beter in op de veranderingen in de behoeften (veroudering, kleinere gezinnen, mondigge burgers,...).
- Integrale zorg en ondersteuning erkent dat gezondheids- en welzijnszorg onderling afhankelijk zijn.
- Integrale zorg en ondersteuning streeft naar meer sociale rechtvaardigheid.
- Integrale zorg en ondersteuning kan de kwaliteit en continuïteit van de zorg verbeteren.
- Integrale zorg en ondersteuning kan tot meer systeemefficiëntie leiden.

Om de eerder beschreven uitdagingen aan te pakken, hebben we een eigen integraal zorg en ondersteuningsmodel nodig dat hier in de lokale context van een zorgende samenleving ontplooid kan worden.

Voor de raad betekent deze nieuwe visie op zorg **een heuse paradigmashift** die we vatten met enkele kernideeën:

Integrale zorg en ondersteuning neemt de **behoeften, vragen en doelstellingen van de persoon met zorgbehoefte** (en zijn naaste omgeving) als uitgangspunt en realiseert een paradigma-shift van "probleem-georiënteerde" naar "doel-georiënteerde" zorg en ondersteuning. Het nastreven van een goede **kwaliteit van leven**¹⁰ voor en door elke burger moet de ultieme ambitie zijn van een integrale zorg en ondersteuning. Deze benadering vertrekt vanuit een holistisch mensbeeld.

Voor de raad is het bovendien essentieel dat professionele systemen pas in actie komen wanneer ze nodig zijn en enkel daar waar ze nodig zijn. In **een zorgende samenleving** is professionele zorg en ondersteuning niet voor alles de oplossing, maar treedt ze ook ondersteunend en aanvullend op ten aanzien van het sociaal netwerk en de eigen kracht van mensen. Integrale zorg en ondersteuning zet sterk in op **preventieve actie en de mobilisering van verbindende krachten in de samenleving**.

Voor de raad kan deze integrale zorg en ondersteuning pas gerealiseerd worden door **het direct toegankelijk eerstelijnsaanbod te versterken over de sectoren en beleidsdomeinen** heen. De discussie over de **organisatorische randvoorwaarden en de intersectorale inzet van middelen** mag niet verward worden met het doel van een integrale aanpak: de optimale afstemming van zorg en ondersteuning op de behoeften van burgers die zich tijdelijk of permanent in een kwetsbare situatie bevinden.

⁹ European Social Network Conference (Edinburgh, 2005)

¹⁰ De WHO stelt in het rapport "Innovative care for chronic conditions" dat de kwaliteit van leven van de gebruiker en zijn omgeving moet worden opgenomen als een belangrijke 'outcome' van zorg en tegelijk moet de rol van de gebruiker in het bekomen van dat resultaat worden benadrukt (WHO, 2002, pp. 41-65).

3.1. Kwaliteit van leven

Integrale zorg en ondersteuning streeft naar een goede kwaliteit van leven voor elke burger door zorg en ondersteuning te bieden die iedereen in staat stelt op elk tijdstip in zijn leven goed voor zichzelf te zorgen, verbinding te maken met zijn sociale omgeving en regie over zijn leven te behouden met het oog op het optimaliseren van welzijn en gezondheid. Integrale zorg en ondersteuning streeft naar kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning op maat.

Kwaliteit van leven centraal stellen betekent dat we uitgaan van een holistische mensbeeld. Geestelijke, lichamelijke, sociale en spirituele aspecten van de mens moeten altijd in hun samenhang benaderd worden. Internationaal vinden we deze mensvisie terug in het eco-biopsychosociaal model.

Met kwaliteit van leven als kernbegrip van integrale zorg en ondersteuning staat ons zorgmodel voor de uitdaging een paradigmashift te maken van probleemgerichte naar doelgerichte zorg en ondersteuning¹¹. Het houdt dus ook een verschuiving in van aanbodgerichte naar vraag- of behoeftegerichte zorg en ondersteuning.

Bij een probleemgericht (of ziektegericht) model willen we het probleem aanpakken en/of oplossen met het beschikbare aanbod. Hierbij bestaat het gevaar dat er over het hoofd gezien wordt, wat echt belangrijk is voor veel mensen met een zorgbehoefte, namelijk de mate waarin ze (nog of terug) kunnen functioneren en kunnen deelnemen aan het sociale leven¹², ¹³. Het streven naar volwaardig burgerschap bij personen met een handicap en de herstel- en revalidatiegedachte voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen zijn bewegingen die deze kwaliteit van leven al eerder voorop stelden (cfr. inclusieve samenleving).

Bij een doelgericht zorg- en ondersteuningsmodel staat het beluisteren van vragen en behoeften van de persoon met zorgbehoefte centraal. De vragen worden verduidelijkt en garticuleerd in het kader van de sociale leefomgeving. Men zal daardoor spontaan ook meer aandacht geven aan en ruimte laten voor de ondersteuning van eigen krachten van de persoon (empowerment) om met de problemen om te gaan. De persoon met zorgbehoefte wordt indien mogelijk door zijn omgeving en, indien nodig, door professionals bijgestaan om een goede kwaliteit van leven te behouden of te verwerven en om zijn zelf bepaalde doelen te realiseren. Het is bij doelgerichte zorg en ondersteuning ook de persoon met zorgbehoefte zelf die evalueert of zijn doelen al dan niet bereikt worden, niet de professional.

¹¹ MOLD J., Blake G. & Becker L. (1991), *Goal-oriented medical care*, Fam. Med., 23(1), 46-51.

¹² Cfr. International Classification of Functions (ICF)

¹³ De Maeseneer J, Boeckxstaens P. Multimorbiditeit, doelgeoriënteerde zorg en sociale rechtvaardigheid. Huisarts Nu 2012;41(3):115-122.

3.2. Een zorgende samenleving

Integrale zorg en ondersteuning heeft ook aandacht voor wat er 'in de samenleving' nodig is aan zorg en ondersteuning om een persoon – met of zonder zorgbehoefte – in staat te stellen op elk tijdstip in zijn of haar leven een goede kwaliteit van leven na te streven.

Een zorgmodel dat enkel focust op acute, curatieve professionele zorg schiet hier tekort. Bijzondere aandacht moet gaan naar alle vormen van zorg en ondersteuning die ook buiten de formele of professionele zorg en ondersteuning worden opgenomen en die vaak ook preventief van aard zijn. **Zelfzorg, informele en formele zorg** situeren zich op een **continuüm van zorg en ondersteuning**, waarbij wederzijdse communicatie en samenwerking zeer belangrijk zijn. Professionele zorg en ondersteuning moet vertrekken vanuit de preventieve grondgedachte dat ondersteuning en begeleiding van zelfzorg en informele zorg nodig is.

Onder meer de verminderde draagkracht van gezinnen en de grotere participatie van vrouwen op de arbeidsmarkt zetten de informele zorg onder druk. Beleidsmakers en de professionals moeten inzetten op het activeren en vergroten van de informele zorgcapaciteit waarbij zowel mannen als vrouwen worden aangesproken om een zorgende samenleving te realiseren. Ook de sociale cohesie en het sociaal kapitaal van mensen moet worden versterkt.

De formele of professionele zorg en ondersteuning speelt ook in de bredere context van een 'zorgende samenleving' een essentiële rol. De professionele ondersteuning moet op dit terrein een **verbindende functie** opnemen. Het is belangrijk maatschappelijk in te zetten op meer vroegtijdige en weinig ingrijpende interventies waar de professionele ondersteuning meer aandacht kan geven aan sociale cohesie, probleemvoorkoming, preventie en gezondheids- en welzijnsbevordering. De actoren in het sociaal werk en het sociaal cultureel werk die nu al een verbindende rol spelen, kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan een zorgende samenleving. Ze moeten daarom, meer dan nu het geval is hun terechte plaats krijgen, in de organisatie van de zorg en ondersteuning (o.a. in het lokaal welzijnsoverleg).

Die reorganisatie verschuift het zwaartepunt naar preventie. We merken op dat er onder **preventie** veel meer moet begrepen worden dan 'vermijden dat mensen ziek worden'. Preventie kan bijvoorbeeld ook probleemvoorkomend zijn door de sociale netwerken van mensen te versterken. Een preventief beleid moet dus een brede invulling krijgen. Vandaag stellen we vast dat het begrip preventie in de gezondheidssector en in de welzijnssector zeer verschillend wordt ingevuld. Om tot integrale zorg en ondersteuning te komen, moet er dan ook bijzondere aandacht besteed worden aan een nieuw én gezamenlijk, maatschappelijk gekaderd, begrip van preventie in welzijns- en gezondheidssectoren.

De raad pleit ervoor om bij de organisatie van een continuüm van informele zorg tot formele zorg en ondersteuning de idee van subsidiariteit of **getrapte zorg** te hanteren. Gaande van zelfzorg, over mantelzorg en wijk- en buurtzorg naar de professionele eerstelijnszorg en ondersteuning tot de gespecialiseerde zorg en ondersteuning. Subsidiariteit betekent in deze context dat men alle kansen wil geven aan zelfzorg, mantelzorg en informele zorg en dit professioneel mee zal ondersteunen. Het betekent dat de minst ingrijpende zorg en ondersteuning voorrang krijgt; minimale zorg geleverd door het informele netwerk waar mogelijk, meer intensieve formele zorg en ondersteuning waar nodig. Wanneer meer gespecialiseerde vormen van zorg en ondersteuning noodzakelijk zijn, zullen deze ook niet langer worden aangehouden dan nodig is voor het herstel van de persoon met zorgbehoefte. De raad benadrukt dat het gaat om een wisselwerking tussen de verschillende vormen van zorg en ondersteuning. Informele zorg moet steeds een vrije keuze kunnen zijn. Door het ondersteunen en aanvullen van die informele zorg met andere vormen van zorg en ondersteuning, zal ze in veel gevallen ook beter haalbaar worden. 'Het streefdoel is een **gedeelde zorg en ondersteuning** op maat van de persoon met zorgbehoefte, waarbij niet automatisch uitgaan

wordt van het maximale aanbod. Getrapte zorg bevordert de autonomie van van de persoon met zorgbehoefte en vermijdt zorgafhankelijkheid' (Everaert S., Scheerder G., De Coster I. en Van Audenhove Ch., 2007, p. 14).

De raad meent dat de samenwerking tussen informele zorg en formele zorg en ondersteuning best op een lokaal niveau dicht bij de dagelijkse leefwereld van mensen plaatsvindt.

Een zorgende samenleving kunnen we maar neerzetten wanneer er ook **'zorg en ondersteuning is voor de professional'**. De raad benadrukte reeds het belang van ondersteuning van de informele zorg, en meent dat ook de nodige aandacht moet gaan naar de werkbaarheid en juiste ondersteuning van de professionals. Ook bij de professionals is het zeer belangrijk de balans tussen draagkracht en draaglast in een goed evenwicht te houden. Een goede organisatie van de professionele zorg en ondersteuning moet ook de professional zelf versterken.

4. Werken aan integrale zorg en ondersteuning

Er zijn verschillende wegen te bewandelen naar meer integrale zorg en ondersteuning. Hier-na beschrijft de raad de drie hoofdwegen die we - in eerste instantie - moeten inslaan.

4.1. Versterk het direct toegankelijk eerstelijnsaanbod

In de reflectienota eerstelijns (4 november 2010) stelde de SAR WGG al dat de eerste lijn - of het direct toegankelijk aanbod - sterke troeven heeft om, in het kader van een integrale zorgbenadering, een belangrijke rol te spelen op het vlak van preventie, de opname van zorg en ondersteuning in de samenleving en een eventuele instroom naar de professionele zorg. Het is daarom belangrijk het direct toegankelijk aanbod te versterken en territoriaal in te bedden.

Zorg- en ondersteuningsvragen zijn immers vragen over het dagelijkse leven (huishouden, opvoeding, stress op het werk, ouder worden, verlieservaring, administratieve problemen). De samenleving moet er goed over nadenken of, en welke professionals hiervoor worden ingezet. Niet alles moet door (medische) professionals en specialisten worden opgenomen. Dit vraagt om een ander organisatiemodel waarin de generalist evenveel naar waarde geschat wordt als de specialist¹⁴. Een model waarin de sociale professional een evenwaardige functie krijgt ten opzichte van de medische professional. We moeten durven onderzoek doen naar de kost voor de samenleving van de eerste lijn, tweede en derde lijn en hoe we een aantal zaken efficiënter kunnen organiseren door ook andere (goedkopere) professionals een volwaardige plaats te geven. Iedereen inzetten op dat niveau zodat de juiste deskundigheid t.a.v. het gestelde probleem, op de juiste plaats aanwezig is.

Het wordt bovendien een uitdaging om de rol te herschrijven die professionals in het direct toegankelijk aanbod precies kunnen of moeten opnemen. Het is niet meer de professional alleen die het probleem vaststelt en/of behandelt. Het zijn de doelstellingen van de persoon met zorgbehoefte die in inhoud van de zorg en ondersteuning zullen bepalen, in een evenwaardige relatie tussen de persoon met zorgbehoefte en de professional (supra: van probleemgerichte naar doelgerichte zorg en ondersteuning).

Het is belangrijk te benadrukken dat het streven naar een versterking van de eerste lijn, zodat deze zijn opdracht kan waarmaken om het appèl op de zorgende samenleving te doen, niet in tegenspraak is met een sterke tweede en derde lijn. Wanneer de eerste lijn er beter in slaagt de minder zware zorg- en ondersteuningsvragen te begeleiden in de context van een zorgende samenleving (inclusie en vermaatschappelijking) zal de specialistische zorg en ondersteuning zich beter op de specificiteit van de zware zorg- en ondersteuningsbehoeften kunnen focussen. Door een sterke eerste lijn komen mensen met lichte zorg- en ondersteuningsvragen terecht op de juiste plaats en zou het oneigenlijk gebruik van de specialistische zorg en ondersteuning moeten afnemen. Zo wordt er meer efficiënt gebruik gemaakt van de specialistische expertise. Bovendien is het maatschappelijk ontoelaatbaar dat er wachtlijsten bestaan of ontstaan voor de zwaarste zorg- en ondersteuningsbehoeften.

¹⁴ Royal College of General Practitioners. Medical generalism – Why expertise in whole person medicine matters. London, RCGP, 2012. Geraadpleegd op: http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/-/media/Files/Policy/A-Z%20policy/Medical-Generalism-Why_expertise_in_whole_person_medicine_matters.ashx

De raad merkt op dat dit alles niet in een ‘besparingslogica’ mag plaatsvinden maar in een logica van effectieve en kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning op maat.

4.2. Mobiliseer intersectorale samenwerking

De organisatie van welzijn en gezondheid in België en Vlaanderen is grotendeels organisch gegroeid vanuit het vrij initiatief en gebeurt vandaag nog steeds op basis van vele indelingen. Indelingen op basis van doelgroep, sector, levensbeschouwing, bevoegdheidsniveau, type aanbieder en professionele disciplines. Het huidige Vlaamse gezondheids- en welzijnszorgaanbod is dan ook zeer gefragmenteerd. Welzijnszorg en gezondheidszorg functioneren los van elkaar. Dit zorgt voor een gecompliceerd aanbod.

Personen met zorgbehoefte verwachten echter omvattende zorg¹⁵ en ondersteuning zonder fragmentering die vaak inherent is aan de opdeling in sectoren en professionele disciplines.

Voor de raad kan integrale zorg en ondersteuning daarom enkel plaatsgrijpen als er resoluut voor een **interdisciplinaire en intersectorale actie en samenwerking** wordt gekozen.

In de eerste plaats moet het beleid steeds meer de intersectorale kaart te trekken. Het huidige Vlaams beleid heeft al goede initiatieven genomen in die richting maar tegelijkertijd zien we nog voortdurend sectoraal beleid dat niet of onvoldoende afgetoetst wordt aan ontwikkelingen in andere sectoren¹⁶.

De versnipperde aansturingsniveaus zijn hier niet vreemd aan.

- De sectorale centrale aanpak op het Vlaams niveau bemoeilijkt een integrale aanpak op het lokale niveau¹⁷.
- Ook de verschillende bevoegdheden van het federale en het Vlaamse beleidsniveau bemoeilijken vaak het voeren van een coherent en integraal beleid.

Uiteraard moeten de zorg- en welzijnssectoren zelf ook meer inzetten op intersectorale en interdisciplinaire actie en samenwerking. Er wordt algemeen aangenomen dat er op die manier nog ruime marges zijn om de efficiëntie van het professionele zorg- en ondersteuningssysteem te doen toenemen.

Integrale zorg en ondersteuning streeft ook zorgcontinuïteit of een continuüm van zorg en ondersteuning na, gaande van preventie, vroegdetectie, diagnose, curatie of ondersteuning, revalidatie, herstel tot palliatie. Vooral een betere afstemming en coördinatie tussen de verschillende actoren kan hiertoe bijdragen.

De opleiding van gezondheids- en welzijnswerkers moet meer aandacht besteden aan interprofessionele vorming en aan een intersectorale benadering¹⁸.

¹⁵ In de engelstalige literatuur wordt vaak de term “comprehensive care” gebruikt.

¹⁶ Met sectoren bedoelen we zowel de sectoren binnen het beleidsdomein welzijn, gezondheid en gezin als de sectoren in andere beleidsdomeinen zoals als werk, urbanisatie, onderwijs...

¹⁷ Koning Boudewijnstichting (29 maart 2012).

¹⁸ Frenk J, Chen L, Bhutta ZA et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an independent world. The Lancet 2010;376 (9756):1923-58

4.3. Maak domeinoverstijgende beleidskeuzes

Wanneer we in onze samenleving de uitdaging willen aangaan om een toegankelijke en rechtvaardige zorg en ondersteuning te realiseren, kan het beleid zich niet beperken tot acties in het beleidsdomein welzijn, gezondheid en gezin.

Een recent rapport “Fair Society, Healthy lives” geeft hierover duidelijke aanbevelingen: geef elk kind de best mogelijke start in het leven, ontwikkel maximaal de mogelijkheden en competenties van kinderen en jongeren, creëer goede banen voor iedereen, verzeker elkeen van een gezonde levensstandaard, ontwikkel gezonde woonplaatsen voor gezonde gemeenschappen, versterk de impact van gezondheidspromotie en ziektepreventie, versterk individuen en lokale gemeenschappen.¹⁹

De WHO stelt dat structurele determinanten van gezondheid en welzijn (zoals socio-economische positie, opleiding, beroep en inkomen) een impact hebben op de intermediaire determinanten van gezondheid en welzijn (zoals materiële omstandigheden (wonen en werken), gedrag en biologische factoren en psychosociale factoren). Deze intermediaire determinanten hebben op hun beurt een invloed op de individuele welzijns- en gezondheidssituatie van mensen. Ons gezondheids- en welzijnssysteem probeert vooral in te grijpen op intermediaire factoren. Bij de term integrale zorg en ondersteuning doelt men in de internationale literatuur meestal op de wens dat het gezondheidssysteem ‘an sich’ meer integraal zou werken, dat wil zeggen dat het zorgsysteem beter en gelijktijdig moet inspelen op de verschillende intermediaire determinanten. De structurele factoren die onwelzijn en ongezondheid veroorzaken – de linkerkant van het schema (bijlage) – blijven steeds buiten beeld. Die structurele factoren worden beïnvloed door het macro-economisch beleid, het sociaal beleid (huisvesting,...), onderwijs, sociale bescherming, enz.²⁰.

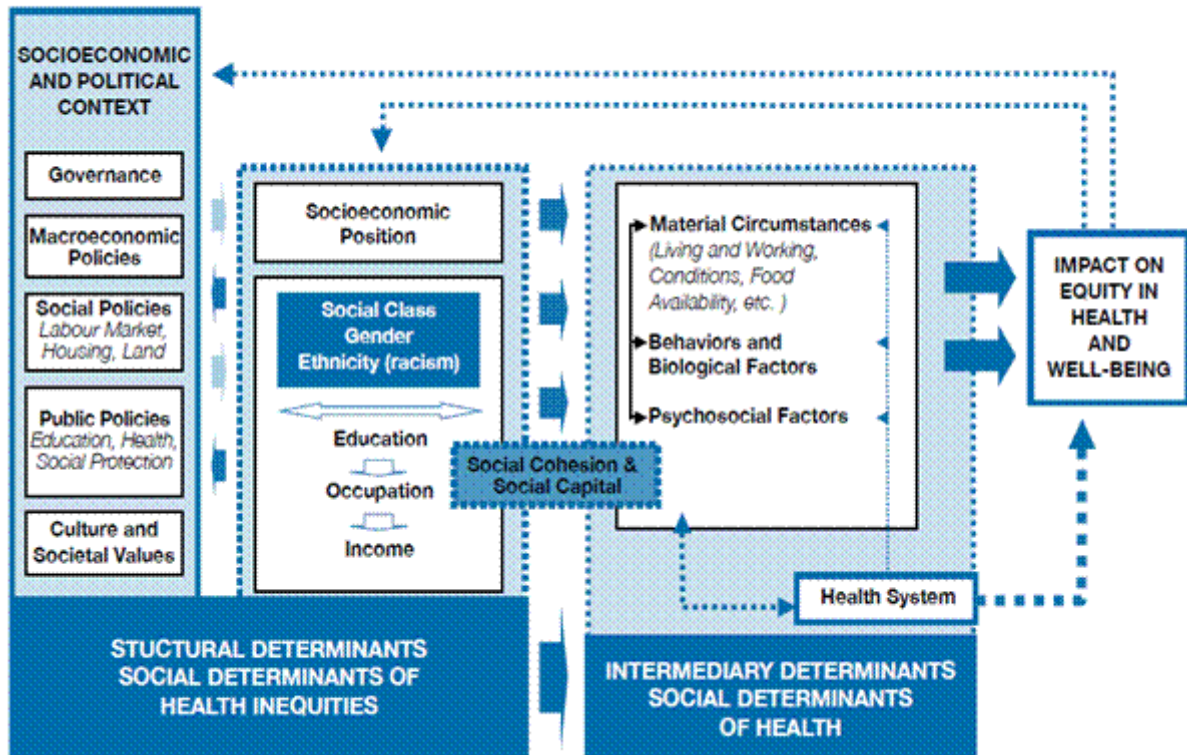
Het is duidelijk dat een integraal zorg- én ondersteuningdbeleid óók moet gaan over wonen, ruimtelijke ordening, werkgelegenheid en arbeidsomstandigheden, onderwijs, milieu, gezonde leefomgeving, armoede en zo meer. We kunnen de kwaliteit, efficiëntie en effectiviteit van ons zorgsysteem enkel verhogen als we meer aandacht schenken aan de omgeving waarbinnen dit zorgsysteem functioneert. Het beleid moet dus niet alleen gericht zijn op het aanbod aan zorg en ondersteuning, maar ook op structurele determinanten van welzijn en gezondheid.

¹⁹ Marmot M. (2010) Fair Society, healthy lives.

²⁰ WHO (2008) Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Schema in bijlage.

Bijlage – Structurele determinanten van gezondheid en welzijn (WHO, 2008)

Figure 5. Final form of the CSDH conceptual framework



Literatuur

Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg (11 december 2010), Werkgroep positionering. Eindrapport.

De Maeseneer J, Boeckxstaens P. (2012) *James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care and equity*. British Journal of General Practice.

Everaert S., Scheerder G., De Coster I. en Van Audenhove Ch. (2007) *Getrapte zorg voor personen met depressie in de centra geestelijke gezondheidszorg. Analyse, evaluatie en optimalisering van het zorgaanbod*. Lucas:Leuven.

van Ewijk H. (2010). *Maatschappelijk werk in een sociaal gevoelige tijd*, Universiteit voor Humanistiek, Utrecht.

Hermans K. & Desair K. (mei 2009) *Sociaal werk de toekomst in!* Centrum voor sociologisch onderzoek, K.U.Leuven.

Koning Boudewijnstichting. (29 maart 2012). *Ongelijk Gezond. Aanbevelingen voor het lokaal niveau*. Brussel.

Lammertijn F. (mei 2009) *Sociaal werk in verandering. Het maatschappelijke decor*. Centrum voor sociologisch onderzoek, KU.Leuven

Marmot M. (2010). Fair Society, healthy lives. *The Marmot Review*.

Mold J., Blake G. & Becker L. (1991). Goal-oriented medical care. *Fam. Med.*, 23(1), 46-51.

Vlaamse Gezondheidsraad (2006/2). *De toekomst van het gezondheids(zorg)beleid in Vlaanderen, met bijzondere aandacht voor de eerstelijnsgezondheidszorg*.

Wilkinson R. & Pickett K. (2009). *The spirit level. Why equality is better for everyone*. Penguin Books.

World Health Organisation (2002). Global Report. *Innovative Care for Chronic Conditions. Building blocs for Action*.

World Health Report (2008). *Primary Health Care – Now more than ever*. Chapter 3. Putting people first. WHO.