



## 9 jaar beleidsadvies over welzijn, gezondheid en gezin

Het referentiekader van de SAR WGG: uitgangspunten voor de toekomst.

# Colofon

## Verantwoordelijke uitgever

De Maeseneer Jan, SAR WGG

## Tekst

Secretariaat SAR WGG

Secretaris Gunter Naets

Beleidsmedewerkers Annick De Donder, Barbara Krekels

## Productie

Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin

Koning Albert II-laan 35, bus 30

1030 Brussel

## Meer informatie

[www.sarwgg.be](http://www.sarwgg.be)

## Depotnummer

D/2019/3241/078



Strategische Adviesraad • Welzijn • Gezondheid • Gezin

Wetstraat 34-36 • 1040 Brussel • T +32 2 209 01 11 • F +32 2 217 70 08 •  
[info@sarwgg.be](mailto:info@sarwgg.be) • [www.sarwgg.be](http://www.sarwgg.be)

# Voorwoord

Beste lezer,

De Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR WGG) werd opgericht in 2008 en trad het jaar nadien in werking. De SAR WGG had de opdracht om de Vlaamse overheid te adviseren op strategisch niveau over het Vlaamse welzijns-, gezondheids- en gezinsbeleid. We formuleerden ook beleidsvoorstellen en schreven mee aan de algemene beleidsvisie over het welzijns-, gezondheids- en gezinsbeleid in Vlaanderen.

Het voorbije decennium is de visie op zorg en ondersteuning sterk geëvolueerd. De leden van de SAR WGG hebben die evolutie vertaald in vele adviezen en in enkele visienota's op eigen initiatief. We hebben daarbij altijd getracht om de zorg- en ondersteuningsvraagstukken te benaderen vanuit een perspectief dat de sectoren, de beleidsdomeinen én beleidsniveaus overstijgt. Zo bouwden we een referentiekader op dat door de leden breed is uitgedragen. Begrippen zoals integrale zorg en ondersteuning, zorg en ondersteuning gericht op de realisatie van levensdoelen, de persoon met zorgbehoefte en de professional in zorg en ondersteuning zijn intussen breed verspreid en verworven. De SAR WGG heeft op deze manier bijgedragen aan de ontwikkeling van het integrale denken over zorg en ondersteuning.

In deze publicatie vindt u de neerslag van dit referentiekader aan de hand van de meest relevante visienota's. Ze zijn tot stand gekomen door een mix van wetenschappelijke evidentie, praktijkervaring en opinievorming door de leden van de Raad. De visienota's vertrekken van heldere maatschappelijke keuzes zoals, onder meer, autonomie van de persoon met een zorgbehoefte, kwaliteit van leven, vertrekken van kansen en mogelijkheden, samenwerking en solidariteit.

Deze publicatie documenteert de uitgangspunten van de SAR WGG die als basis dienden voor de meer dan 200 beleidsadviezen in 9 jaar beleidsadvisering.

Maar ik hoop vooral dat deze publicatie het verdere debat zal voeden. Ik nodig al wie in de komende jaren zal participeren in beleidsvoorbereiding, -ondersteuning en -advisering uit om kritisch te reflecteren rond deze uitgangspunten en ze - waar relevant - mee te nemen en te vertalen in documenten, teksten, adviezen en regelgeving op de verschillende beleidsniveaus.

Ik richt me daarmee tot u, de lezer, tot elkeen die op welk beleidsniveau ook, begaan is met een maatschappelijk verantwoord en toekomstgericht beleid rond welzijn, gezondheid en gezin in de breedste betekenis. Ik richt me tot u met de vraag om het referentiekader van de SAR WGG ter harte te nemen en ermee aan de slag te gaan.

Het was voor mij een voorrecht om in de voorbije jaren te mogen werken met een groep betrokken, gemotiveerde en deskundige raadsleden, die erin geslaagd zijn om het perspectief van de eigen groep te overstijgen en toekomstgericht het algemeen belang strategisch centraal te stellen. Dat op die manier bijna alle adviezen in consensus tot stand gekomen zijn, illustreert de bereidheid van de groep, om naar elkaars argumenten te luisteren en samen een meerwaarde te realiseren. We hebben de respons van kabinet, parlement en de bredere samenleving op onze adviezen steeds op prijs gesteld.

In naam van alle leden, wens ik onze dank uit te drukken voor de zeer gewaardeerde ondersteuning door het team van Gunter Naets, Barbara Krekels, Annick De Donder en Bilal Benyaich.

Als de adviezen in deze bundel in de komende jaren een bijdrage leveren tot een samenleving die via participatief beleid en kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning meer welzijn voor iedereen en meer sociale cohesie creëert, dan hebben onze teksten - nu we formeel als strategische adviesraad ophouden te bestaan - een toekomst.

### **Prof. dr. em. Jan De Maeseneer**

Voorzitter van de SAR WGG van 1 oktober 2010 tot 31 december 2018

*Eén van de eerste wapenfeiten van de jonge adviesraad was de visienota over Maatschappelijk verantwoorde zorg (MVZ, 24 februari 2011). De nota scheidt een kader dat de uitgangspunten van "Maatschappelijk verantwoorde zorg" beschrijft. Dat kader is de voorbije jaren erg behulpzaam geweest in het debat over wat goede zorg en ondersteuning inhoudt en over wat we daarbij verwachten van de verschillende actoren.*

*Op 31 december 2018 hield de SAR WGG ermee op. Opvolging is verzekerd door de nieuwe Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Deze Vlaamse Raad WVG neemt de opdrachten van de SAR WGG als adviesorgaan over, maar is daarnaast ook een overlegorgaan. Het overleg heeft als ambitie om akkoorden met de Vlaamse Regering af te sluiten.*

*Als laatste wapenfeit presenteerde de SAR WGG op 20 december 2018 de geactualiseerde visienota Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning (MVZO).*

*Zo is de cirkel rond.*

# Inleiding

In deze inleiding vindt u een korte samenvatting van de vier visienota's van de SAR WGG. Verderop in deze publicatie volgt de integrale tekst van de visienota's.

## Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning (20 december 2018)

Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning is zorg en ondersteuning die tegelijk kwaliteitsvol, performant, sociaal rechtvaardig, relevant en toegankelijk is. In de afweging van deze vijf uitgangspunten ten opzichte van elkaar moet het maatschappelijk debat worden beslecht over welke zorg en ondersteuning we aan de burger in Vlaanderen willen bieden. De vijf uitgangspunten zijn onderling afhankelijk. We kiezen voor een smalle afbakening van de uitgangspunten. Juist door ze als één geheel te lezen komen we tot een goede omschrijving van Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning.

Voor elk van de vijf uitgangspunten zijn een aantal componenten beschreven:

- Kwaliteit omvat structurele kwaliteit, proceskwaliteit, kwaliteit van het resultaat, veiligheid, voortdurend verbeteren en innoveren, integratie, ethiek en privacy, transparantie.
- Performantie omvat doeltreffendheid, doelmatigheid, transparant sociaal ondernemen, continuïteit, betaalbaarheid.
- Sociale rechtvaardigheid omvat universaliteit, proportioneel universalisme, solidariteit, te rechtvaardigen zorg en ondersteuning.
- Relevantie omvat doelgeoriënteerde zorg en ondersteuning, het algemeen belang, menselijke waardigheid, integriteit en diversiteit, invulling behoeften en vragen in relatie tot de keuzevrijheid van het individu, subsidiariteit en gedeelde zorg en ondersteuning.
- Toegankelijkheid omvat beschikbaarheid, tijdigheid, bereikbaarheid, betaalbaarheid voor de persoon met zorgbehoefte, toegang tot informatie, aanvaardbaarheid.

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

## Integrale Zorg en Ondersteuning in Vlaanderen (7 december 2012)

De visienota integrale zorg en ondersteuning gaat in op de diepgaande wijzigingen in onze samenleving, die ons voor bijzondere uitdagingen stellen. Die uitdagingen dwingen ons op zoek te gaan naar een integraal zorg- en ondersteuningsmodel binnen de context van een zorgende samenleving. Dat betekent een heuse paradigmashift waarbij Integrale Zorg en Ondersteuning (IZO) de behoeften, vragen, doelstellingen en levensdoelen van de persoon met zorgbehoefte als uitgangspunt neemt. Het nastreven van een goede kwaliteit van leven voor elke burger moet de ultieme ambitie zijn van een integrale zorg en ondersteuning. Daarbij is het essentieel dat professionele (zorg- en ondersteunings-)systemen pas in actie komen

wanneer ze nodig zijn en enkel daar waar ze nodig zijn. Integrale zorg en ondersteuning zet ook sterk in op preventieve actie en verbindende krachten in de samenleving. Het doel van de integrale aanpak is duidelijk: de optimale afstemming van zorg en ondersteuning op vragen en behoeften van burgers die zich tijdelijk of permanent in een kwetsbare situatie bevinden.

#### Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst (17 december 2015)

In de visienota over het nieuwe professionalisme bouwden we hierop verder. We stellen dat kwaliteit van leven zich onder meer vertaalt in het streven naar het zo goed mogelijk functioneren van de persoon met zorgbehoefte in de samenleving én het kunnen participeren aan de samenleving. De noden en vragen van burgers en personen met zorgbehoefte zijn sterk veranderd (meer chronische problemen, multimorbiditeit,...). Bijgevolg dient ook het systeem van zorg en ondersteuning zich aan te passen. In de visienota stelden we dat we een meer generalistische benadering van zorg en ondersteuning nodig hebben en dat we ook meer moeten zoeken naar verbinding in en met de samenleving. Onder meer bij de professional zelf ligt o.i. een belangrijke sleutel om deze paradigmashift te maken. Deze visienota is een oriënterend kader dat beschrijft hoe professionals best functioneren met het oog op integrale zorg en ondersteuning. Het is hierbij niet de intentie om de verantwoordelijkheid voor het realiseren van integrale zorg en ondersteuning alleen bij de professional te leggen. Wat we verwachten van het onderwijs, de arbeidsmarkt en het beleid om professionals te ondersteunen en ruimte te geven voor het bieden van integrale zorg en ondersteuning moet nog verder worden uitgewerkt.

#### Voorstel voor een Vlaamse gezondheidsdoelstelling over het verkleinen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn (21 december 2017)

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

# Algemene inhoudstafel

<b>DEEL 1</b> - Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning (20 december 2018).....	9
<b>DEEL 2</b> - Integrale Zorg en Ondersteuning in Vlaanderen (7 december 2012) .....	51
<b>DEEL 3</b> - Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst - Een ondersteunend kader (17 december 2015) .....	71
<b>DEEL 4</b> - Voorstel voor een Vlaamse gezondheidsdoelstelling over het verkleinen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn (21 december 2017) .....	105







# Visienota

## Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning

Brussel, 20 december 2018

# Inhoud

Inhoud.....	10
Lexicon .....	11
Inleiding .....	13
Uitgangspunten en componenten.....	17
1. Kwaliteit .....	17
1.1.Omschrijving .....	17
1.2. Componenten .....	19
2. Performantie.....	26
2.1. Omschrijving .....	26
2.2. Componenten .....	27
3. Sociale rechtvaardigheid .....	31
3.1. Omschrijving .....	31
3.2. Componenten .....	32
4. Relevantie.....	35
4.1. Omschrijving .....	35
4.2. Componenten .....	38
5. Toegankelijkheid .....	43
5.1. Omschrijving .....	43
5.2. Componenten .....	44

# Lexicon

## Zorg en ondersteuning

We kiezen ervoor om de begrippen ‘zorg en ondersteuning’ te gebruiken en met elkaar te verbinden als een geheel. Zorg en ondersteuning staat voor alle vormen van (gezondheids)zorgverlening en hulp- en dienstverlening in de sectoren die onder het beleidsdomein Welzijn, (Volks)gezondheid en Gezin vallen.

*Zie Visienota Integrale Zorg en Ondersteuning voor een uitgebreide motivering van deze keuze.*

## Persoon met zorgbehoefte

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’. *Zie Visienota Nieuw Professionalisme voor een motivering van de keuze voor deze term.*

## Professional in zorg en ondersteuning

We hanteren de term ‘professionals in zorg en ondersteuning’ om alle beroepen aan te wijzen die in de gezondheids- en welzijnssectoren (beleidsdomein Welzijn, (volks) Gezondheid en Gezin) een rol spelen in de zorg en ondersteuning van personen met zorgbehoefte, wars van de bevoegdheidsverdeling in dit land. Wij doelen met deze term dus zowel op gezondheidszorgberoepen (federale materie) als op zorg- en welzijnsberoepen (bevoegdheid van de deelstaten).

## Professionals

Wanneer we – omwille van de leesbaarheid van de tekst – spreken van ‘professionals’ bedoelen we alle ‘professionals in zorg en ondersteuning’.

## Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning

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

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

# Inleiding

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

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

De visie op Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning (MVZO) heeft betrekking op alle sectoren die onder het beleidsdomein Welzijn, (Volks)gezondheid en Gezin vallen. We hanteren een gemeenschappelijke taal die ons in staat stelt gelijkenissen te benoemen en verschillen te vatten. Dat is essentieel. Babylonische spraakverwarring vormt meestal een belangrijke hinderpaal bij het bevorderen van samenwerking en overleg. Een gemeenschappelijke taal is een eerste stap naar integratie van verschillende sectoren die zich om het welzijn en de gezondheid van mensen bekommeren<sup>1</sup>.

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

■ Integrale Zorg en Ondersteuning (7 december 2012)

■ Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst (17 december 2015)

■ Voorstel voor Vlaamse gezondheidsdoelstelling over het verkleinen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn (21 december 2017)

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

---

1 SAR WGG (7 december 2012). Visienota Integrale Zorg en Ondersteuning. (zie p. 45-55).

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

De visienota integrale zorg en ondersteuning gaat in op de diepgaande wijzigingen in onze samenleving, die ons voor bijzondere uitdagingen stellen. Die uitdagingen dwingen ons op zoek te gaan naar een integraal zorg- en ondersteuningsmodel binnen de context van een zorgende samenleving. Dat betekent een heuse paradigmashift waarbij Integrale Zorg en Ondersteuning (IZO) de behoeften, vragen, doelstellingen en levensdoelen van de persoon met zorgbehoefte als uitgangspunt neemt. Het nastreven van een goede kwaliteit van leven voor elke burger moet de ultieme ambitie zijn van een integrale zorg en ondersteuning. Deze benadering vertrekt vanuit een holistisch mensbeeld.

In de visienota over het nieuwe professionalisme bouwden we hierop verder. We stellen dat kwaliteit van leven zich onder meer vertaalt in het streven naar het zo goed mogelijk functioneren van de persoon met zorgbehoefte in de samenleving én het kunnen participeren aan de samenleving. De noden en vragen van burgers en personen met zorgbehoefte zijn sterk veranderd (meer chronische problemen, multimorbiditeit,...). Bijgevolg dient ook het systeem van zorg en ondersteuning zich aan te passen. In de visienota stelden we dat we een meer generalistische benadering van zorg en ondersteuning nodig hebben en dat we ook meer moeten zoeken naar verbinding in en met de samenleving. Onder meer bij de professional zelf ligt o.i. een belangrijke sleutel om deze paradigmashift te maken. Deze visienota is een oriënterend kader dat beschrijft hoe professionals best functioneren met het oog op integrale zorg en ondersteuning. Het is hierbij niet de intentie om de verantwoordelijkheid voor het realiseren van integrale zorg en ondersteuning bij de professional alleen te leggen. Wat we verwachten van het onderwijs, de arbeidsmarkt en het beleid om professionals te ondersteunen en ruimte te geven voor het bieden van integrale zorg en ondersteuning moet nog verder worden aangegeven.

---

2 Zie hiervoor ook visienota over het nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning, (zie p. 79).

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

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

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

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



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

In deze inleiding gaat onze aandacht ook naar de relatie tussen Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning - zoals wij het binnen de SAR WGG opvatten - en het Triple Aim-raamwerk. Het gaat in beide gevallen om kaders, ontwikkeld om te reflecteren over hoe een samenleving goede zorg en ondersteuning voor zijn burgers kan voorzien binnen een context van toenemende en veranderende zorgvragen en budgettaire grenzen.

## **Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning en Triple Aim**

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

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

Tenslotte is ook de werkbaarheid voor de professional een belangrijk aandachtspunt. Het Triple Aim-principe wordt intussen vaak aangevuld met 'kwaliteit van werk voor de professionals' als vierde doel (quadruple aim). Dat vierde doel moet de spreidstand tussen de verwachtingen van de samenleving en de professionele realiteit mee ondervangen. De prevalentiecijfers voor burn-out bij professionals in zorg en ondersteuning blijken immers samen te hangen met een lagere patiënttevredenheid, verminderde resultaten en hogere kosten<sup>3</sup>.

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

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



# Uitgangspunten en componenten

## 1. Kwaliteit

### 1.1. Omschrijving

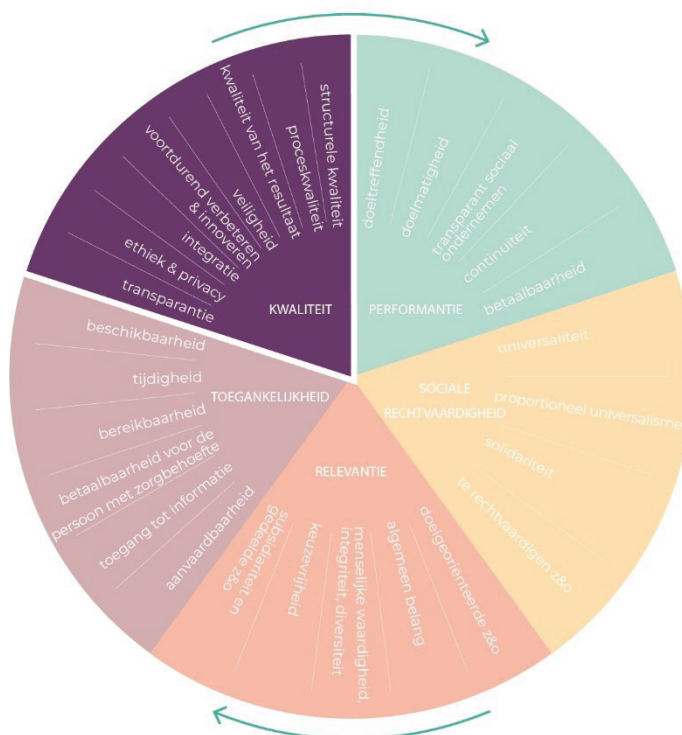
Elke persoon met zorgbehoefte heeft recht op kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning.

Iedereen die zorg en ondersteuning verleent in Vlaanderen wordt geacht dit op een kwaliteitsvolle manier te doen. De eerste verantwoordelijke hierbij is dan ook de voorziening, organisatie of verstrekker van de zorg en ondersteuning zelf<sup>4</sup>.

Het kwaliteitsdenken heeft de voorbije decennia een hele evolutie doorgemaakt. Dit vertaalt zich in de nadruk die op de verschillende componenten van kwaliteit wordt gelegd. De nadruk verschuift van het naleven van structuurnormen over het proces van kwaliteit naar resultaatsindicatoren of het meten van outcome<sup>5</sup>. Voor de SAR WGG

is het essentieel om kwaliteit op een dynamische manier te benaderen. Het betekent dat er **permanent gestreefd wordt naar kwaliteitsverbeterende interventies**. We menen dat de overheid organisaties en professionals moet aanmoedigen om processen van kwaliteitsverbetering op te zetten<sup>6</sup>. Organisaties en professionals streven voortdurend naar het verbeteren van kwaliteit gevat binnen een PDCA<sup>7</sup>-cyclus.

Er bestaan verschillende benaderingen en definities van kwaliteit waarbij verschillende dimensies of componenten van kwaliteit worden onderscheiden. Voor een basisdefinitie verwijzen we naar het “Expert panel on Effective ways of Investing in Health (EXPH)” van de Europese Commissie dat op 10 juli 2014 een rapport uitbracht over Kwaliteit en Patiëntveiligheid.



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

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

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

7 Plan, Do, Check, Act

Daarin wordt de definitie van het Institute of Medicine (1990) opnieuw naar voor geschoven als een goede omschrijving van kwaliteit, namelijk "(...) *the degree to which health, [welfare and family] services for individuals and populations increase the likelihood of desired health, [welfare and family] outcomes and are consistent with current knowledge.*<sup>8</sup>" Deze definitie stelt dat kwaliteit de mate is waarin het aanbod in zorg en ondersteuning de gewenste (gezondheids-)‘outcome’ van individuen en populaties kan verbeteren. Interessant hier is dat niet alleen naar personen met zorgbehoefte wordt gekeken maar naar individuen én populaties. Op die manier worden dus ook preventie en gezondheidss promotie tot kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning gerekend. Bovendien wordt met de term ‘desired’ health outcomes ook het perspectief van de ontvangers van zorg en ondersteuning meegenomen in de definitie.

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

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

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

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

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

---

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

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

## Een smalle afbakening van kwaliteit

Het EXPH begrijpt kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning als *(health) care that uses the available and appropriate resources in an efficient way to contribute equitably to the health improvement of individuals and the population as a whole. This implies that provision of care is consistent with current professional knowledge, focuses on the needs and goals of individuals, their families and communities, prevents and avoids harm related to care, and involves persons/patients as key partners in the process of care*<sup>10</sup>.

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

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

## 1.2. Componenten

### Structurele kwaliteit

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

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

We verwachten voor beroepen in zorg en ondersteuning een toenemende krapte op de arbeidsmarkt. Het is dus erg belangrijk dat organisaties inzetten op vormen van innovatieve arbeidsorganisatie, werkbaar werk, wendbaar werk, competenties, job crafting, en zo meer.

---

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

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

De professional wordt dan meer gezien als co-creator van zorg en ondersteuning, in dialoog met de persoon met zorgbehoefte, en vertrekkend vanuit een waarden-gedreven benadering (quadruple aim). We vinden het belangrijk dat de overheid hier een actieve rol speelt door de nodige randvoorwaarden te creëren ter ondersteuning van deze innovaties in de arbeidsorganisatie.

## Proceskwaliteit

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

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

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

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

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

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

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

---

12 Vlaamse Gezondheidsraad (2002). Externe kwaliteitsevaluatie van ziekenhuizen, p. 3.

## Kwaliteit van het resultaat

Het effectieve resultaat van zorg- en ondersteuningsprocessen is een essentieel onderdeel van kwaliteit<sup>13</sup>.

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

Om de kwaliteit van het resultaat van zorg te meten, kan men gebruik maken van resultaatsindicatoren. Resultaatsindicatoren richten zich op de (on)gewenste uitkomst van zorg en ondersteuning. Ze geven dus een indicatie over de uitkomst van zorg en ondersteuning. Deze uitkomstindicatoren kunnen positief (tevredenheid) of negatief (complicaties, klachten,...) worden benaderd. Resultaten kunnen worden gemeten op niveau van symptomen en klachten, biomedische parameters, functionele toestand en kwaliteit van leven, tevredenheid, equity en kosteneffectiviteit<sup>14</sup>.

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

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

## Veiligheid

De veiligheid van de persoon met zorgbehoefte mag niet in het gedrang komen door contact met het zorg- en ondersteuningssysteem<sup>15</sup>.

Veiligheid van zorg en ondersteuning houdt in dat de risico's voor de persoon met zorgbehoefte, voor de professional en voor de initiatieven van vrijwillige en informele zorg en ondersteuning maximaal gecontroleerd, beheerst en hersteld worden.

---

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

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

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

Het houdt ook in dat risico-houdende gebeurtenissen intern worden gemeld, geanalyseerd en gedeeld zodat ze in de toekomst kunnen worden vermeden (cfr. component voortdurend verbeteren)<sup>16</sup>.

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

Niet alleen het toedienen van verkeerde zorg, maar ook 'overuse' en 'underuse' kunnen de veiligheid, en dus de kwaliteit van de zorg en ondersteuning in het gedrang brengen. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt niet alleen bij de persoon met zorgbehoefte, maar ook bij de voorzieningen en professionals en bij de overheid.

## **Voortdurend verbeteren en innoveren**

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

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

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

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

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

Innovatie heeft dus een inhoudelijke, een technologische en een organisatorische dimensie. De inhoudelijke dimensie gaat over fundamentele denkkaders rond een menselijke en emancipatorische zorg en ondersteuning. De technologische dimensie komt neer op nieuwe wetenschappelijke inzichten en technologieën zoals biotechnologie, nanotechnologie, domotica, telecare en zo meer. De organisatorische dimensie gaat over de organisatie van de zorg en ondersteuning<sup>17</sup> waarbij nieuwe visies inzake dienstverleningsmodellen, competentiebeleid, innovatieve arbeidsorganisatie, creativiteitsstimulatie, duurzaam ondernemerschap, intersectorale samenwerking en zo meer een belangrijke rol spelen.

---

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

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

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

## Integratie

Integrale zorg en ondersteuning is de zorg en ondersteuning die zelfzorg, empowerment, preventie, vrijwillige en informele ondersteuning, het acute en het chronische zorg- en ondersteuningsaanbod, het generalistische en het gespecialiseerde zorg- en ondersteuningsaanbod omvat, evenals diensten ter ondersteuning van opleiding, tewerkstelling, wonen, vrije tijd en justitie, en dit doorheen de hele levensloop van de persoon met zorgbehoefte. De persoon die zorg en ondersteuning nodig heeft, denkt immers over zijn zorgnoden of zorgvragen niet na in termen van lijnen of sectoren.

De zorgbehoeften en -vragen van de persoon met zorgbehoefte vormen het uitgangspunt van geïntegreerde zorg en ondersteuning. Deze visie sluit naadloos aan bij het conceptuele raamwerk voor persoonsgerichte en geïntegreerde zorg- en ondersteuningsvoorzieningen van de Wereld Gezondheidsorganisatie<sup>18</sup>. Dit raamwerk is eveneens richtinggevend voor het ontwerp woonzorgdecreet, het conceptuele kader van de Vlaamse sociale bescherming, de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap, de beoogde transitie in de eerstelijnszorg en het nieuwe decreet over de geestelijke gezondheid. Het nastreven van een goede levenskwaliteit en empowerment van de persoon met zorgbehoefte is de ambitie.

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

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

---

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

Samenwerking rond kwaliteit is vandaag erg belangrijk. De evolutie naar een integrale en doelgeoriënteerde zorg en ondersteuning, met aandacht voor zingeving, moet ook in de keuze van kwaliteitsindicatoren zichtbaar worden. Deze paradigmashift moet worden meegenomen in de kwaliteitsmeting<sup>19</sup>.

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

Daarnaast moet ook het belang van de geografische dimensie bij integratie als component van kwaliteit worden genoemd. Het gaat daarbij immers niet alleen om een regionale inschatting van de zorg- en ondersteuningsbehoeften voor de behoefteanalyse (cfr. uitgangspunt toegankelijkheid) maar ook om het bepalen en organiseren van de samenwerkingsverbanden die nodig zijn om een antwoord te bieden op de zorgbehoeften in de regio, met het oog op goede afspraken over samenwerking, nabij en rondom de persoon met zorgbehoefte, met het oog op het realiseren van doelstellingen<sup>20</sup>.

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

## Ethiek en privacy

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

Elke persoon met zorgbehoefte heeft recht op de bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer<sup>21</sup>. Het garanderen van privacy is vandaag een opdracht voor de professional maar moet dit ook zijn voor ondersteunend personeel en vrijwilligers die in aanraking komen met de personen met zorgbehoefte (derden).

---

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

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

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



Met het oog op de uitwisseling van informatie is er nood aan een maatschappelijk gedragen, operationele en veralgemeende regeling omtrent de houding die verwacht wordt van, en de principes die gedragen moeten worden door: de informele zorg- en hulpverleners of naastbetrokkenen, het team van professionals, hun netwerk en derden<sup>22</sup>.

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

## Transparantie

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

Wie zorg en ondersteuning verstrekt in Vlaanderen moet daarover ook verantwoording afleggen. Meer transparantie draagt bij tot betere zorg en ondersteuning. Het is belangrijk te bepalen op welke manier de transparantie en verantwoording het best worden gerealiseerd<sup>23</sup>.

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

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

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

---

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

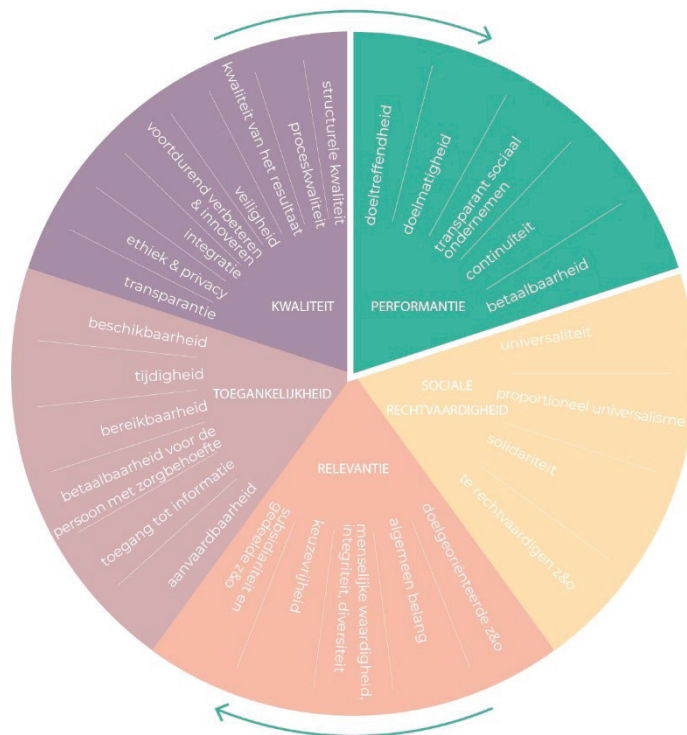
23 SAR WGG (9 oktober 2014) Reflectienota toezicht door derden. p. 7

## 2. Performantie

### 2.1. Omschrijving

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

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



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

Zorg en ondersteuning wordt grotendeels gefinancierd met publieke middelen, die solidair verzameld zijn. Het is dan ook evident dat deze middelen op een doeltreffende en doelmatige manier worden ingezet. Vanzelfsprekend is performantie dus een na te streven doel. Maximale transparantie en een publieke rapportage over de kwaliteit en de kostencomponenten van zorg en ondersteuning zijn nodig<sup>24</sup>.

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

## 2.2. Componenten

### Doeltreffendheid

Zorg en ondersteuning is doeltreffend als (vooraf) bepaalde resultaten worden behaald. De uitkomst van zorg en ondersteuning is doeltreffend wanneer de zorg- en ondersteuningsdoelen van de persoon met zorgbehoefte worden ingelost en de best mogelijke kwaliteit van leven wordt bekomen. Het is van belang dat zorg en ondersteuning bijdraagt aan een zo goed mogelijk functioneren en participeren van de persoon met zorgbehoefte aan de samenleving.

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

### Doelmatigheid

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

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

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

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

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

De uitdaging is echter om zorg en ondersteuning van hoge kwaliteit af te leveren, zonder dat de betaalbaarheid onder druk komt te staan. Ongepaste zorg en onveilige zorg

hebben ook een kostprijs. Middelen die daarvoor worden verbruikt, kunnen elders in de zorg en ondersteuning anders en beter worden ingezet. Ook het gebrek aan preventie of onderconsumptie hebben een kostprijs die in rekening moet worden gebracht. Tegelijk kan een aanbod van zorg en ondersteuning aan een hogere financiële kost toch worden ingezet als dat aanbod meerwaarde creëert.

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

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

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

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

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

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

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

## **Transparant sociaal ondernemen**

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

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

zeilen, de kwaliteit, huisvesting, bouwkost, dagprijs...- is een absolute voorwaarde.

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

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

Het is nodig een transparante boekhouding over de allocatie van middelen te installeren, zodat aftoetsen van deze principes mogelijk wordt<sup>25</sup>.

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

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

Een initiatiefnemer in zorg en ondersteuning profileert zich als een sociale onderneming: ze wordt gestuurd door de vraag van de persoon met zorgbehoefte en wordt gedreven door de doelstelling zoveel mogelijk meerwaarde te creëren voor de persoon met zorgbehoefte en voor de samenleving. Met andere woorden, los van het juridische statuut van de organisatie, streeft men niet enkel en alleen winst na. Dit sociaal ondernemerschap kan zich zowel ontwikkelen binnen profit als non-profit organisaties en hecht prioritair belang aan de maatschappelijke maar ook aan de economische waardencreatie met het oog op financiële duurzaamheid en economische leefbaarheid van de initiatieven. Sociaal ondernemerschap betekent vooral gericht zoeken naar innovatieve, creatieve en flexibele manieren om behoeftegestuurde zorg en ondersteuning aan te reiken. Binnen een regelluw kader, met voldoende beslissingsruimte, kunnen sociale ondernemers een antwoord bieden aan veranderende zorg- en ondersteuningsbehoeften. Het spreekt voor zich dat daarbij ook afspraken horen met betrekking tot informatie en transparantie over de kwaliteit, de prestaties en de prijs en het personeelsbeleid<sup>26</sup>.

---

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

26 Memorie van Toelichting bij het voorontwerp van decreet geestelijke gezondheid, VR 20180914, p.42.

## Continuïteit

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

Zeker op een ogenblik dat er meer behoeftegeoriënteerde financieringssystemen ontstaan, er wordt gepleit voor meer samenwerking over de sectoren heen, er appèl wordt gedaan op sociaal ondernemerschap en daar de nodige regelluwtte voor wordt gecreëerd, en tenslotte dat steeds nieuwe spelers diensten aanbieden, moet de overheid ook inzetten op transparantie en goed bestuur zodat de continuïteit van de dienstverlening van voorzieningen wordt gegarandeerd, zowel op financieel als op bestuurlijk vlak<sup>27</sup>.

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

## Betaalbaarheid

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

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

Dit moet toelaten om een transparant en structureel systeem op te bouwen zodat vooraf duidelijk is hoeveel middelen de Vlaamse Regering solidair beschikbaar stelt voor zorg en ondersteuning en hoe ze worden verdeeld. De raad vraagt om wetenschappelijk onderbouwde prognoses te maken over de nood aan zorg en ondersteuning en de financieringsbehoeften hiervan op de lange termijn<sup>28</sup>.

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

---

27 Memorie van Toelichting bij het voorontwerp van decreet geestelijke gezondheid, VR 20180914, p.43.

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

### 3. Sociale rechtvaardigheid

#### 3.1. Omschrijving

Met sociale rechtvaardigheid verwijzen we naar het begrip equity. Equity (fairness, billijkheid, rechtvaardigheid) betekent niet hetzelfde als equality (gelijkheid). De WHO definieert equity als *the absence of avoidable or remediable differences among groups of people, whether those groups are defined socially, economically, demographically or geographically*<sup>29</sup>.

Een wezenlijk onderdeel van het streven naar sociale rechtvaardigheid in zorg en ondersteuning is het structureel verminderen van de verschillen in gezondheid en welzijn en in de toegang tot zorg en ondersteuning, die hun oorsprong vinden in de maatschappelijke structuren en samengaan met de sociaaleconomische positie van mensen<sup>30</sup>.

Dergelijke sociale verschillen moeten niet alleen worden aangepakt binnen het beleidsdomein welzijn, gezondheid en gezin en door de actoren binnen zorg en ondersteuning. Omdat onrechtvaardigheid in zorg en ondersteuning door veel sociale determinanten wordt beïnvloed, zijn inspanningen vanuit de verscheidene beleidsniveaus en -domeinen noodzakelijk ('health in all policies').

Zorg en ondersteuning is sociaal rechtvaardig wanneer kwaliteitsvolle, performante, relevante en toegankelijke zorg en ondersteuning terechtkomt bij elke persoon die dit nodig heeft. Om dit doel te bereiken, moet iedereen een gelijk recht én een gelijke kans hebben op Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning. Het volstaat immers niet om zorg en ondersteuning algemeen toegankelijk te houden want niet iedereen kan zijn recht op toegang tot zorg en ondersteuning op dezelfde wijze uitoefenen. Daarom moet er onder meer door het creëren van gezonde levensvoorwaarden ook worden gezorgd voor gelijke gezondheids- en welzijnskansen voor iedere burger.



29 <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/>

30 De raad heeft dit luik uitgewerkt in een advies op eigen initiatief met een voorstel voor een Vlaamse gezondheidsdoelstelling over het verkleinen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn (advies van 21 december 2017).

Een rechtvaardige samenleving moet iedereen zoveel mogelijk gelijke kansen bieden maar ook de baten en lasten op een faire wijze verdelen over de leden van de samenleving<sup>31</sup>. Binnen zo een kader hebben alle actoren in het systeem rechten maar ook plichten. Op alle niveaus (systeem, financiering, individueel gedrag) moet inadequaar aanbod en gebruik zoveel als mogelijk worden vermeden. De grond hiervan is solidariteit, gestoeld op betrokkenheid en samenhang.

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

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

## 3.2. Componenten

### Universaliteit

Op basis van de mensenrechtenbenadering en de Belgische Grondwet heeft iedereen recht op gezondheid en welzijn. Dit houdt in dat elke persoon recht heeft op een gezondheids- en welzijnssysteem (in de brede zin van het woord) dat iedereen gelijke kansen biedt op een zo goed mogelijke gezondheid en welbevinden. Het gezondheids- en welzijnssysteem verwijst zowel naar het zorg- en ondersteuningsaanbod op zich, als naar de achterliggende sociale en economische determinanten van gezondheid en welzijn<sup>32</sup>.

Om dit mensenrecht te realiseren, is een universeel beleid de basis. Daarin moet iedereen gelijke toegang tot gelijkwaardige zorg en ondersteuning krijgen<sup>33</sup>. Een universele benadering vormt ook het uitgangspunt precies omdat de verdeling van welzijn en gezondheid doorheen de ganse bevolking een sociale gradiënt vertoont. Zoals gedocumenteerd in het advies van de raad over het verkleinen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn<sup>34</sup>, beperken die verschillen zich niet tot een tegenstelling tussen de armste en rijkste mensen of de laagst- en hoogstopgeleiden. Integendeel, de ongelijke verdeling van ziekte, onwelzijn en sterfte bestaat tussen elke trede van de sociale ladder.

---

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

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

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

34 Advies van 21 december 2017.



## Proportioneel universalisme

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

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

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

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

## Solidariteit

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

Solidariteit gericht op herverdeling gaat samen met een **(versterkt) bewustzijn van samenhang en betrokkenheid bij naasten**. Het is belangrijk om hier expliciet op in te zetten. Een houdbare solidariteit met voldoende draagvlak bij de brede bevolking doet een beroep op de rechten en plichten van mensen maar ook op de onderlinge verbondenheid<sup>35</sup>. Daarbij moeten sterke indirecte (geïnstitutionaliseerde) solidariteitsmechanismen worden gelinkt aan nieuwe vormen van directe solidariteit (solidariteit ontwikkeld op plaatsen dicht bij de burger, bijv. buurten en wijkgerichte werkingen).

Wanneer we solidariteit voorop stellen op het niveau van de samenleving, moeten we bewaken dat de instrumenten die in de zorg en ondersteuning worden ingezet, die solidariteit niet (onbedoeld) ondermijnen.

Bovendien is het belangrijk dat de zorg en ondersteuning op het niveau van de samenleving bijdraagt tot sociale cohesie en niet 'verdelend' maar 'verbindend' werkt.

---

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

## **Te rechtvaardigen zorg en ondersteuning**

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

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

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

## 4. Relevantie

### 4.1. Omschrijving

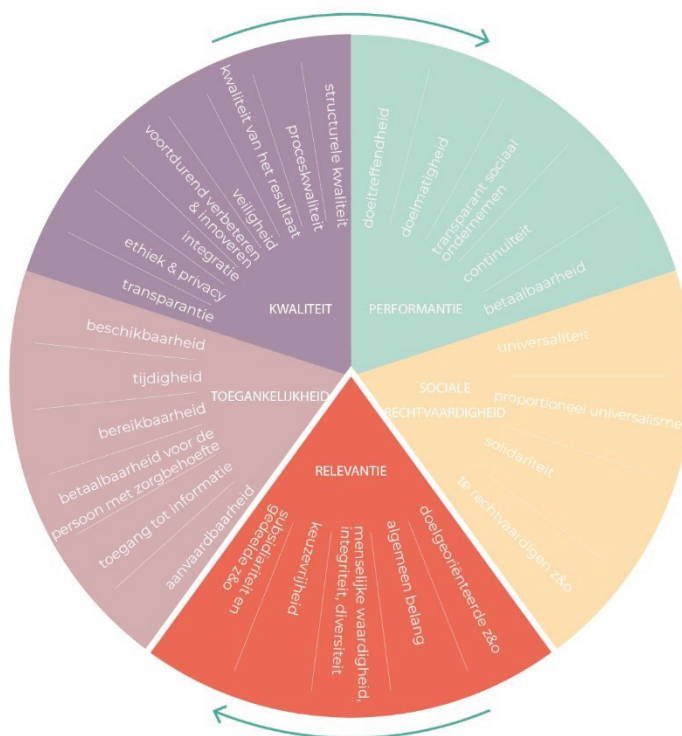
Zorg en ondersteuning is relevant wanneer die ertoe doet, zinvol en nodig is. Relevante zorg en ondersteuning voldoet aan de behoeften van het individu (kwaliteit van leven, levensdoelen) én van de samenleving (gezondheids- en welzijnswinst op populatieniveau, bijdrage aan sociale cohesie, kwaliteit van samenleven, realisatie van ieders sociale grondrechten en de mensenrechten<sup>36</sup>).

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

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

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

Een tweede vraag is dan: zijn er strategieën en methodieken beschikbaar om deze doelen daadwerkelijk te realiseren, en is de prijs hiervan te verantwoorden?



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

Het antwoord op deze vraag vinden we via wetenschappelijke inzichten, praktijkkennis en ervaringsdeskundigheid. Relevante zorg en ondersteuning moet dus ook kunnen aantonen dat een specifieke behandeling of begeleiding nodig en zinvol is om de geformuleerde levensdoelen (mee) te bereiken. Er is met andere woorden ook plaats voor vragen omtrent wetenschappelijke onderbouwing, doelmatigheid en doeltreffendheid – dit spreekt een behoeftegerichte aanpak niet tegen.

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

## Methodes om te komen tot relevante zorg en ondersteuning

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

### Op individueel niveau

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

Om tot een betere participatie van de persoon met zorgbehoefte te komen, moeten de professional (en zijn team/netwerk) en de persoon met zorgbehoefte (en zijn naaste omgeving) een zorg- en ondersteuningsrelatie aangaan die gebaseerd is op wederzijds engagement, gelijkwaardigheid en respect voor autonomie<sup>37</sup>.

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

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

---

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

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

beschikken. Ze leiden tot keuzes die dichter bij de eigen waarden en voorkeuren liggen<sup>39</sup>. Uiteindelijk is het de persoon met zorgbehoefte, waar nodig bijgestaan door zijn naaste omgeving en altijd maximaal ondersteund door de professional, die de regie in handen houdt en de beslissing neemt (cfr. informed consent). Los van dat recht op zelfregie kunnen professionals in zorg en ondersteuning echter niet worden verplicht tot het leveren van zorg en ondersteuning die niet kwaliteitsvol of performant is.

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

### Op niveau van de samenleving

Bij het nemen van beslissingen over welke vragen en behoeften de samenleving kan/zal beantwoorden, is een goed evenwicht tussen betrokkenheid van de stakeholders en de democratische legitimering van het beleid belangrijk. We vragen om dit proces in volle transparantie te laten verlopen. Om de betrokkenheid van de belanghebbenden (burgers, middenveld, wetenschap) te optimaliseren, pleiten we voor een gemengd systeem waarbij zowel de rechtstreekse burgerparticipatie als het gestructureerde overleg met het middenveld zijn rol kan spelen. Dit verloopt best in een tegensprekelijk debat tussen de betrokkenen. Niet alleen het eindproduct van zo een debat is interessant, ook het proces op zich creëert meerwaarde voor de samenleving en meer gedragenheid voor keuzes rond de relevantie van zorg en ondersteuning<sup>40</sup>.

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

Het is de taak van de overheid om erover te waken dat beslissingen betreffende de relevantie van zorg en ondersteuning in het belang zijn van de bevolking in haar geheel, en niet louter in functie van bepaalde (machts)groepen in de samenleving. Dit sluit bijkomende inspanningen naar meer kwetsbare burgers en buurten, volgens het principe van het proportioneel universalisme, niet uit<sup>41</sup>.

---

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

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

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

## 4.2. Componenten

### Doelgeoriënteerde zorg en ondersteuning

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

Ook in recente beleidsdocumenten zien we dat deze benadering ingang vindt. Het handelen op basis van persoonlijke doelen van een persoon met zorgbehoefte wordt er aangekondigd als *een belangrijke verandering in het plannen en aanbieden van zorg en ondersteuning*. Het houdt in dat behandelingen en begeleidingen niet enkel dienen om bepaalde problemen, ziekten of aandoeningen op te lossen, maar dat de zorg en ondersteuning in functie wordt gesteld van wat een persoon nog wil of zal kunnen realiseren met de vastgestelde problemen, ziekten of aandoeningen<sup>42</sup>.

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

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

De concepten 'kwaliteit van leven' en 'kwaliteit van bestaan' vormen een richtlijn voor de praktijk en voor kwaliteitsverbeteringen, een criterium voor het beoordelen van de doeltreffendheid in de praktijk en bij strategieën, en een conceptueel model voor het meten van individuele uitkomsten van de zorg en ondersteuning die iemand krijgt<sup>43</sup>. Het concept fungeert voor ons als gemeenschappelijke taal bij het werken in de verschillende levensdomeinen: (psychisch) welzijn, gezondheid, participatiemogelijkheden, sociale relaties, ....

---

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

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

De persoon met zorgbehoefte, zijn levensdoelen en kwaliteit van leven staan voorop. Dit kan onder meer door zijn doelstellingen en functioneren in kaart te brengen als belangrijke en aanvullende informatie over de zorgbehoefte. Deze informatie moet een onderdeel vormen van het interprofessioneel elektronisch dossier<sup>44</sup> en het zorg- en ondersteuningsplan en moet ook integraal worden meegenomen in het perspectief van kwaliteit.

## Het algemeen belang

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

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

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

De bewustmaking en de keuzes over wat als relevante zorg en ondersteuning kan worden beschouwd, moeten voorwerp zijn van een breed maatschappelijk en democratisch debat<sup>45</sup>. Economische, ethische en functionele argumenten moeten dat debat voeden. Uiteraard is het antwoord op deze vraag veranderlijk in de tijd en vergt dus regelmatige bijsturing.

---

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

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

Een belangrijk onderdeel van dat debat is het bepalen van de standaard van zorg en ondersteuning<sup>46</sup> die vanuit het algemeen belang voor iedereen toegankelijk is (en dus door de maatschappij wordt betaald). Deze standaard moet worden bekeken binnen een dynamisch gegeven, en rekening houden met nieuwe zorg- en ondersteuningsmogelijkheden. Er moet dringend werk gemaakt worden van een democratische en transparante systematiek om deze standaard op Vlaams niveau te bepalen. Momenteel ontbreken in Vlaanderen de instrumenten hiervoor.

## **Menselijke waardigheid, integriteit en diversiteit**

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

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

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

Om gelijkwaardig om te kunnen gaan met elke persoon met zorgbehoefte, moet het hele zorg- en ondersteuningssysteem cultuursensitief zijn<sup>48</sup>. Cultuursensitief zijn betekent voor ons het op gepaste wijze omgaan met diversiteit, maar veel meer dan louter etnisch-culturele diversiteit. Het omvat ook socio-economische diversiteit, taal, gender, seksuele voorkeur, en zo meer. We hebben het hier dus over diversiteit in brede zin.

Tot slot kan er in de zorg en ondersteuning geen sprake zijn van discriminatie op basis van leeftijd, geslacht, ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, ras, geaardheid en vermogen van de betrokkene<sup>49</sup>. De verschillende internationale verdragen vormen hiervoor het ethische minimum.

## **Invulling behoeften en vragen in relatie tot keuzevrijheid van het individu**

In ons zorg- en ondersteuningssysteem heeft een persoon met zorgbehoefte een grote keuzevrijheid. Deze vrijheid is evenwel niet absoluut omdat zowel de regelgeving als de organisatie van zorg en ondersteuning en het algemeen belang hieraan beperkingen

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

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

48 Wat het betekent om cultuursensitief te zijn, hebben we voor de professional uitgewerkt in de visienota over het Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als een opgave voor de toekomst (SAR WGG, 17 december 2015, zie p.123).

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



opleggen. Maar binnen dit kader vragen we dat de persoon met zorgbehoefte zijn keuzevrijheid en wens en vermogen tot zelfregie zoveel als mogelijk kan blijven realiseren.

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

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

Verder zal de keuzevrijheid van de persoon met zorgbehoefte de gepaste ruimte moeten krijgen binnen de netwerken en samenwerkingsverbanden die zich aan het ontwikkelen zijn. Wanneer het erop aankomt mogen deze ontwikkelingen geen afbreuk doen aan het principe van de vrije keuze maar de reële keuzemogelijkheden kunnen door geografische afbakeningen en organisatorische afspraken wel verminderen<sup>50</sup>.

## Subsidiariteit en gedeelde zorg en ondersteuning

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

### Subsidiariteit

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

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

---

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

## Preventie

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

We merken daarbij op dat er onder preventie veel meer begrepen moet worden dan het ‘vermijden dat mensen ziek worden’. Preventie kan bijvoorbeeld ook probleemvoorkomend zijn door de sociale netwerken van mensen te versterken, het intercultureel samenleven te ondersteunen of te zorgen voor een gezonde leefomgeving en veilige infrastructuur. Een preventief beleid moet dus een brede invulling krijgen en veel meer zijn dan algemene voorlichtingscampagnes en interventies gericht op verandering van de levensstijl. Het dient ook - op gemeenschapsniveau - de sociale, ecologische,... determinanten van (on)gezondheid en (on)welzijn aan te pakken. Het ontwikkelen van incentives op maat van doelgroepen en buurten is nodig<sup>51</sup>.

Gezien de belangrijke rol van preventie in Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning moet de overheid erover waken dat preventieve acties, voorschriften en richtlijnen van alle mogelijke spelers worden getoetst aan wetenschappelijke evidentie. Daarnaast moet de rol van de eerste lijn in het preventiebeleid worden verduidelijkt en versterkt en dringt meer integratie van dienstverlening in het kader van de volksgezondheid (screening, vaccinaties, werking Kind en Gezin,...) en eerstelijnszorg zich op<sup>52</sup>.

## Gedeelde zorg en ondersteuning

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

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

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

---

51 In het advies over het verminderen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn beschrijven we hoe deze preventie best vorm krijgt (door inzet van het individu én de omgeving) en ook kwetsbare groepen kan bereiken (SAR WGG, 21 december 2017, zie p.133-134)

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

## 5. Toegankelijkheid

### 5.1. Omschrijving

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Uiteindelijk kan ontoegankelijkheid ertoe leiden dat (vaak extra kwetsbare) burgers en/of personen met zorgbehoefte door de mazen van het net blijven vallen. Om dit te vermijden, moet een netwerk van partners in zorg en ondersteuning de verantwoordelijkheid krijgen om de zorg en ondersteuning samen op te nemen voor een bepaalde gedefinieerde populatie. Alle mensen binnen deze populatie moeten via de samenwerking toegang hebben tot zorg en ondersteuning op maat van hun behoeften<sup>56</sup>.

## 5.2. Componenten

### Beschikbaarheid

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

---

56 Deze netwerkbenadering is verder uitgewerkt o.a. in het advies over het verkleinen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn (advies van 21 december 2017, zie p. 135).

Voor een **globale zorgstrategische planning** moet een generisch concept worden ontwikkeld. We onderscheiden daarin 4 dimensies<sup>57</sup>:

- *Detecteren van noden en behoeften*: Het detecteren van noden en behoeften moet voor een populatie in een bepaalde regio gebeuren. We roepen de overheid op om een methodiek te ontwikkelen om behoeften in kaart te brengen en die beschikbaar te maken. Gezien zorgbehoeften en zorgvormen voortdurend in beweging zijn, adviseren we om de huidige programmatiemodellen te verlaten en te evolueren naar een flexibel systeem van zorgprognoses voor de brede waaier van zorg en ondersteuning<sup>58</sup>.
- *Doelstellingen bepalen*: Om een zorgstrategische planning op te maken moeten eerst doelstellingen worden geformuleerd, zowel op macroniveau als op lokaal niveau. Welke zorg we relevant vinden, is de vraag die ons moet leiden. Hoe kan ons zorg- en ondersteuningssysteem zich organiseren zodat de zorg en ondersteuning werkelijk doelgeoriënteerd wordt en we enkel die zorg en ondersteuning bieden die er toe doet?
- *Duidelijke taakverdeling*: Wie doet wat? Er is een governancestructuur nodig die van bij het begin alle actoren in zorg en ondersteuning in een bepaalde regio betreft en waarin de taakverdeling en samenwerkingsafspraken duidelijk worden.
- Er moeten *mechanismen worden voorzien* om na te gaan hoe de samenwerkingsverbanden bijdragen tot een hogere kwaliteit van zorg en ondersteuning (monitoring en evaluatie).

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

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

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

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

---

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

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

## Tijdigheid

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

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

## Bereikbaarheid

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

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

Voor kwaliteitsvolle zeer gespecialiseerde zorg en ondersteuning (zeker wanneer deze beperkt is in de tijd) is een decentralisatie echter niet wenselijk of niet haalbaar. Er moet immers een evenwicht zijn tussen het principe van de bereikbaarheid enerzijds en de budgettaire en kwaliteitsgrenzen van de inzet van hoogtechnologische apparatuur en van gekwalificeerde professionals anderzijds. Er moet m.a.w. rekening gehouden worden met de kwaliteit als criterium om beslissingen over de spreiding van het aanbod mee te onderbouwen<sup>59</sup>.

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

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

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

---

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

## Betaalbaarheid voor de persoon met zorgbehoefte

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

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

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

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

Voor de gebruikers geldt dat zij goed geïnformeerd moeten worden over de kostprijs van zorg en ondersteuning en over de gevolgen van sommige financiële keuzes voor hun rechten in zorg en ondersteuning<sup>60</sup>.

---

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

## Toegang tot informatie

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

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

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

De toegang tot informatie moet zo worden georganiseerd dat iedereen gelijkwaardige toegang tot deze informatie heeft ongeacht zorgbehoefte, zelfredzaamheid en gezondheidsvaardigheden. Ook moeilijk bereikbare mensen moeten worden bereikt. Bijzondere aandacht is nodig voor de situatie van anderstaligen en laaggeletterden<sup>61</sup>.

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

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

## Aanvaardbaarheid

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

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

---

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



Er zijn verschillende redenen waarom personen met zorgbehoefte de (eerste) stap naar zorg en ondersteuning niet (kunnen) zetten. Belangrijke drempels zijn taboes en vooroordelen omtrent bepaalde problematieken of voorzieningen/organisaties/professionals, gevoelens van schaamte, minderwaardigheid en wantrouwen, beperkte gezondheidsvaardigheden, verschillen in het omgaan met ziekte, gezondheid en welzijn en problemen met de taal of met het woordgebruik van de professional<sup>62</sup>.

De afstand tussen de persoon met zorgbehoefte en de professional is soms groot, en kan ook voelbaar zijn binnen een zorg- en ondersteuningsrelatie. Op het niveau van de relatie tussen beiden kan dit te maken hebben met hun verschillende sociale positie die kan leiden tot een gebrek aan inlevingsvermogen, te hoge verwachtingen, verschillende beeldvorming, misverstanden en vooroordelen langs weerskanten<sup>63</sup>. Een relatie gekenmerkt door toewijding, vertrouwen, betrokkenheid, empathie, aanvaarding en oprechtheid vergroot de toegankelijkheid en de werkingskracht van de zorg en ondersteuning<sup>64</sup>.

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

---

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

63 Idem, pp.29-34.

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





# Visienota

## Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen

Brussel, 7 december 2012

# Inhoud

Inhoud.....	52
Krachtlijnen.....	53
Een visie op integrale zorg en ondersteuning .....	54
1. Naar een open definitie van zorg en ondersteuning.....	54
2. Waarom integrale zorg en ondersteuning? .....	56
2.1. Diepgaande wijzigingen in onze samenleving .....	56
2.2. Knelpunten en uitdagingen voor individu en samenleving.....	59
3. Een nieuw paradigma voor zorg en ondersteuning .....	62
3.1. Kwaliteit van leven .....	63
3.2. Een zorgende samenleving .....	64
4. Werken aan integrale zorg en ondersteuning.....	65
4.1. Versterk het direct toegankelijk eerstelijns-aanbod .....	65
4.2. Mobiliseer intersectorale samenwerking.....	66
4.3. Maak domeinoverstijgende beleidskeuzes .....	67
Bijlage – Structurele determinanten van gezondheid en welzijn (WHO, 2008).....	69
Bibliografie.....	70

# 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 gemeenschapswerk, 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 eerstelijnsgezondheidszorg<sup>1</sup> 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 samenleving<sup>2</sup>

- Atomisering van de samenleving door een wijziging van de gezinsstructuren in de maatschappij, gekenmerkt door een toename van het aantal alleenstaanden, éénoudergezinnen en nieuwsamengestelde gezinnen. Gezinsrelaties blijken minder stabiel.
- Veranderingen op de arbeidsmarkt, onder meer de toename van het aantal tweeverdieners 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 Vandeuren 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 respijtzorg<sup>3</sup>.
- 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, in-fluenza-H1N1).
  - De globalisering heeft vooral de bestaande ongelijkheden op het gebied van sociale klassen en onderwijsniveau versterkt<sup>4</sup>. Laaggeschoolden worden sneller het slachtoffer van de globale economische veranderingen.

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

4 Hermans K. mei 2009, p.5

■ 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 peergroep. 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 missen<sup>5</sup>.

- 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 terugvallen<sup>6</sup>.

---

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. 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:

### **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)” toonaangevend<sup>7</sup>. 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.

---

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.

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.

### **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 kwaliteitssystemen 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 omgekeerd<sup>8</sup>.

---

8      Onder meer Wilkinson R. (2009) The spirit level; Marmot M. (2010) Fair society, healthy lives.

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”.

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 streven<sup>9</sup>:

- Integrale zorg en ondersteuning speelt beter in op de veranderingen in de behoeften (veroudering, kleinere gezinnen, mondige 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**<sup>10</sup> 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 ondersteuning**<sup>11</sup>. 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 leven<sup>12, 13</sup>. Het streven naar volwaardig burgerschap bij personen met een handicap en de herstel- en rehabilitatiegedachte 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 gearticuleerd 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), pp. 46-51.

12 Cfr. International Classification of Functions (ICF)

13 De Maeseneer J, Boeckstaens P. Multimorbiditeit, doelgeoriënteerde zorg en sociale rechtvaardigheid. *Huisarts Nu* 2012;41(3): pp. 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 uitgegaan 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. Hierna beschrijft de raad de drie hoofdwegen die we - in eerste instantie - moeten inslaan.

### 4.1. Versterk het direct toegankelijk eerstelijns-aanbod

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 specialist<sup>14</sup>. Een model waarin de sociale professional een

---

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](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)

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 zorgen 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.

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 zorg<sup>15</sup> 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 huidig 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 sectoren<sup>16</sup>.

---

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...

De versnipperde aansturingsniveaus zijn hier niet vreemd aan.

■ De sectorale centrale aanpak op het Vlaams niveau bemoeilijkt een integrale aanpak op het lokale niveau<sup>17</sup>.

■ 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 ondersteuningsstelsel 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 benadering<sup>18</sup>.

### 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 gezondheids promotie en ziektepreventie, versterk individuen en lokale gemeenschappen*<sup>19</sup>.

De WHO stelt dat structurele determinanten van gezondheid en welzijn (zoals socioeconomische 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 zorgstelsel 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.<sup>20</sup>.

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

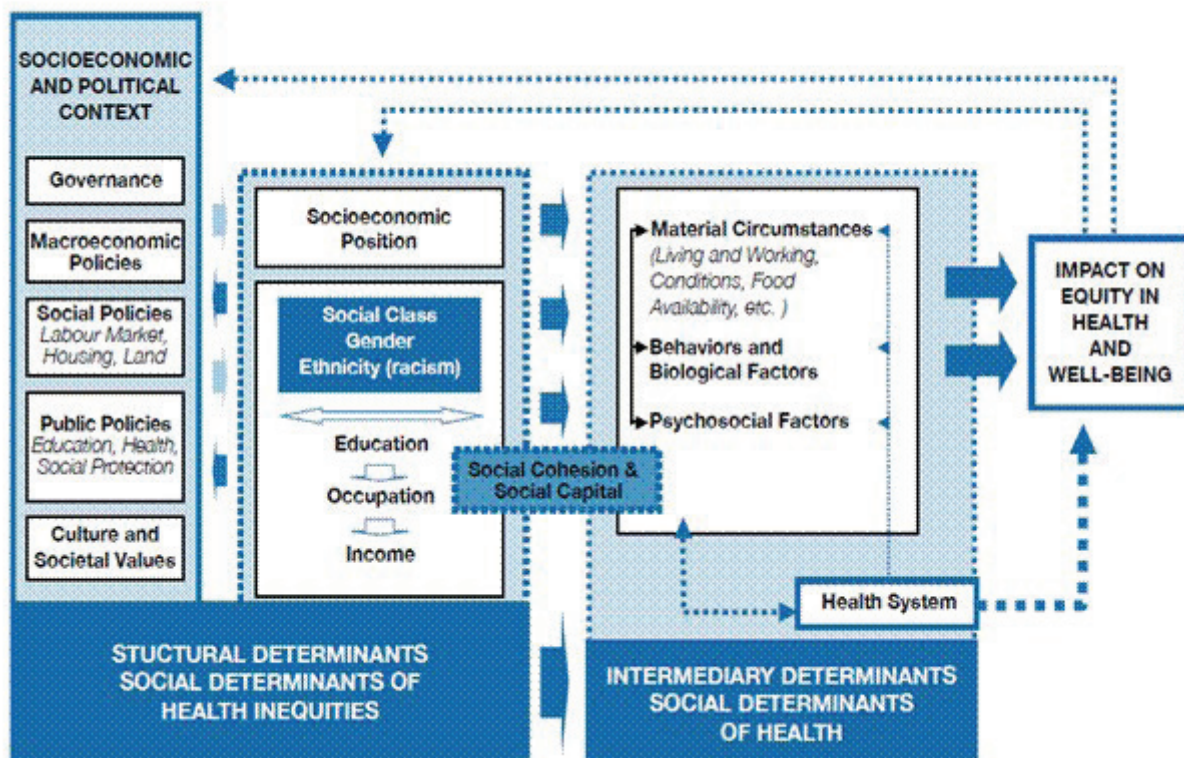
19 Marmot M. (2010) Fair Society, healthy lives.

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

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.

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

Figure 5. Final form of the CSDH conceptual framework



# Bibliografie

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

De Maeseneer J, Boeckstaens 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.



# Visienota

## **Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst - Een oriënterend kader**

Brussel, 17 december 2015

# Inhoud

Inhoud.....	72
Inleiding .....	73
Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst – oriënterend kader .....	75
1. Kwaliteit van leven in de postmoderne samenleving.....	75
1.1. Een veranderende samenleving .....	75
1.2. Kwaliteit van leven .....	78
1.3. Op zoek naar antwoorden .....	79
1.4. De persoon met zorgbehoefte en de burger.....	82
2. Wat verwachten we van de professional? .....	84
2.1. De professional in zorg en ondersteuning .....	84
2.2. Generalistische competenties.....	85
2.3. De essentie van het professioneel handelen in zorg en ondersteuning .....	86
2.4. It takes two to tango of het perspectief van de professional.....	100
2.5. De superprofessional? Of ligt de toekomst in het samenwerken?.....	101
Bibliografie.....	103



# Inleiding

De begrippen integrale zorg en ondersteuning en (een welbegrepen) vermaatschappelijking hebben de laatste jaren hun weg gevonden naar vele studies, congressen en beleidsteksten. De geesten zijn gerijpt. Er worden initiatieven genomen in de richting van meer integrale zorg en ondersteuning (IZO) zowel door het werkveld als door het beleid. Toch krijgt integrale zorg en ondersteuning niet voldoende voet aan de grond. De persoon met zorgbehoefte ervaart nog geen integrale zorg en ondersteuning zoals wij dat echt bedoelen. De vraag die wij ons nu moeten stellen is **hoe we integrale zorg en ondersteuning op kruissnelheid brengen**. Welke acties zijn hiervoor nodig?

Het dominante (acute biomedisch) zorgmodel dat we vandaag kennen, verhindert de volledige uitrol van integrale zorg en ondersteuning. Dat heeft de SAR WGG al beschreven in de visienota Integrale zorg en ondersteuning (7 december 2012, zie p.64). Het is **tijd voor een fundamenteel ander integraal zorg- en ondersteuningsmodel** dat de paradigmashift maakt van probleemgerichte **naar doelgerichte zorg en ondersteuning** en dus ook van een aanbodgestuurd **naar een persoons- en behoeftegericht model**.

Deze paradigmashift - die samengaat met een tendens naar meer vermaatschappelijking - kan enkel plaatsvinden als hij tegelijk tot verschillende maatschappelijke systemen doordringt. Systemen die met elkaar in verbinding staan: het politieke bestel, het onderwijs, de huisvesting, de arbeidsmarkt, de gezondheidszorg, de sociale zekerheid met inbegrip van maatschappelijke dienstverlening, ze kunnen slechts samen integrale zorg en ondersteuning realiseren.

In voorliggend advies zoomt de SAR WGG eerst in op de professional. De raad meent immers dat **bij de professional zelf een belangrijke sleutel ligt om de paradigmashift te maken**. We verwachten dat professionals zorg en ondersteuning kunnen bieden die gericht is op kwaliteit van leven, gericht op het ondersteunen van personen met zorgbehoefte (en hun naaste omgeving) in hun functioneren en leven in én participeren aan de samenleving. Professionals zullen hiervoor moeten toegerust worden met nieuwe, meer generalistische competenties.

Opdat professionals die nieuw verworven competenties ook optimaal kunnen inzetten, moet de context waarin ze zullen werken de nodige ruimte laten en mogelijkheden scheppen. We zullen daarom ook onderzoeken **hoe de systemen onderwijs en arbeidsmarkt zich best aanpassen** om deze nieuwe professionals te vormen, ruimte te geven, te ondersteunen, gemotiveerd en betrokken te houden. In onderwijs worden immers de professionals opgeleid die de paradigmashift, in een daarvoor ontvankelijke zorgen ondersteuningssector, mee zullen moeten realiseren.

Tegelijk is de vraag aan de orde **hoe het beleid integrale zorg en ondersteuning kan faciliteren en aansturen**. Dat we een nieuw perspectief op zorg en ondersteuning nodig hebben, werd de voorbije jaren door velen aangetoond. Het is aan het politieke bestel (regering en parlement) om de maatschappelijke doelstellingen voor zorg en ondersteuning te bepalen. Het beleid heeft daarbij via regelgeving en financiële incentives de mogelijkheid om maatschappelijke systemen ertoe te bewegen dat nieuw perspectief, die paradigmashift mee te verwezenlijken.

Voorliggend document bevat deel 1 van de oefening: het oriënterend kader. Hoe functioneren professionals best met het oog op integrale zorg en ondersteuning? Dit deel moet samen gelezen worden met de visie op integrale zorg en ondersteuning die de raad eind 2012 schetste. We geven hier invulling aan wat integrale zorg en ondersteuning voor de professional kan betekenen. We citeren waar nodig uit de visienota IZO in de rode kaderteksten.

**DEEL 1** wordt als visietekst van de SAR WGG verspreid. Het is voor de raad een nuttig document dat als kader zal dienen om deel 2 uit te werken, maar ook om in debat te gaan met andere spelers. Op basis van voortschrijdend inzicht kan het document in de toekomst nog worden bijgesteld.

**DEEL 2** wordt in een volgende fase uitgewerkt (januari tot mei 2016) en zal inzoomen op hoe we de voorgestelde visie kunnen realiseren. Het is immers niet de intentie om alle verantwoordelijkheid voor het realiseren van integrale zorg en ondersteuning bij de pro-fessional alleen te leggen. Professionals in zorg en ondersteuning werken niet in een vacuüm. Zowel de arbeidsmarkt, het onderwijs als het overheidsbeleid hebben een enorme opdracht voor zich liggen om de omstandigheden waarin professionals worden opgeleid en zullen werken ontvankelijk te maken voor het bieden van integrale zorg en ondersteuning. We zullen daarom in deel 2 drie domeinen behandelen: anders werken, anders vormen en opleiden en anders aansturen. We zullen per domein onderzoeken hoe ze integrale zorg en ondersteuning kunnen bevorderen (en niet afremmen). We bekijken waar het (soms nog) fout loopt. We zullen daarbij een aantal hinderpalen schetsen en aanbevelingen doen om deze hinderpalen aan te pakken.

De raad is er zich van bewust dat bepaalde obstakels hardnekkig zijn. Ze zitten ingebakken in tradities en zijn vaak vertaald in bindende afsprakenkaders en regelgeving. De SAR WGG heeft niet de ambitie om tabula rasa te maken, maar wil vooral de gedachten oriënteren naar een gemeenschappelijk perspectief in de toekomst. Dat maakt dat sommige projecten die worden voorgesteld op korte termijn realiseerbaar zijn, terwijl andere veel meer tijd, overleg en inspanning zullen vragen.

De SAR WGG heeft de ambitie om het **kader** te schetsen dat aangeeft **wat wij in de toekomst verwachten van professionals in functie van de visie op integrale zorg en ondersteuning**.

Hoe functioneren professionals best om integrale zorg en ondersteuning te bieden en om de vermaatschappelijking van de zorg mee waar te maken?

**Aangeven** wat we verwachten van professionals in zorg en ondersteuning kan niet zonder ook aan te geven **wat we van het onderwijs, de arbeidsmarkt en het beleid verwachten om professionals te ondersteunen en ruimte te geven voor het bieden van integrale zorg en ondersteuning**.

# Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst – oriënterend kader

## 1. Kwaliteit van leven in de postmoderne samenleving

We leiden in dit hoofdstuk het thema in. In onze complexe samenleving zijn de verwachtingen van burgers en personen met zorgbehoefte en hun naaste omgeving sterk veranderd. De 'oude' antwoorden voldoen niet altijd meer. We moeten op zoek naar een nieuwe benadering van zorg en ondersteuning. We geven ook aandacht aan de begrippen persoon met zorgbehoefte en burger die we in deze tekst zullen gebruiken.

### 1.1. Een veranderende samenleving

In de visienota Integrale Zorg en Ondersteuning (7 december 2012, zie p.56-62) beschreef de SAR WGG de wijzigingen in onze samenleving die een nieuw perspectief op zorg en ondersteuning en een heroriëntering van het zorgsysteem nodig maken.

De atomisering van de samenleving door een wijziging van de gezinsstructuren en minder stabiele gezinsrelaties, veranderingen op de arbeidsmarkt met een afname van de vraag naar ongeschoolde arbeid, de vergrijzing van de samenleving en een recente vergroening met specifieke socio-demografische kenmerken, de toename van chronische aandoeningen en multimorbiditeit, de toenemende etnisch-culturele diversiteit, de toenemende welvaart met daarbinnen een toenemende sociale ongelijkheid en armoede, wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen, economische ontwikkelingen in de richting van meer marktwerking, globalisering en glocalisering, individualisering.

**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 missen.

- 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 terugvallen. (Visienota IZO, p. 9)

Bronnen:

- 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.

Het zijn evoluties die de samenleving in zijn geheel veel complexer hebben gemaakt.

**De mens van vandaag die zich in deze complexiteit wil en moet handhaven, dient zich daardoor ook anders aan.** Een ver doorgedreven **individualisering** (zie kadertekst) en **nadruk op autonomie en zelfbeschikking** zijn in het oog springende **kenmerken van deze tijd**. De persoon met zorgbehoefte wenst de regie over het eigen leven te behouden. Een paternalistische benadering van zorg en ondersteuning wordt door vele burgers niet meer aanvaard. De 'autonome' burger wil kunnen participeren in de beslissingen die belangrijk zijn voor de eigen kwaliteit van leven.

Tegelijk zorgt de complexe en snel veranderende samenleving waarin we ons bevinden nog voor weinig houvast. **Individualisering heeft een keerzijde**. Onzekerheid veroorzaakt veel zorgen. Heel wat **mensen lopen verloren**, weten niet hoe te leven met onzekerheden en hebben daarbij soms ondersteuning nodig. Hans van Ewijk (2010, p.10) schrijft dat *de oude queeste van armoede, ongeletterdheid en onbeschaafdheid die leidde tot een beschavingsoffensief verandert in de postmoderne sociale kwestie van (dis)functioneren van de mens in een steeds complexere context*. De individualisering en daarmee samenhangend de idee van eigen verdienste en eigen verantwoordelijkheid minimaliseert ook het gegeven dat mensen sterk bepaald blijven door hun omgeving, door de kansen die ze kregen, door de eigen gezondheid,...

Psychiater en psychotherapeut Dirk De Wachter beschrijft de kwestie ook in 'Borderline Times' (2012, p. 80).

*Het is waarschijnlijk dat we niet iedereen in de samenleving kunnen integreren, maar we moeten wel mikken op zoveel mogelijk mensen. Niet door al wat fout loopt zwaar te sanctioneren, maar door ons te bezinnen over waar we met zijn allen mee bezig zijn, door na te denken over het functioneren van de maatschappij, door stil te staan bij wat er maakt dat de laatste tijd steeds meer mensen niet meer mee lijken te kunnen, dat meer en meer mensen ontsporen of vrijwillig afhaken. Zo heeft de psychiater als taak mensen van achter de muren te halen en ze een plaats in de samenleving te geven. Zware gevallen desnoods met een enkelband. Maar dat kan alleen als die maatschappij zich daarvoor openstelt, als ze erkent dat sommige mensen kwetsbaarder zijn. Dat is het tegenstrijdige: het efficiëntiedenken en de prestatiedruk veroorzaken steeds meer collateral damage. Men denkt: 'laat die witjassen het maar oplossen.' En dus moeten de psychiaters en hun gevolg de achterblijvers oplappen, zodat ze weer kunnen meedraaien. Intussen blijft de wereld iedereen uitstoten die niet meekan.*

Hoewel onze ondersteuningsnetwerken minder stabiel zijn dan vroeger, bieden de evoluties in onze samenleving natuurlijk ook nieuwe kansen. We zien een transformatie naar nieuwe vormen van netwerken (online, contacten op afstand, diverse subcommunities waarvan we deel uitmaken,...). Deze nieuwe netwerken zouden ook kwetsbare groepen meer mogelijkheden kunnen geven om isolering tegen te gaan, indien we er ook in slagen die mogelijkheden beter te benutten.

*Recent formuleerde de Algemene Raad van de Verenigde Naties 17 Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen: Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Het verzekeren van gezond leven en de bevorderen van welzijn voor iedereen op alle leeftijden, kwaliteitsvol onderwijs, gendergelijkheid, productief en waardig werk zijn enkele van deze doelstellingen. De raad meent dat deze doelstellingen de uitdagingen in onze snel veranderende samenleving krachtig samenvatten<sup>1</sup>.*

Ook het zorg- en ondersteuningssysteem en het onderwijs stonden niet stil. Ze speelden actief in op de veranderingen in de samenleving. Als antwoord op de toenemende complexiteit **is het professionele aanbod zich steeds meer gaan specialiseren**. Elk specifiek onderdeel of probleem kreeg zijn eigen specialist.

Het onderwijs leidt specialisten in de gezondheidszorg op zodat ze in staat zijn antwoorden te bieden op hoog technologisch complexe vragen. Maar ook in de welzijnssectoren heeft specialisatie ingang gevonden. Door de vragen en problemen op te delen en mogelijke antwoorden of oplossingen te standaardiseren, tracht men de complexiteit te reduceren en er greep op te krijgen. Het leidde ook tot een *doorgeschoten instrumentalisering van het professioneel werken* waarbij professionals worden ingeschakeld in een *rationeel systeem van doelen, middelen, uitvoering en afrekening. Producten, prijzen en bewijzen van effectiviteit werden dominant* (van Ewijk & Kunneman (red.) 2015, pp.53-54).

We stellen ook vast dat de neiging van het zorg- en ondersteuningsaanbod om veel - maatschappelijke - **problemen individueel te benaderen** en op te lossen, leidt tot een toenemende **medicalisering en therapeutisering** (zie kadertekst). Hierdoor wordt de *aandacht afgeleid van onderliggende patronen die onwelzijn en ongezondheid veroorzaken* (Visser W., 2013 p.89).

**Medicalisering en therapeutisering** houdt in dat steeds meer terreinen aan medische en psychologische definiëring en normering onderworpen worden 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"(SAR WGG, visienota IZO, p.9).

## 1.2. Kwaliteit van leven

Het is in deze complexe samenleving dat burgers zich bewegen. Burgers die vroeg of laat een vraag naar zorg en ondersteuning zullen stellen, voor zichzelf of voor iemand uit hun naaste omgeving. Deze burgers verwachten dan een integraal antwoord op hun ondersteuningsvraag. Integrale zorg en ondersteuning moet bijdragen aan de kwaliteit van leven van de persoon met zorgbehoefte en zijn naaste omgeving.

Wat **kwaliteit van leven** inhoudt, heeft de SAR WGG beschreven in zijn visienota Integrale zorg en ondersteuning. We hernemen dit in deze kadertekst.

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 **holistisch mensbeeld**. **Geestelijke, lichamelijke, sociale, ecologische en spirituele aspecten van de mens moeten altijd in hun samenhang benaderd worden.** Internationaal vinden we deze mensvisie terug in het ecobiopsychosociaal model. (Visienota IZO, p. 14)

Kwaliteit van leven vertaalt zich onder meer in **het streven naar het zo goed mogelijk functioneren van de persoon met zorgbehoefte in de samenleving én het kunnen participeren aan de samenleving.**

Deze doelstelling overstijgt de verschillende sectoren en zet welzijns- en gezondheidssectoren aan tot geïntegreerd werken. Zo goed mogelijk functioneren en participeren is immers voor alle burgers met of zonder zorg- en/of ondersteuningsbehoefte een belangrijke doelstelling die sterk bijdraagt aan de kwaliteit van het leven.

Een recent rapport van het Zorginstituut Nederland (2015, p. 14) neemt het **functioneren van de burger als centraal uitgangspunt**. Dit rapport 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren' stelt dat *functioneren inhoudt dat mensen in staat zijn om zoveel mogelijk het leven te leiden dat ze willen leiden. Het omvat lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren.*

Dit laatste verwijst naar het **ecobiopsychosociaal model** dat een uitbreiding is van een medisch model over het menselijk functioneren, waarin niet alleen aandacht is voor biomedische aspecten, maar ook voor psychologische en sociale factoren die mede bepalend zijn voor ziekte en het genezingsproces.

We brengen hier **twee elementen in het bijzonder onder de aandacht**. We moeten - via een holistische of generalistische benadering - de mens altijd in zijn geheel bekijken zowel op vlak van gezondheid als van welzijn. Daarbij wordt hij niet alleen gedefinieerd als een biologisch, psychologisch, sociaal, maar ook als **ecologisch én existentieel wezen**.

De existentiële component, de 'zijnservaring' van de mens is essentieel bij het bieden van integrale zorg en ondersteuning. Mensen moeten inderdaad het leven kunnen leiden dat ze willen leiden, maar een mens is een 'zoekend wezen'. Wat is dat leven dat de ander wil leiden? Wat staat er voor hem op het spel? Deze existentiële component maakt het erg belangrijk dat zorg en ondersteuning zich richt tot de mens zoals hij zich vandaag aandient, met al zijn zorgen, twijfels, hoop en verlangens.

Ook merken we op dat functioneren niet enkel een individuele component heeft, maar evengoed een collectieve en contextuele component. Dat is **de mens als ecologisch wezen**, de mens in zijn (sociale) omgeving.

- Op het niveau van het eigen netwerk betekent dit onder meer dat de mens maar goed functioneert binnen de verbindingen die hij heeft en de relaties die hij onderhoudt. Het disfunctioneren van de mens heeft vaak ook te maken met problemen op vlak van verbinding met anderen.
- Op niveau van de samenleving zien we ook dat beperkingen in het functioneren vaak kunnen vermeden of verminderd worden door de omgeving aan te passen. Een eenvoudig maar sprekend voorbeeld op vlak van mobiliteit: het voorzien van toegankelijke voetpaden door ze breed genoeg te maken en stoepranden aan te passen. Zulke aanpassingen richten zich op het functioneren, niet op de beperking van één doelgroep. Zowel ouderen die moeilijk te been zijn, personen die zich verplaatsen met een rolstoel, fietsende jonge kinderen en ouders met een kinderwagen zullen zich hierdoor gemakkelijker verplaatsen.

*Focus op functioneren gaat immers uit van de mogelijkheden van mensen en hoe die best kunnen worden ondersteund* (Zorginstituut Nederland, 2015, p. 19). In die zin zijn aanpassingen die ervoor zorgen dat zoveel mogelijk burgers kunnen **participeren** (onderwijs, werk, sport, cultuur,...) **essentieel voor de kwaliteit van leven in een samenleving**. Zo komt zorg en ondersteuning (terug) in een breder perspectief terecht. We moeten niet alleen in het 'zorg- en ondersteuningssysteem' de paradigmashift maken. We moeten ons tegelijk afvragen of we maatschappelijk nog wel de juiste prioriteiten leggen, in het onderwijs, op het werk, op vlak van wonen, sociale bescherming en welzijn, lokaal beleid,...<sup>2</sup>.

### 1.3. Op zoek naar antwoorden

Hoewel alle maatschappelijke systemen (zorg en ondersteuning, onderwijs,...) antwoorden zochten op de groeiende complexiteit in de samenleving, moeten we vandaag vaststellen dat we toch vastlopen, dat vele antwoorden van de laatste decennia misschien niet (meer) de juiste antwoorden zijn.

---

2 De SAR WGG ondersteunt daarom ten volle de keuze van de IMC om in het Plan van aanpak voor Geïntegreerde zorg voor chronisch zieken 'werkbehoud, socioprofessionele en socio-educatieve reïntegratie' op te nemen als een van de 18 componenten nodig voor de ontwikkeling van geïntegreerde zorg.

### 1.3.1. Een meer generalistische benadering nodig

De vragen van burgers en van personen met zorgbehoefte zijn ook sterk veranderd. Daar is de evolutie naar meer chronische problemen en multimorbiditeit niet vreemd aan. Zorg- en ondersteuningsvragen zijn niet altijd hoog technologisch complex en acuut. Het zijn vaak ook vragen over het dagelijkse leven (huishouden, opvoeding, stress op het werk, ouder worden, verlieservaring, administratieve problemen,...). De complexiteit is hier van een andere orde. De complexiteit zit in de context, in relaties (of het gebrek eraan), in het samenbrengen van informele en formele zorg om tot zorg op maat te komen<sup>3</sup>. Deze context-complexiteit bestaat er ook in dat de vragen en behoeften zich op verschillende levensdomeinen tegelijk situeren. Het Zorginstituut Nederland (2015, p. 32) merkt op dat *in de context ook oplossingen zijn te vinden die nu niet of nauwelijks worden ingezet (onderwijs, woningbouw, veiligheid, sportvoorzieningen, infrastructuur)*.

Er bestaan voor deze complexe problemen ook geen standaardoplossingen. De complexe vragen die voor iedere betrokkene specifiek zijn, kunnen meestal niet afdoende beantwoord worden vanuit een specialistische of unidisciplinaire benadering. Ze vragen daarnaast ook een **generalistische aanpak** door professionals die in de context van de persoon met zorgbehoefte mee aan behandelingen of oplossingen op maat kunnen werken in de levensdomeinen waar dit nodig en wenselijk is.

Een generalistische benadering impliceert ook een sterke preventieve functie. Preventie omvat alle initiatieven die doelbewust en systematisch een probleem voorkomen en heeft tot doel kwaliteit van leven te bevorderen. Een kenmerk van generalisme is immers dat er niet alleen op 'cure' en 'care' wordt ingezet, maar ook op preventie en gezondheidspromotie. Het gaat dan zowel over primaire, secundaire als tertiaire preventie<sup>4</sup>.

Een beleidstrend van meer recente datum met veel impact op de sectoren in zorg en ondersteuning kunnen we vatten met de term '**vermaatschappelijking**'. Vermaatschappelijking kan en mag voor de SAR WGG niet anders begrepen worden dan onderstaande omschrijving (zie kadertekst).

---

3 Deze gedachte vinden we ook terug in de definitie die het EXPH (Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health) gaf aan Primary Care (2014, p. 18). The Expert Panel considers that primary care is the provision of universally accessible, person-centered, comprehensive health and community services provided by a team of professionals accountable for addressing a large majority of personal health needs. These services are delivered in a sustained partnership with patients and informal caregivers, in the context of family and community, and play a central role in the overall coordination and continuity of people's care.

4 In de reflectienota eerstelijnszorg (4 november 2010) beschrijft de raad deze verschillende vormen van preventie.



**Vermaatschappelijking van de zorg** is 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 des-institutionalisering, community care, empowerment, kracht- en contextgericht werken, vraagsturing en respijtzorg (SAR WGG, visienota IZO, p. 8).

Deze trend geeft vorm aan een belangrijke **cultuurverandering** in hoe we kijken naar handicap en beperking, naar zorg en ondersteuning, naar herstel en naar de zelfbeschikking van mensen. Het vraagt om meer samenwerking tussen verschillende organisaties en sectoren én tussen professionals in zorg en ondersteuning en de personen met zorg- en ondersteuningsbehoefte (Hermans, K. e.a., 2009, p.2).

Een goed begrepen vermaatschappelijking kan tegengas geven aan de neiging om problemen exclusief specialistisch te benaderen door ze beter in te bedden in een generalistische aanpak in de leefomgeving van de persoon met zorgbehoefte.

### 1.3.2. Verbinding als voorwaarde voor autonomie

We vinden het belangrijk ook stil te staan bij de vraag of burgers en/of personen met zorgbehoefte het meest gebaat zijn bij een individuele benadering of bij een relationele benadering van zorg en ondersteuning. Betekent integrale zorg en ondersteuning dat we ons richten op het individu, op de persoon met zorgbehoefte en de doelen die hij zich stelt, of gaat integrale zorg en ondersteuning in de eerste plaats uit van de bindingen - eventueel herstel of opbouwen van bindingen - die de persoon met zorgbehoefte met zijn omgeving heeft?

Met andere woorden, vertrekt zorg en ondersteuning best vanuit een individualistische benadering, als verworvenheid van deze tijd, of moet zorg en ondersteuning verder gaan en zich in de toekomst meer toeleggen op het verbinden van mensen? Waarbij de aanname geldt dat de mens verbinding nodig heeft als een voorwaarde voor autonomie en zelfbeschikking, als voorwaarde voor participatie in de samenleving.

Autonomie staat voor de raad niet los van verbinding.

Vertrekken van een persoons- en behoeftegericht model betekent immers niet dat we de solidariteitsmechanismen op het niveau van de samenleving in vraag zouden stellen. Het is nodig dat er in de samenleving een solidair kader bestaat waarbinnen de professional en de burger een zorg- en ondersteuningsrelatie kunnen vormgeven. De raad verwijst naar het *Triple Aim-raamwerk* dat de doelmatigheid van de zorg nastreeft. Ook in *5-star doctor* van de WHO<sup>5</sup> wordt de vraag gesteld hoe de individuele aspiraties van burgers en de beschikbare bronnen in de samenleving met elkaar kunnen verbonden worden.

5 Boelen C (1997). The five-star doctor: An asset to health care reform? Available at: [www.who.int/hrh/en/HRDJ\\_1\\_1\\_02.pdf](http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_1_1_02.pdf)

Hierbij is ook de maatschappelijke beeldvorming rond zorg en ondersteuning belangrijk. In een solidaire samenleving beseffen burgers dat de collectieve bronnen niet onuitputbaar zijn en doelmatig moeten worden ingezet. Burgers zijn zich ook bewust van de eigen verantwoordelijkheid en van het belang van zorg voor elkaar. Dit sluit een persoonsgerichte en behoeftegerichte zorg en ondersteuning zeker niet uit. Het is een pleidooi voor het zoeken naar een goed evenwicht.

Integrale zorg en ondersteuning is immers ook een verhaal van **kwaliteit van samenleven**.

Hierna zullen we zien dat de keuze voor de termen persoon met zorgbehoefte of burger dit debat mee kleuren.

## 1.4. De persoon met zorgbehoefte en de burger

Het gebruik van termen is belangrijk omwille van de mensvisie die erachter zit. Dit willen we hier expliciteren.

### Persoon met zorgbehoefte

In de Visienota IZO hanteerden we de term persoon met zorgbehoefte. Daarmee bedoelen we de **“persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte en zijn naaste omgeving”**. De keuze voor deze termen was weloverwogen. De raad herbevestigt zijn voorkeur voor het gebruik ervan om verschillende redenen.

■ Het gebruik van bepaalde terminologie hangt vaak samen met een context. In een ziekenhuis of bij de huisarts zullen we spontaan over de patiënt spreken, in de welzijnssector is de term gebruiker of cliënt gangbaar, of kan de persoon met zorgbehoefte aangewezen worden als de oudere, het gezin of de jongere. Geen van deze termen ‘werkt’ buiten de eigen context. Het is vreemd om het in een ziekenhuis over een cliënt te hebben, het is ondenkbaar om in een welzijnscontext over een patiënt te spreken. De SAR WGG pleit daarom voor een meer **overkoepelende term** die elk van de contexten en sectoren overstijgt.

■ Recent is er vanuit verschillende hoeken gepleit voor het gebruik van de term ‘client’<sup>6</sup>. Voor de SAR WGG is er echter een essentieel verschil tussen het gebruik van het woord ‘cliënt’, dat vanuit het perspectief van het aanbod vertrekt, en een ‘persoon met zorgbehoefte’ dat vanuit een **gebruikers- of behoefteperspectief vertrekt**.

■ We wensen bovendien dat de persoon met zorgbehoefte niet wordt gereduceerd tot zijn ziekte, beperking of probleem maar in de eerste plaats als een **persoon** wordt benaderd, een persoon die een zorg- of ondersteuningsvraag of -nood heeft. Het gebruik van het woord ‘persoon’ verwijst naar het **holistisch mensbeeld** waarvan we vertrekken. Het existentiële wezen van de mens is belangrijk bij integrale zorg en ondersteuning. We zijn immers nooit alleen patiënt, klant of cliënt.

---

6 Cfr. Bedenkingen van Herman Nys Eindrapport ‘Slimmere zorg 2014’ Zoekconferentie ‘slimmer zorgen voor morgen’ 2013. (p. 12); Bernadette Van Den Heuvel (2014) Netwerkgzorg. Acco.

- Het begrip ‘persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte en zijn naaste omgeving’ verwijst naar de **verbinding** van de persoon met zorgbehoefte met de omgeving waarin hij leeft.

Om deze redenen herbevestigt de raad zijn keuze voor het gebruik van de term ‘persoon met zorgbehoefte’ maar de raad zal in een nog breder maatschappelijk perspectief ook de term ‘burger’ hanteren.

## Burger

Het begrip ‘burger’ sluit aan bij de visie van de raad met betrekking tot vermaatschappelijking, inclusie, functioneren en leven in en participeren aan de samenleving.

- Het begrip ‘burger’ overstijgt het zorg- en ondersteuningsstelsel en focust **niet alleen op de persoon met zorgbehoefte, maar ook op de gezonde burger** die, onder meer, via preventie en informatie over gezond gedrag, moet meegenomen worden in het verhaal van ‘kwaliteit van leven’.
- Het maakt ook duidelijk dat iemand zijn **recht op zorg en ondersteuning** ontleent aan het feit dat hij burger is. De inclusiebeweging van personen met een handicap en de herstel- en rehabilitatiegedachte voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen vertrekken van de burgerrechtenbenadering. Ieder van ons heeft, op basis van zijn burgerschap, recht op zijn eigen zinvolle plek in de samenleving. *Inclusie wordt immers verwezenlijkt wanneer in een samenleving alle burgers worden opgenomen en erbij horen, volgens wie ze zijn en mogen zijn. Daarbij start men vanuit gelijkwaardigheid, antidiscriminatie en meerwaarde van diversiteit en past men de samenleving aan het individu aan in plaats van het individu aan de samenleving<sup>7</sup>.*
- De burgerschapsbenadering geeft ook **meer aandacht aan de andere maatschappelijke systemen, waarin een persoon met zorgbehoefte zich beweegt en die even essentieel zijn voor zijn kwaliteit van leven**. Immers, *naarmate meer mensen met een chronische ziekte [personen met een zorgbehoefte] een actieve rol als burger of werknemer blijven opnemen, wordt integrale zorg [en ondersteuning] meer een aangelegenheid van de hele samenleving. Vanuit het perspectief van de chronisch zieke persoon [persoon met een zorgbehoefte] handelt integrale zorg over zijn leven en welzijn als volwaardig burger, niet tegenstaande de beperkingen die de chronische ziekte [of zorgbehoefte] met zich meebrengt* (Ch. Van Audenhove, 2015 p. 27).
- Onder het woord burger vatten we ook wie zelf zorg verleent (mantelzorger, vrijwilliger,...). We zijn als burgers immers allemaal op bepaalde tijdstippen op één of andere manier bij zorg en ondersteuning betrokken, voor onszelf of voor een ander.

We kiezen voor het territoriaal concept van burgerschap: iemand die zich op een bepaald ogenblik in een bepaalde territoriale omgeving bevindt en daar rechten en plichten aan ontleent. We vatten het begrip burger niet op als een louter individuele benadering van rechten en plichten, maar wel als **een verhaal van ‘civility’ als een universeel bindend ideaal binnen een maatschappelijk zingevend kader** (zie Antonovsky in van Ewijk & Kunneman (red.) 2015, p. 53).

---

7 website GRIP

In dit document gebruiken we de twee termen. Wanneer we over zorg en ondersteuning spreken, zullen we voor de term ‘persoon met zorgbehoefte’ opteren. We zullen de term ‘burger’ hanteren wanneer het over de brede samenleving gaat.

## 2. Wat verwachten we van de professional?

In dit hoofdstuk definiëren we eerst de begrippen professional in zorg en ondersteuning en generalistische competentie. Dan beschrijven we wat we verwachten van professionals in het licht van integrale zorg en ondersteuning. Wat is de essentie van het professioneel handelen?

### 2.1. De professional in zorg en ondersteuning

#### Professional

Om in alle beroepen en beroepsgroepen de aandacht te richten op de **essentie van het professioneel handelen** opteert de raad in deze tekst voor het gebruik van de term ‘professional’.

Van Ewijk stelt dat een *professional* staat voor *een beroepskracht die hoofdzakelijk in complexe, onoverzichtelijke contexten werkt waarin veel aankomt op eigen inschattingen en handelingen.* (Van Ewijk H. & Kunneman H., 2015, p.19).

*De essentie van het professionele werk, van professionalisme, is dat elk zorg- en ondersteuningssysteem uiteindelijk terug gaat naar de unieke ontmoeting tussen wie zorg en ondersteuning nodig heeft, en wie is toevertrouwd dit aan te leveren. Dit vertrouwen wordt verdiend door een bijzonder mengsel van technische bekwaamheid en een gerichtheid op dienstverlening en presentie, ondersteund door een ethisch engagement en maatschappelijke verantwoordelijkheid (social accountability)* (Frenk J. e.a., 2010, p.1925).

#### Professionals in zorg en ondersteuning

De raad kiest ervoor om de term ‘professionals in zorg en ondersteuning’ te hanteren om alle beroepen aan te wijzen die in de gezondheids- en welzijnssectoren (beleidsdomein gezondheid, welzijn én gezin) een rol spelen in de zorg en ondersteuning van personen met zorgbehoefte, wars van de bevoegdheidsverdeling in dit land. Wij doelen met deze term dus zowel op gezondheidszorgberoepen (federale materie) als op zorg- en welzijnsberoepen (bevoegdheid van de deelstaten).



In de visienota Integrale zorg en ondersteuning stelden we dat onder de koepelterm 'integrale zorg en ondersteuning' ook de zelfzorg en de informele zorg (mantelzorg en vrijwilligerszorg) gerekend wordt. Professionals in zorg en ondersteuning nemen de **formele zorg en ondersteuning** binnen de integrale zorg en ondersteuning voor hun rekening (= de professionele zorg en ondersteuning).

## 2.2. Generalistische competenties

Wanneer we willen omschrijven wat we verwachten van professionals in zorg en ondersteuning, valt al snel het woord competenties. Toekomstige professionals goed voorbereiden (competenties ontwikkelen, levenslang leren) zal cruciaal zijn om de verwachtingen in te lossen. Het zorg- en ondersteuningssysteem is maar zo goed als de kwaliteit van zijn professionals.

De raad onderschrijft het **groot belang van goed technisch of specialistisch geschoold personeel**. Een persoon met zorgbehoefte heeft absoluut zorg en ondersteuning nodig die beantwoordt aan de maatschappelijk en wetenschappelijk gestelde kwaliteitseisen. Specialistische zorg is daarin essentieel. In dit document zal echter meer aandacht gaan naar de generalistische competenties van professionals. Ze zijn essentieel in het kader van integrale zorg en ondersteuning maar worden in het streven naar hoog technologische en specialistische vakkennis en -kunde, al te vaak ten onrechte op het achterplan geschoven.

Hoewel we niet alleen willen focussen op de competenties die iemand nodig heeft - wij gaan in deze oefening ook op zoek naar de **voorwaarden** die bepalen dat professionals goede integrale zorg en ondersteuning kunnen leveren<sup>8</sup> - is het voor een goed begrip toch belangrijk dat we enkele definities meegeven.

### Competentie

- Er bestaan zeer veel definities van competenties. Wat je in de meeste definities terug vindt, is dat een competentie een samenstelling is van kennis, vaardigheden en attitudes van een persoon. [...] Met betrekking tot de werkcontext kan een competentie beschouwd worden als de individuele capaciteit om kennis, vaardigheden en attitudes geïntegreerd in het handelen aan te wenden, in functie van de concrete en dagelijkse werksituatie. Een competentie die ingezet wordt op de werkvloer wordt dus zichtbaar in het concrete gedrag van de individuele medewerker<sup>9</sup>.
- **Attitudes of basishoudingen** spelen een cruciale rol in de competentie van de professional in zorg en ondersteuning. Het samenspel van zijn basishoudingen en attitudes met kennis en vaardigheden bepaalt waarom iemand doet wat hij doet. Niet zozeer wat een **professional** in zorg en ondersteuning moet 'doen' maar **wat of wie hij moet 'zijn'**, willen we beschrijven.

8 Dit zal vooral in deel 2 verder uitgewerkt worden.

9 <http://www.competentindesocialprofit.be/?cid=1&pagina=103-wat-zijn-competenties>

**Generalistische competenties**<sup>10</sup> zijn die competenties die een professional nodig heeft om vanuit een generalistische strategie of benadering zorg en ondersteuning te verlenen. Een generalistische benadering houdt in dat een gevarieerd palet aan invalshoeken en strategieën wordt ingezet waarmee een brede waaier aan niet gespecificeerde gezondheids- en/of welzijns (gerelateerde) problemen kunnen aangepakt worden.

Generalistische competenties zijn complementair aan specialistische (vaak technische) competenties. We spreken bewust niet over 'de generalist' of 'de specialist'. Het gaat over competenties en niet om 'beroepsgroepen' die we tegen elkaar willen afzetten. Een 'specialist' moet immers ook over generalistische competenties beschikken. Binnen een generalistische strategie of benadering kunnen specialisten ook hun plaats vinden om bepaalde complexe problemen mee aan te pakken.

## 2.3. De essentie van het professioneel handelen in zorg en ondersteuning

Wat verwachten we van professionals in het licht van integrale zorg en ondersteuning? **Integrale zorg en ondersteuning is het kader waarin generalistische competenties hun plaats vinden.** We zullen enkele elementen van dat kader hernemen (zie ook visienota IZO, 7 december 2012) en verder uitwerken. Het is niet de bedoeling om alle generalistische competenties daarbij zelf in detail te omschrijven.

### 2.3.1. Kwaliteit van leven als inzet van de zorg- en ondersteuningsrelatie

Integrale zorg en ondersteuning richt zich op kwaliteit van leven. Dit als uitgangspunt nemen, brengt een **heuse verschuiving voort in wat we van professionals verwachten, in de manier waarop ze een zorg- en ondersteuningsrelatie aangaan.** Professionals moeten zich meer richten op het functioneren, daarbij aandacht hebben voor wat echt belangrijk is voor de persoon met zorgbehoefte en via informatie en overleg samen met de persoon met zorgbehoefte tot de meest gepaste oplossing of behandeling komen.

---

10 We maken het onderscheid met sleutelcompetenties en met generieke competenties.

- Sleutelcompetenties zijn competenties die elk individu nodig heeft in het licht van zelfverwezenlijking en ontwikkeling, van actief burgerschap, sociale inclusie en tewerkstelling, zoals het beheersen van de moedertaal, rekenkundige vaardigheden, digitale vaardigheden, sociale en burgercompetenties... Ze zijn in uiteenlopende sectoren belangrijk.
- Generieke competenties wijzen op algemene vaardigheden zoals bijvoorbeeld kunnen rapporteren, observeren, enz.

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 ondersteuning. 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 leven**. Het streven naar volwaardig burgerschap bij personen met een handicap en de herstel- en rehabilitatiegedachte 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 gearticuleerd 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 (Visienota IZO, p. 14).

## Focussen op functioneren

We verwachten dat professionals zorg en ondersteuning kunnen bieden die gericht is op het ondersteunen van personen met zorgbehoefte (en hun naaste omgeving) in hun functioneren en leven in én participeren aan de samenleving.

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 zorgbehoefte (en zijn naaste omgeving). Niet de oorsprong van de zorgbehoefte (ouderdom, handicap, chronische ziekte, sociaaleconomische kwetsbaarheid,...) is belangrijk, maar wel de vraag wat er kan gedaan worden om zo goed mogelijk te functioneren d.i. om **beter te functioneren, het functioneren te herstellen of om erger te voorkomen** en om zo goed mogelijk te participeren aan de samenleving. Een focus op de ziekte, de beperking of het probleem kan soms nodig zijn, maar een persoon mag niet tot zijn ziekte, beperking of probleem worden gereduceerd.

*Goossensen en Baart (2001, p.5) stellen dat hoewel we niet aan reduceren ontkomen, en in zekere zin dit ook nodig hebben in een informatiecomplexe omgeving, het gevaar erin schuilt reducties voor waarheid aan te nemen. Schadelijk is een gebrek aan open en voortdurende aandacht, een gebrek aan de wens tot bijsturen van de eigen beeldvorming om de ander optimaal recht te doen. Overigens bevorderen tijdgebrek, een heersende cultuur of een té taak- of probleemgerichte houding het optreden van reductie.*

Ook het Zorginstituut Nederland stelt dat *aan de zorgprofessional van de toekomst andere eisen zullen worden gesteld. Hij of zij zal in staat moeten zijn **de zorgvraag vast te stellen vanuit het perspectief van het functioneren van de burger**. De nodige zorg moet bijdragen tot het functioneren van de burger. [...] Dit betekent ook 'niet behandelen als dit niet bijdraagt tot het functioneren'* (Zorginstituut Nederland, 2015, p. 32).

Dat maakt het erg belangrijk het perspectief van de persoon met zorgbehoefte mee te nemen in de zorg- en ondersteuningsrelatie. Zorg- en ondersteuningsvragen moeten altijd beluisterd worden in de context van de sociale leefwereld van burgers en doelgericht (en niet probleemgericht) benaderd worden. Professionals hebben de opdracht om de diagnose-georiënteerde zorg (gebaseerd op het biomedisch model) om te buigen naar een **doelgeoriënteerde zorg en ondersteuning** die over (beter) functioneren gaat. De doelstellingen van mensen zijn een dynamisch gegeven. Ze evolueren doorheen iemands leven. Doelgerichte zorg en ondersteuning houdt in zijn methodes rekening met deze veranderlijkheid.

Wanneer genezing of volledig herstel niet meer mogelijk is, zijn de waarden en opvattingen van de persoon met zorgbehoefte des te meer belangrijk voor de keuzes in de zorg en ondersteuning. 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.

## **Aandacht hebben voor wat echt belangrijk is**

**In essentie moeten de vragen, behoeften en noden van de burgers het aanbod sturen** en niet omgekeerd. Daarmee bedoelen we niet dat elke vraag, behoefte of nood per definitie ingelost moet worden, maar wel dat ze het vertrekpunt vormen waarrond de zorg en ondersteuning wordt georganiseerd. We spreken daarom van '**vraag- en behoeftegericht**' en niet 'vraaggestuurd'.

Bij vraag- en behoeftegerichte zorg en ondersteuning gaat het erom vanuit een generalistische benadering **inzicht te krijgen in wat echt belangrijk is voor de persoon met zorgbehoefte**. Lon Holtzer, de Vlaamse zorgambassadeur, verwijst in een recent boek *De 7 privileges van de zorg (2015, p. 42)* naar 'vier vragen tot wijsheid' van de filosoof Hegel. Deze vier vragen laten toe een zorgsituatie te benaderen vanuit een generalistisch perspectief.

- Wat is er met je gebeurd? Wie ben je? (context)
- Wat is je kwetsbaarheid en je weerbaarheid?
- Waar wil je naartoe? (doelstellingen)
- Wat heb je nodig? (noden)

De vragen nodigen uit tot authentiek en oprecht luisteren. Ze zouden het uitgangspunt en startpunt moeten vormen van elke ontmoeting, van elk zorg- en ondersteuningstraject dat een persoon met zorgbehoefte met zijn naaste omgeving en de professionele zorg- en ondersteuningsverleners aflegt.



- De eerste vraag nodigt de persoon met zorgbehoefte uit zijn verhaal te vertellen en de context te schetsen.
- De vraag naar kwetsbaarheid en weerbaarheid onderzoekt de draagkracht, de beperkingen en de mogelijkheden van de persoon en zijn naaste omgeving. Het gaat over empowerment, autonomie en het aanspreken van de eigen krachten van de persoon met zorgbehoefte en zijn omgeving.
- Het formuleren van doelstellingen maakt de echte verschuiving mogelijk van een probleemgeoriënteerde naar een doelgeoriënteerde zorg en ondersteuning.
- Wanneer de (levens-)doelen en de kwetsbaarheden en mogelijkheden van een persoon helder zijn, zal het ook duidelijk worden welke noden iemand heeft.

Het is evident dat niet elke zorgsituatie zich leent om deze vragen eerst volledig te exploreren met de persoon met zorgbehoefte. Een acuut gezondheidsprobleem vraagt onmiddellijke zorgen. Toch gaat het om de vier referentievragen die bij elk contact in zorg en ondersteuning het vertrekpunt vormen. Ze moeten op één of andere manier aan bod komen. *Waarom komt/ deze persoon /nu /met deze vraag/ bij deze professional?*

Het moet een **grondhouding** zijn van elke professional om telkens in overweging te nemen hoe je als professional in de zorg- en ondersteuningsrelatie staat en daarbij deze vier geschetste elementen mee te nemen. De professional moet methodieken aangeleerd hebben om op deze vragen een antwoord te krijgen vanuit een oprechte en betrokken houding ten opzichte van de persoon met zorgbehoefte.

Met deze grondhouding verwijzen we naar het optreden van de professional en naar hoe dit optreden ervaren wordt. De **presentietheorie** (Baart A., 2001) richt zich in essentie hierop. Wat kan de professional voor de ander zijn en betekenen? Dit ligt niet vooraf vast in routines, protocollen en standaarden. Het wordt ook niet snel afgehandeld via een kort intakegesprek. Het gaat erom **vanuit een aandachtig aanwezig zijn te onderzoeken wat je in de relatie tot de ander kan betekenen**. In de methodische kenmerken van presentie komen aspecten voor die sterk aansluiten op de holistische, generalistische benadering van de persoon met zorgbehoefte. *De presentiebeoefenaar verplaatst zich 'naar de ander toe' in plaats van omgekeerd. Hij is niet louter aanspreekbaar op één type van probleem of hulpvraag. Trefwoorden zijn openheid, domeinoverstijging, brede inzetbaarheid [...] gespecialiseerd zijn in het ongespecialiseerde. In de 'aansluiting' tot de ander zal men niet alleen de problemen proberen oplossen maar staat het vinden van een bevredigende verhouding tot het leven voorop* (Baart A. & Grypdonck M., 2008, pp. 21-26).

Op de website van beroepshoudingindezorg.nl<sup>11</sup> wordt gesteld dat *in de beroepshouding de morele gevoeligheid van de professional zichtbaar wordt en laat hij zien vanuit welke normen en waarden hij zorg verleent. Bij uitstek gebeurt dat in de zorgrelatie. 'Hoe kan ik doen wat goed is voor de ander (en voor mijzelf, zodat ik optimaal kan blijven functioneren)?'*

*Om te doen wat goed is voor de ander is het nodig dat de professional zijn eigen normen en waarden en die van de ander durft bevragen. Ook moet hij bereid zijn om kritisch te kijken naar de normen en waarden van de (bureaucratische, organisatorische of economische) omgeving waarin hij de ander aantreft. (Wat doe ik als ik zie dat de zorgvrager moeite heeft met sommige 'regels van het huis'?)*

11 <http://www.beroepshoudingindezorg.nl/index.html>

We verwachten van een professional in zorg en ondersteuning dat hij een gerichtheid heeft op presentie en in staat is te reflecteren over het eigen optreden. Vragen zoals 'ben ik goed bezig?', 'kan ik in de spiegel kijken?' horen als vanzelfsprekend bij het professioneel handelen. We verwachten van een professional dat hij in staat is het eigen referentiekader niet als norm te nemen bij het beoordelen van de kwaliteit van leven van de ander'.

## Informereren, overleggen en autonomie ondersteunen

Het wordt 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 de inhoud van de zorg en ondersteuning zullen bepalen, in een evenwaardige relatie tussen de persoon met zorgbehoefte en de professional. (Visienota IZO, p.17)

Professionals beschikken over heel wat, vaak discipline gebonden, technische informatie en expertise. Vaak bestaat er een machtsverschil in de zorgrelatie omwille van de informatieasymmetrie en omdat de persoon met zorgbehoefte een vraag of behoefte heeft die moet gelost worden.

Met kwaliteit van leven als focus van zorg en ondersteuning wordt de klassieke (paternalistische) opvatting dat de professional alleen de diagnose stelt of de probleemanalyse maakt en daarbij de behandeling of oplossingen voorstelt, waarbij de professional 'wel weet wat best

is voor de persoon met zorgbehoefte', meestal niet meer aanvaard. De persoon met zorgbehoefte wenst te participeren in zijn eigen zorg en ondersteuning en wil de regie in eigen handen houden. De doelstellingen van de persoon met zorgbehoefte moeten mee de inhoud van de zorg en ondersteuning kunnen bepalen.

Om tot betere participatie van de persoon met zorgbehoefte te komen, moeten de professional (en zijn team) en de persoon met zorgbehoefte (en zijn naaste omgeving) daarom een **zorg- en ondersteuningsrelatie** aangaan die **gebaseerd is op gelijkwaardigheid en respect voor autonomie**. *Overleg is essentieel als we de autonomie van een patiënt willen respecteren en hem in staat willen stellen om weloverwogen keuzes te maken op een geïnformeerde manier<sup>12</sup>.*

*Bij het participatiemodel delen arts en patiënt macht en verantwoordelijkheid en worden patiënten gezien als **actieve gebruikers van zorg**. Ze hebben recht op volledige informatie, moeten behandeld worden met respect en ze moeten actief betrokken worden in de besluitvorming over de behandeling. Kortom, de consultatie wordt meer persoonsgericht dan artsgericht. [...] Persoonsgerichte consultaties gaan uit van de erkenning van het belang van de noden en voorkeuren van de patiënt. Samenwerking primeert. Binnen dit samenwerkingsverband beschikt de arts over wetenschappelijke kennis, terwijl de patiënt hoofdzakelijk over ervaringskennis beschikt.*

Op een participatieve manier keuzes maken volgens een overlegmodel (shared decision making) vereist **nieuwe gesprekscompetenties** waarvoor voor zorgverstrekkers in opleiding nog te weinig rolmodellen zijn. We zijn van mening dat een verdere toenadering van gezondheids- en welzijnsactoren zeker hier ook heilzaam kan zijn.

Context- en clientgericht werken is één van de basisvaardigheden van generalistische welzijnswerkers. Vraagverduidelijking is er een beproefde methodiek. *Sommige professionals in een multidisciplinair of in een transdisciplinair team werken hoofdzakelijk vanuit een overlegmodel: maatschappelijk werkers, psychologen. Zij kunnen goede katalysatoren zijn om de cultuur en de vaardigheden te verspreiden.*

Zeker in het domein van de gezondheidszorg zal de (medisch) technisch geschoolde professional voor een stuk zijn comfortzone moeten verlaten. Hij moet bereid zijn twijfel toe te laten en deze op tafel durven leggen. De professional is dan niet meer 'diegene die het moet weten' maar wel iemand die in het overleg zijn medisch technische expertise inbrengt om samen naar de voor de persoon met zorgbehoefte beste behandeling te zoeken. Bij eenduidige problemen waar bewezen is dat één bepaalde behandeling of therapie de beste resultaten geeft, moet de professional zijn expertise gebruiken om de persoon met zorgbehoefte te sturen en te wijzen op de gevolgen wanneer de behandeling niet gevolgd wordt. Wanneer het echter om complexe problemen gaat, met verschillende gelijkwaardige behandelingen, moeten andere competenties worden aangesproken. Informeren en overleggen om tot een geïnformeerde keuze van de persoon met zorgbehoefte te komen. Informatie, overleg en coaching zullen de persoon met zorgbehoefte helpen zijn eigen actieve rol in het zorgproces op te nemen. Hierop komen we in het volgende punt terug.

*Patiënten informeren maar niet begeleiden bij het maken van keuzes kan hen dan wel in staat stellen om zelf keuzes te maken, het is geen persoonsgerichte zorg. De meeste patiënten wensen immers ook de steun van hun arts als ze belangrijke beslissingen moeten nemen. Ze hebben naast standaard informatie ook op maat gesneden informatie en begeleiding nodig om knopen te kunnen doorhakken en tevreden te zijn over hun keuzes. Om autonome besluitvorming echt een kans te geven is het belangrijk om de **autonomie van de patiënt te ondersteunen**, zoals gebeurt in een persoonsgerichte benadering.*

## Participatie en inclusie versterken

Bij het belichten van de zorg- en ondersteuningsrelatie hebben we al beschreven dat het belangrijk is het perspectief van de persoon met zorgbehoefte mee te nemen in de zorg- en ondersteuningsrelatie en om de persoon met zorgbehoefte actief te betrekken en te laten participeren. Deze samenwerking is cruciaal voor het slagen van integrale zorg en ondersteuning.

Naast participatie in de zorg en ondersteuning zelf, is **participatie** van personen met zorgbehoefte **aan de samenleving** door het opnemen van burgerrollen, als werknemer, ouder, student of vrijwilliger, vaak essentieel voor de kwaliteit van leven. De raad benadrukt dat arbeid en (volwassenen)educatie belangrijke hefboomen zijn om **inclusie waar te maken**. Dit

In de **reflectienota eerstelijnszorg** (4 november 2010, p. 5) schreef de raad dat de relatie van de persoon met zorgbehoefte en de professional moet uitgaan van gelijkwaardigheid waarbij men samen tot goede zorg komt. Het kan gaan om 'onderhandelde' of 'participatieve' zorg en **ondersteuning**, waarbij de voor- en nadelen van probleemgeoriënteerde en doelgeoriënteerde zorg en ondersteuning tegenover elkaar worden afgewogen, terwijl het de persoon met zorgbehoefte is die de regie in handen houdt en de uiteindelijke beslissing neemt.

hebben we al onder de aandacht gebracht onder punt 1.2 (Kwaliteit van leven). Vertrekken van dit uitgangspunt vraagt ook van professionals andere attitudes. De professional moet uitgaan van het functioneren en de doelen van de persoon met zorgbehoefte en vertrekken van de vraag wat iemand kan betekenen voor de samenleving, vertrekken van de vraag hoe iemand met zijn mogelijkheden 'zijn eigen zinvolle plek in de samenleving kan opnemen' (cfr. definitie vermaatschappelijking). Daarin slagen betekent een echte stap naar inclusie.

Rechtstreekse (beleids-)participatie van de personen met zorgbehoefte (en hun omgeving) zou ook op het niveau van organisaties, in samenwerkingsverbanden, op beleidsniveau en in onderzoek en onderwijs veel meer vanzelfsprekend moeten worden. Professionals moeten ook opgeleid en gesensibiliseerd worden om met deze nieuwe partner in de zorg en ondersteuning aan de slag te gaan.

## 2.3.2. Ondersteunen van zelfzorg

**Zelfzorg** is aangeleerd en doelbewust gedrag dat alle beslissingen en acties omvat die mensen in hun dagelijkse leven nemen om te voorzien in hun basisbehoeften, om de eigen ontwikkeling te verzekeren en **het eigen functioneren te reguleren**. Met zelfzorgvermogen wordt de mate bedoeld waarin iemand in staat of bekwaam is zelfzorg te verrichten.

De vereiste zelfzorg, wat er nodig is om goed te leven, zich te ontwikkelen en gezond te blijven, werd in 1971 door Dorothea Orem beschreven onder de vorm van drie doelstellingen.

1. Ten eerste moeten de universele zorgbehoeften van een persoon vervuld worden. Dit zijn de voor elke mens geldende behoeften zoals voldoende opname van lucht, vocht en voedsel, voldoende lichaamshygiëne, een goede balans tussen activiteit en rust, tussen afzondering en sociale omgang.
2. De tweede doelstelling van zelfzorg is het vervullen van zelfzorgbehoeften in verband met ontwikkeling, zoals copingsmechanismen en vaardigheden om zich aan te passen.
3. Tenslotte zijn er zelfzorgbehoeften die verband houden met ziekte, handicap of behandeling zoals het signaleren van symptomen en behandelingseffecten, zich verzekeren van adequate medische bijstand, effectief uitvoeren van medische voorschriften en de noodzakelijke wijziging van het zelfbeeld of leefstijl.

De zelfzorgbehoeften zijn universeel, zowel wat betreft basiszorg als wat betreft ontwikkelingsbehoeften. Ziekte, chronische aandoeningen of beperkingen kunnen wel specifieke zelfzorgbehoeften met zich meebrengen.

Het zelfzorgvermogen kan verschillen van individu tot individu. Een handicap of een chronische aandoening kan een verminderd zelfzorgvermogen tot gevolg hebben. Een kind dat is opgegroeid in een minder kansrijk milieu heeft vaak ook minder ontwikkelingskansen gekregen. Hierdoor loopt deze kwetsbare groep vaak ook een verminderd of beperkt zelfzorgvermogen op.

De drie doelstellingen van zelfzorg die Orem beschrijft, tonen aan dat zelfzorg betrekking heeft op elke burger en gaat over welzijn én gezondheid. Zelfzorg betreft niet alleen personen met een zorgbehoefte. Iederéén zorgt voor zichzelf met het oog op een goede kwaliteit van leven, met het oog op het maximaliseren van welzijn en gezondheid.

Bij zelfzorg gaat het bovendien niet alleen om zelfredzaamheid op het vlak van ADL en IADL<sup>13</sup>, maar ook om de zorg voor de eigen ontwikkeling en om sociaal functioneren (Van Ewijk, 2010, zie ook kadertekst punt 1.1).

Wanneer het zelfzorgvermogen en de zelfzorgbehoeften niet in evenwicht zijn, is er sprake van een zelfzorgtekort. Bij een zelfzorgtekort is men, tijdelijk of blijvend, niet in staat voor zichzelf te zorgen. **Professionals in zorg en ondersteuning** zullen dit zelfzorgtekort trachten op te vangen. Ze moeten ook alert zijn voor niet gemelde zelfzorgtekorten en ze opsporen. In het streven naar een zo goed mogelijke kwaliteit van leven is het ook belangrijk dat - in de mate van het mogelijke- het bestaande zelfzorgvermogen wordt ondersteund en verder ontwikkeld.

Zelfzorg vraagt immers specifieke competenties. We zijn van oordeel dat een samenleving de verantwoordelijkheid heeft **iedere persoon maximaal te ondersteunen bij het ontwikkelen van dit zelfzorgvermogen** (of competentie om aan zelfzorg te doen). Dit is een **exponent van vermaatschappelijking**. In de Reflectienota eerstelijnszorg (4 november 2010, p. 8-10) heeft de raad heel wat concrete voorstellen gedaan om zelfzorg te ondersteunen. Er moet tegelijk meer ingezet worden op **preventie en het bevorderen van gezond gedrag**. Dit is niet enkel een opdracht van het gezondheids- en welzijnssysteem. *Stimuleren van gezond gedrag moet overal plaatsvinden: in de gezondheidszorg, op scholen, op het werk en in de buurt* (Zorginstituut Nederland, 2015).

**Zelfmanagement** is een term die zijn oorsprong vindt in de gezondheidszorg, in de theorievorming rond chronische aandoeningen (Chronic Care Model). Bij zelfmanagement gaat het om het bewust zelf nemen van beslissingen over planning en uitvoering van zelfzorgactiviteiten om de ziekte in te passen in het dagelijks leven en met gevolgen van de ziekte om te gaan (Dorn e.a., 2007, p.12). Effectief zelfmanagement omvat het vermogen om de eigen aandoening te monitoren en cognitieve, gedragsmatige en emotionele reacties te genereren die nodig zijn voor het behouden van een voor de patiënt tevredenstellende kwaliteit van leven (Lechner L., Mesters I. & Bolman C., 2010, p. 221).

Zelfzorg en zelfmanagement stelt heel wat eisen aan de burgers. Een actieve houding en de bereidheid verantwoordelijkheid te nemen voor bepaalde zelfzorgtaken behoren hiertoe. In zorg- en ondersteuningssituaties verwachten we van personen met zorgbehoefte nogal wat kennis, vaardigheden en vermogens om een meer actieve rol in de zorg waar te kunnen maken.

Alle initiatieven en activiteiten die worden ondernomen om burgers hiervoor toe te rusten vallen onder de noemer **empowerment**. Empowerment betekent **mensen begeleiden**, hen versterken en 'competent' maken zodat ze zelf keuzes kunnen maken. We benadrukken **dat empowerment veel meer inhoudt dan informatie verschaffen** over 'hoe de gezondheid in eigen hand te nemen'.

---

13 ADL Activiteiten Dagelijks Leven zoals eten opstaan, gaan slapen, zich wassen, aankleden, toilet gebruik; IADL Instrumentele activiteiten dagelijks leven zoals eten klaarmaken, boodschappen, de was en het huishouden doen, telefoneren, gebruikmaken van het openbaar vervoer, eigen financiën en administratie beheren. Deze taken worden in geval van zelfzorgtekorten vaak opgenomen door mantelzorg en door de professionele woonzorg (vaak thuiszorg). (cfr. Masuy A.J. Steunbeleid voor mantelzorgers in België: een typische Belgische ontwikkeling. In: Belgisch Tijdschrift voor de SZ, 1e trim., 2010 52e jg, pp.57-79.).

Om mensen met zorgbehoeften werkelijk te empoweren, hen 'competent' te maken en duurzame veranderingen in gedrag te krijgen, is er betere ondersteuning door het professionele zorg- en ondersteuningssysteem nodig. Professionals moeten voldoende toegerust zijn om dit proces te kunnen begeleiden. Van hen wordt verwacht dat ze de persoon met zorgbehoefte coachen om een actieve deelnemer te kunnen zijn in het zorg- en ondersteuningstraject.

Professionals moeten daarbij informatie geven, motiveren om gezond te leven en om trouw te blijven aan een behandeling, en moeten personen met zorgbehoefte voorbereiden met gedragsvaardigheden om de eigen zorg thuis te kunnen opnemen. *Mensen helpen om controle over hun gezondheid te verwerven en om hun gezondheid te verbeteren is binnen persoonsgerichte zorg in iedere consultatie een belangrijk deelaspect* (Van Audenhove, 2015, p. 39).

Kortom, de **professional** speelt een cruciale rol bij het **versterken van zelfzorg en zelfmanagement bij de persoon met zorgbehoefte**.

We wijzen er wel op dat het een misvatting is om empowerment enkel op het individuele niveau te situeren en om het te hertalen als het vergroten van de individuele verantwoordelijkheid (de zogenaamde individuele bias). Empowerment is een meerlagig concept dat zich ook op het collectieve niveau situeert. We bespreken dit in punt 2.3.4.

Tenslotte maken we nog een **belangrijke kanttekening**. Vandaag wensen veel personen met zorgbehoefte een actieve, geïnformeerde participant te zijn in het eigen zorg- en ondersteuningstraject. Een visie op zorg en ondersteuning die vertrekt van kwaliteit van leven gaat ervan uit dat mensen zelf de regie over het eigen leven willen behouden. We stelden dat burgers ook maximaal ondersteund moeten worden om die rol op te kunnen nemen. Toch weten we dat - zelfs wanneer de samenleving maximaal inzet op empowerment van burgers - er altijd burgers zijn die minder mondig zijn, die niet actief op zoek kunnen of willen gaan naar informatie. We weten dus dat niet elke burger op ieder moment een actieve participant zal kunnen of willen zijn. In het verhaal van integrale zorg en ondersteuning moet daarom bijzondere aandacht besteed worden aan personen met zorgbehoefte die, al dan niet tijdelijk, niet in staat zijn om de regie zelf op te nemen of dit niet wensen te doen.

Personen met zorgbehoefte verschillen immers erg van elkaar. Opleidingsniveau, sociaaleconomische status, leeftijd, culturele achtergrond en andere variabelen kunnen mee het beeld bepalen dat iemand heeft van zijn eigen rol en aandeel in een zorg- en ondersteuningstraject. Om hierop enige invloed uit te oefenen, is **werken aan de beeldvorming over zorg en ondersteuning** op het niveau van de ganse samenleving zeker van belang.

Daarnaast moeten we er echter over waken dat het zorg- en ondersteuningssysteem niet enkel focust op de actieve, goed geïnformeerde persoon met zorgbehoefte, maar zich in de breedte richt op alle types van burgers. De zorg en ondersteuning moet op maat van de persoon met zorgbehoefte zijn. Mensen die meer begeleiding en ondersteuning nodig hebben om tot gelijkwaardige zorg te komen, moeten die ook krijgen.

### 2.3.3. Zorg en ondersteuning delen met mantelzorgers

Professionele zorg en ondersteuning moet vertrekken vanuit de preventieve grondgedachte dat ondersteuning en begeleiding van zelfzorg en informele zorg nodig is (Visienota IZO, p. 15).

Informele zorg bestaat uit niet-georganiseerde mantelzorg (het persoonlijk netwerk van de persoon met zorgbehoefte) en uit de georganiseerde informele zorg (zoals vrijwilligerswerkingen). In dit punt ligt de aandacht bij de mantelzorger.

Informele zorg en formele zorg en ondersteuning moeten een continuüm vormen vanuit de gedachte van subsidiariteit én complementariteit (zie kadertekst). Dat betekent alle kansen (én ondersteuning) geven aan de minst ingrijpende vormen van zorg en ondersteuning vanuit een correct begrepen vermaatschappelijking<sup>14</sup>.

De professional moet in elke zorgrelatie rekening houden met de aanwezige mantelzorg en deze ook betrekken bij het zorg- en ondersteuningstraject. Het is immers de bedoeling dat, wanneer gespecialiseerde zorg en ondersteuning nodig is, ernaar wordt gestreefd om dit in samenspraak met de mantelzorg op te nemen en met aandacht voor de draagkracht van de omgeving te bekijken of en hoe de zorg en ondersteuning voor de persoon met zorgbehoefte weer naar de thuissituatie kan komen. Professionals dienen er dus van meet af aan van doordrongen te zijn dat de zorg en ondersteuning gedeeld wordt met de mantelzorg. Daarbij moet de professional oog hebben voor de draagkracht van de mantelzorger en deze mee ondersteunen.

We merken op dat er in het verhaal van integrale zorg en ondersteuning ook bijzondere aandacht moet gaan naar personen met zorgbehoefte die niet over voldoende mantelzorg beschikken.

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 uitgegaan wordt van het maximale aanbod. Getrapte zorg bevordert de autonomie van de persoon met zorgbehoefte en vermijdt zorgafhankelijkheid' (Everaert S., Scheerder G., De Coster I. en Van Audenhove Ch., 2007, p. 14). (Visienota IZO, p. 15)

14 Volgens de definitie onder punt 1.3.1

## 2.3.4. Sociale cohesie versterken

Goed functioneren in de samenleving en een goede kwaliteit van leven opbouwen blijkt vaak makkelijker voor wie over voldoende 'sociaal kapitaal' beschikt en zo een stevig sociaal netwerk kan opbouwen. Bovendien vormt sociale cohesie in de samenleving het cement voor de vermaatschappelijking van zorg en ondersteuning.

Het is nodig dat we die sociale cohesie structureel versterken. Dat kan op individueel niveau, op groepsniveau en op niveau van de brede samenleving.

De professional moet in zijn individuele zorg- of hulpverlening naar 'verbinden' streven. Dit kan hij doen door met de persoon met zorgbehoefte na te gaan of er in zijn omgeving mensen zijn die kunnen helpen, door met hem het bestaande sociale netwerk te bevragen. Een persoon met zorgbehoefte kan soms ook verder worden geholpen door verbindingen met groepen tot stand te brengen. Er bestaan al beproefde methodieken in het kracht- en herstelgericht werken die personen met zorgbehoefte en hun omgeving kunnen aanspreken en activeren (zoals o.m. de familieconferenties en de eigenkrachtconferenties).

Professionals kunnen ook op het niveau van groepen (wijken, gemeenschappen,...) werken aan sociale cohesie. Dat is een belangrijk aspect van de **empowerment** van kwetsbare burgers. Empowerment heeft tot doel mensen in kwetsbare posities te versterken om de regie over het eigen leven te behouden of te verwerven. **De misvatting bestaat om empowerment enkel op het individuele niveau te situeren en om het te hertalen als het vergroten van de individuele verantwoordelijkheid** (de zogenaamde individuele bias). *Empowerment is een meerlagig concept waarbij het individuele welzijn van personen en groepen onlosmakelijk verbonden is met de bredere sociale en politieke context. Het gaat om gedeelde verantwoordelijkheid die het individualiseringsdenken ver achter zich laat* (Van Regenmortel T. 2007, p. 7).

Empowerment kijkt dus ook naar de omgeving. Een persoon met zorgbehoefte kan zijn omgeving aanspreken (mantelzorg, degemeenschap of 'community', het zorg- en ondersteuningsysteem,...). Empowerment houdt ook in dat op politiekmaatschappelijk niveau acties worden ondernomen om zelfzorg, zelfmanagement, mantelzorg en vrijwilligerszorg te ondersteunen (vb. informatie verstrekken, taboes doorbreken, toegankelijkheid van voorzieningen verbeteren,...). Dat kunnen we ook **een proces van 'enabling'** noemen: het mogelijk maken van een 'machtsoverdracht' binnen de zorg en ondersteuning waarbij de persoon met zorgbehoefte zelf de instrumenten in handen krijgt om de regie over het eigen leven te houden.

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 (Visienota IZO, p. 15).

Daarnaast moet er meer aandacht gaan naar de relatie van professionals met peer support, community health workers, buddy's en zo meer. Het gaat om nieuwe vormen van ondersteuning die de band tussen professionele kennis en ervaringsdeskundigheid kan versterken.



Tenslotte weten we dat het bestaan van **een kwaliteitsvol en toegankelijk zorg- en ondersteuningssysteem** in een samenleving op zich ook bijdraagt tot meer sociale cohesie. Een toegankelijk systeem zorgt er voor dat mensen ergens terecht kunnen bij problemen. Zo hebben burgers niet het gevoel 'dat alles maar informeel moet opgelost worden'. Dat is een **belangrijk aspect van een goed begrepen vermaatschappelijking**. Uit internationale literatuur blijkt immers ook dat de lokale beschikbaarheid van omvattende en toegankelijke zorgvoorzieningen als een kritisch ingrediënt van goede zorg wordt beschouwd (Van Audenhove Ch., 2015, p. 49). Het zorg- en ondersteuningssysteem zelf is dus een belangrijke determinant voor integrale zorg en ondersteuning.

We verwachten dat professionele zorg en ondersteuning op het terrein **een verbindende functie** opneemt. Professionals in zorg en ondersteuning hebben tot opdracht om het aanwezige informele zorg- en ondersteuningspotentieel in de samenleving te activeren, te ondersteunen en indien mogelijk te vergroten. Generalistische professionals moeten ook **empowerend kunnen werken**.

Daarnaast is het **opnemen van maatschappelijke verantwoordelijkheid (social accountability)** een belangrijke competentie. Professionals moeten er mee over waken dat ons zorg- en ondersteuningssysteem aan de voorwaarden van maatschappelijk verantwoorde zorg beantwoordt (SAR WGG, visienota MVZ, 24 februari 2011).

Jonge, recent opgeleide professionals treffen een bepaald systeem aan. En dat systeem heeft bepaalde kenmerken, drivers om bepaalde dingen te doen en andere te laten. We menen dat je als professional ook kritisch moeten kunnen staan ten aanzien van dit systeem. Werkt ons systeem wel goed? Een professional moet dit kritisch in vraag durven stellen om het systeem mee van binnen uit te veranderen. Frenk e.a. (2010, p.1923) stelt dat *professionals are falling short on appropriate competencies for effective teamwork, and they are not exercising effective leadership to transform health systems*. Een professional beschikt nochtans over een hoop informatie die in signalen kan worden omgezet. We verwachten dat professionals die signaalfunctie ook opnemen. Een beroep uitoefenen vanuit een maatschappelijke bewogenheid (social accountability) betekent onder meer de eigen organisatie kunnen overstijgen, meewerken aan de processen in de samenleving die structureel kunnen ondersteunen, wat de professional op het individuele vlak probeert te realiseren. Concreet betekent dit '**advocacy**': dingen op de agenda zetten, de georganiseerde krachten mee ondersteunen, stem geven aan de stemlozen, met mensen op stap gaan naar verandering en naar een betere samenleving.

### **2.3.5. Sensitief zijn voor diversiteit**

In de samenleving vandaag is het thema 'diversiteit' meer dan ooit aan de orde. Professionals komen op de werkvloer steeds meer diversiteit tegen. Diversiteit in zorg en ondersteuning houdt méér in dan louter etnisch-culturele diversiteit. Het omvat ook socioeconomische diversiteit, taal, gender, seksuele voorkeur, enz. ... We willen het in het kader van dit advies hebben over deze 'diversiteit' in brede zin.

De Maesschalk (2013, p.10) stelt dat *de kern van het omgaan met diversiteit is dat hulpverleners [professionals] in staat moeten zijn om 'cultuursensitief' te werken. Hiermee wordt bedoeld dat men zich bewust moet zijn van het feit dat de achtergrond van een persoon, zij het cultureel, etnisch, sociaal of religieus, een rol kán spelen in de communicatie, en mogelijk zelfs een invloed heeft op diens gezondheid en gezondheidsgedrag, maar dit*

*niet noodzakelijk zo dient te zijn. Men zal, door dit bewustzijn, op een open en nieuwsgierige manier de relatie kunnen aangaan met de patiënt/cliënt [persoon met zorgbehoefte], zonder in de valkuil van stereotypen en vooroordelen te trappen.*

We stellen wel dat om gelijkwaardig om te kunnen gaan met elke persoon, ongeacht diens achtergrond, in de eerste plaats ook een sterk uitgebouwd direct toegankelijk aanbod een vereiste is. Toegankelijkheid is de afwezigheid van formele, financiële, sociale en geografische belemmeringen. De verschillende componenten van toegankelijkheid werden door de SAR WGG beschreven in de visienota Maatschappelijk Verantwoorde Zorg (24 februari 2011). Toegankelijke zorg moet beschikbaar zijn, tijdig, bereikbaar, betaalbaar, vertrekken van menselijke waardigheid, integriteit en diversiteit, en bekend en begrijpbaar zijn (transparant). Binnen het direct toegankelijk aanbod zijn er daarom best voldoende professionals generalistisch getraind.

### **Cultuursensitief zijn**

Holtzer (2015, p. 155) stelt dat *cultuursensitieve zorg en ondersteuning 'gewoon' uitmuntende persoonsgebonden waardige zorgverlening is. [...] Los van elk debat over multiculturaliteit of superdiversiteit houdt goede zorgverlening altijd rekening met de unieke, individuele zorgbehoevende mens.*

Het gaat dan over de grondhouding die we eerder beschreven met betrekking tot het aangaan van een gelijkwaardige zorg- en ondersteuningsrelatie. Die grondhouding is ons inziens een noodzakelijke maar onvoldoende voorwaarde voor cultuursensitieve zorg. Om werkelijk gelijkwaardig om te gaan met elke persoon, ongeacht diens achtergrond, moeten professionals specifieke competenties ontwikkelen.

De internationale literatuur is het er over eens dat 'culturele competentie' een noodzaak is voor de opleiding van professionals in zorg en ondersteuning binnen de huidige evolutie naar diversiteit in de maatschappij (Hendrickx, 2013, p. 44).

Globaal genomen komen in elke definitie van 'cultuursensitieve competentie' de elementen kennis, vaardigheid en attitude terug.

- Bij de kenniscomponent gaat het onder andere om kennis van culturele schema's, notie hebben van de grote referentiekaders in de antropologie. Zo moet men enig zicht hebben op wat de regels en verhoudingen zijn in patriarchale samenlevingen, op wat de impact is van godsdienst, en zo meer. Maar men moet zich steeds bewust zijn dat niet alle verschillen cultuurgebonden zijn. Ook de context van mensen is belangrijk, de sociaaleconomische positie of de persoon met zorgbehoefte uit een gebied komt waar er conflicten aan de gang zijn, enz.
- De vaardigheid om met die kennis flexibel om te gaan is belangrijk. *Het is van belang na te gaan in hoeverre de gesprekspartner [persoon met zorgbehoefte] waarde hecht aan bepaalde culturele aspecten en in hoeverre deze een belemmering zouden zijn voor het contact. Dit om stereotypering te vermijden, met andere woorden dat het individu wordt gereduceerd tot karikatuur van de oorspronkelijk etnische groep* (Hendrickx, 2013, p.46).

- De juiste attitude is onmisbaar in de cultuursensitieve competentie. De wil om met burgers met een andere achtergrond om te gaan, moet aanwezig zijn. De professional moet zich bewust worden van de eigen vooroordelen. Daarbij is het belangrijk dat hij kan reflecteren over de eigen achtergrond en invloeden.

Taal en tijd zijn belangrijke aspecten bij interculturele zorg- en ondersteuningsrelaties (De Maesschalk, 2013, p.15-17). Bij het verlenen van zorg en ondersteuning moet men bovenal goed kunnen communiceren met elkaar. Daarom is het nodig tijd te nemen, vooral bij het begin van een zorg- en ondersteuningsrelatie, en is ook taal een belangrijk aandachtspunt. Natuurlijk is het goed dat professionals zelf meertalig zijn, maar we benadrukken toch vooral dat er meer tolken nodig zijn in de zorg en ondersteuning (zie Deel 2: anders aansturen).

Internationale verdragen zoals de Verklaring van de rechten van de mens, het Kinderrechtenverdrag en het verdrag van de rechten van personen met een beperking vormen het referentiekader. Ze vormen het ethisch minimum in zorg en ondersteuning (bijv. mannen en vrouwen worden gelijk bejegend). Dat geldt voor professionals maar eveneens voor alle burgers, voor personen met zorgbehoefte, de gebruikers van het zorg- en ondersteuningssysteem. Discriminatie en vooroordelen kunnen van geen van de partijen worden getolereerd.

Cultuur kan echter geen alibi zijn om af te wijken van deze rechten. Cultuursensitief zijn betekent dat je goed communiceert, het perspectief van de persoon met zorgbehoefte leert kennen en erkent. Daarnaast moet een professional ook aangeven wat de eigen grenzen zijn.

### Sociaaleconomisch sensitief zijn

Bovenstaande elementen gelden evenzeer in de zorg- en ondersteuningsrelatie met personen met een andere socioeconomische achtergrond. We vertalen deze hier naar de specifieke context.

- **Kennis:** Het is belangrijk dat professionals zicht hebben op de structurele oorzaken, op de mechanismen van kansarmoede, op hoe uitsluiting werkt (WHO, 2008).
- **Vaardigheden:** Die inzichten moet een professional dan kunnen vertalen naar de context van personen met zorgbehoefte. Aandacht voor en inzicht hebben in sociale codes in kansarme gezinnen is een belangrijke vaardigheid.
- **Attitudes:** Een professional die 'sociaaleconomisch sensitief' werkt, staat open voor het werken met burgers met een andere socioeconomische achtergrond, is zich bewust van 'het eigen referentiekader' en zal dit niet als enige norm nemen bij het beoordelen van de kwaliteit van leven van persoon met zorgbehoefte.

### 2.3.6. Technologie en ICT inzetten

*Technologie zal een dominante plaats krijgen in preventie, diagnostiek, ondersteuning en behandeling, en zelfmanagement. In 2030 kunnen burgers veel zelf regelen, thuis of in de buurt, met zorg op afstand. Daardoor krijgen zorgprofessionals een meer uitvoerende, begeleidende en coördinerende rol. Dit kan leiden tot reductie van het aantal specialisaties en beroepsgroepen (Zorginstituut Nederland, 2015, p. 22).*

Technologie en digitalisering zullen dus de wijze waarop we zorg en ondersteuning verlenen grondig veranderen. De wijze waarop mobiele toestellen zoals de smartphones in een mum van tijd verspreid geraken, de steeds groeiende mogelijkheden van mobiele toepassingen (mhealth) doen vermoeden dat de zorg en ondersteuningssector er binnen een tiental jaren wel eens heel anders uit kan zien. Technologie zal ongetwijfeld een cruciale rol spelen bij zorginnovatie en anders gaan werken.

Wanneer ontwikkelingen op het vlak van technologie en ICT op een duurzame manier geïntegreerd raken in de zorg- en ondersteuningssectoren, kan dit ook de emancipatie van personen met zorgbehoeften ten goede komen en ondersteunend zijn aan hun functioneren en participeren aan de samenleving. Duurzaamheid betekent onder meer dat technologie alleen ingezet wordt wanneer het bijdraagt tot kwaliteit van leven.

Ook het gebruiken van ICT om informatie te registreren, te structureren en te coderen zal een cruciale bijdrage leveren aan het integreren van zorg en ondersteuning. Het kan samenwerkingsverbanden ondersteunen.

Professionals zullen dus snel op de kar van de digitalisering moeten springen. *De nieuwe digitale wereld van ontdekkingen in welzijns- en gezondheidszorg mag uiteraard niet los komen te staan van de wereld van de zorgprofessional. Dat zou niet alleen voor ongelooflijke inefficiëntie zorgen, maar ook voor toenemende risico's. De twee werelden moeten elkaar dringend beter vinden* (Van Herck P., 2015, p. 90).

ICT kan de zorg en ondersteuning vereenvoudigen en ondersteunen, maar er moet aandacht blijven gaan naar de mogelijke valkuilen. De 'digitale kloof' houdt een groot risico op ongelijkheid in.

## 2.4. It takes two to tango of het perspectief van de professional

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 (Visienota IZO, p. 16).

We beschreven in hoofdstuk 1 hoe onze snel evoluerende en complexe samenleving impact heeft op de manier waarop de mens zich vandaag aandient. Dat geldt ook voor de professional zelf. Hij dient zich anders aan op de arbeidsmarkt. Organisaties in zorg en ondersteuning moeten meer inzicht verwerven in wat professionals motiveert en betrokken houdt. In deze tijd hebben heel wat immateriële beloningen (status, gezag, ...) aan belang ingeboet. Waardering wordt hoofdzakelijk economisch uitgedrukt. Professionals die in de zorg en ondersteuning willen werken vanuit de grondhouding die hiervoor werd beschreven, blijven al te vaak op hun honger. Ze komen vaak in structuren terecht die het moeilijk maken deze integrale zorg en ondersteuning ten volle te verlenen. Die inzet wordt niet altijd op de juiste manier 'gewaardeerd'.

Daarom is het essentieel aandacht te besteden aan de hindernissen op de arbeidsmarkt, in organisaties en in de regelgeving, die het verlenen van integrale zorg en ondersteuning afremmen. Hierop zullen we uitgebreid doorgaan in deel 2 (Hoe realiseren we dit?).

In tijden waarin de roep van de burger, en de persoon met zorgbehoefte in het bijzonder, om zelfbeschikking groot is, moeten professionals ook ruimte krijgen om de eigen grenzen aan te geven. De slinger kan niet volledig doorslaan. Een goede, gelijkwaardige zorg- en ondersteuningsrelatie kan maar bestaan wanneer beide partijen zich erin gehoord en gewaardeerd voelen. *It takes two to tango.*

## 2.5. De superprofessional? Of ligt de toekomst in het samenwerken?

Als we alle verwachtingen die hoofdstuk 2 beschrijft samen nemen, ontstaat de indruk dat de persoon die dit alles feilloos combineert wel een 'superprofessional' moet zijn. Bezitter van een arsenaal van waarden, normen en generalistische competenties waarmee hij zich boven verschillende wereldbeelden én heel wat kleinmenselijke eigenschappen kan verheffen en er ook naar kan handelen.

We erkennen dat het een moeilijk debat is. Wat voor professional verwachten we? Is het inderdaad iemand die in staat is zich te verheffen uit verschillende wereldbeelden (worldviews)? En hoe leer je dat dan aan? Of willen we net verschillende soorten zorgverleners, met verschillende mensbeelden als achtergrond?

Enige nuancering bij het beschreven ideaal is dus op zijn plaats.

De beschreven grondhouding van de professional, het inzetten op zoveel mogelijk kwaliteit van leven voor de persoon met zorgbehoefte, de aandacht voor wat echt belangrijk is, dát moet absoluut de basis moet zijn voor elke professional die in zorg en ondersteuning wil werken. Dat is wie de 'professional in zorg en ondersteuning' als mens moet 'zijn'.

We denken ook dat professionals op zijn minst getraind moeten worden om te reflecteren over het eigen wereldbeeld en het eigen handelen en over de vraag hoe je als professional kan omgaan met mensen die andere ideeën, andere mensbeelden, andere achtergronden hebben,... Dat **ethisch kunnen reflecteren** is een belangrijke vaardigheid in onze postmoderne samenleving waar het referentiekader niet meer zo eenduidig is als vroeger.

### De toekomst ligt in het samenwerken

Verder zijn er bij de beschreven verwachtingen gradaties mogelijk in de mate waarin deze competenties ontwikkeld moeten zijn. We verwachten niet van iedereen dezelfde mate van 'advocacy' bijvoorbeeld. Het hangt ook af van het beroep dat iemand beoefent en van de regelruimte die iemand krijgt.

Wel poneren we dat de toekomstige zorg en ondersteuning er één van **samenwerking in zorgteams** zal zijn. **Het is de verwachting dat zorgteams samen de generalistische competenties, zoals ze hier beschreven zijn, en de specialistische competenties vorm zullen geven.**

Een team zal in de uitwisseling en samenwerking tot de nodige ethische reflectie komen. We merken op dat de omgeving waarin een professional zich beweegt, waarin hij werkt of tewerkgesteld is, hierin een cruciale rol speelt. De beroeps- of organisatiecultuur moet het mee mogelijk maken dat er ethisch gereflecteerd kan worden.

We halen 'het **samenwerken**' aan als laatste maar **essentiële competentie van de professional in zorg en ondersteuning. Integrale zorg en ondersteuning bieden kan je enkel in netwerken, samenwerkingsverbanden en in zorg- en ondersteuningsteams.**

Leter zullen we de voorwaarden beschrijven die nodig zijn om tot een goede samenwerking te komen. Dat zit in de arbeidsorganisatie, in het onderwijs en in de beleidsaansturing.

# Bibliografie

Baart A. (2001) Een theorie van de presentie. Lemma: Boom. p. 918.

Baart A. & Grypdonck M. (2008) *Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg*. Lemma: Den Haag. pp. 21-26.

De Maeseneer J., Aertgeerts B., Remmen R., Devroey D. (red.) (9 december 2014) *Together We Change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit!* Brussel.

De Maesschalk S., *Diversiteit in de hulpverleningsrelatie: een benadering vanuit verschillende perspectieven*. In: Willens S. & Mertens J. (2013) *Professioneel omgaan met diversiteit*. Cahier Welzijnsgids. Kluwer: Mechelen, pp. 7-23.

De Wachter D. (2012) *Borderline times. Het einde van de normaliteit*. LannooCampus: Leuven.

Dorn T., Heijmans M. e.a. (2007) *Knelpunten en hiaten bij interventies gericht op ondersteuning bij zelfmanagement, overgewicht en mantelzorg. Een quick scan*. NIVEL: Utrecht.

Expert Panel on *effective ways of investing in health (2014) Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems*. European Commission. 66 p.

Flanders' Care (januari 2013) *Zoekconferentie 'Slimmer zorgen voor morgen'*.

Freidson E. (1972) *The profession of medicine. A study of Sociology of Applied Knowledge*. p. 440.

Frenk J.e.a. (2010) Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. In: *The Lancet*, Vol 376, december 4, pp.1923-1958.

*Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken. Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid*. Goedgekeurd IMC 19 oktober 2015.

Goossensen A. & Baart A. *Kwaliteit van zorg 2.0: menslievende, presente en zorgzame zorg*. In: *Kwaliteit van zorg*, 2001, nr. 6.

Hendrickx K., *Interculturele competentie: kennis, vaardigheden en attitude*. In: Willens S. & Mertens J. (2013) *Professioneel omgaan met diversiteit*. Cahier Welzijnsgids. Kluwer: Mechelen, pp. 44-54.

Hermans, K., De Coster, I., Demaerschalk, E., Michelini, S., Zelderloo, L., Van Audenhove, C. (2009). *Quality approaches for assuring the quality of training and service provision*. CEDEFOP: Thessaloniki.

Holtzer L. (2015) *De 7 privileges van de Zorg*. Acco: Leuven.

Kievitgroep. (s.d.). *Van Dokter ik heb ook iets te zeggen naar Minister ik heb ook iets voor te stellen*. Human Resources: Het nieuwe werken.

Lechner L., Mesters I. & Bolman C. (2010). *Gezondheidspsychologie bij patiënten*. Van

- Gorcum: Assen. p. 456.
- Orem Dorothea (1971) *Verplegen als compensatie van en educatie bij zelfzorgtekorten*.
- SAR WGG (4 november 2010) *Reflectienota Eerstelijnszorg*. Brussel.
- SAR WGG (24 februari 2011) *Visienota Maatschappelijk Verantwoorde zorg*. Brussel
- SAR WGG (7 december 2012) *Visienota Integrale zorg en ondersteuning*. Brussel.
- Sermeus W. Vleugels A. e.a. (2009). *Onderzoek naar de toekomst van transmurale zorgpaden binnen Vlaanderen*. Eindrapport november 2009. Centrum voor ziekenhuis- en verplegingswetenschap: K.U.Leuven.
- Van Audenhove Ch. (2015) *Medische keuzes. Praktische gids voor overleg tussen zorgverstrekkers en patiënt*. Lannoo Campus: Leuven.
- Vandeurzen Jo, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (21 mei 2010) *Werk maken van werk in de zorgsector. Actieplan ter bevordering van de werkgelegenheid*.
- van Ewijk H. (2010). *Maatschappelijk werk in een sociaal gevoelige tijd*, Universiteit voor Humanistiek, Utrecht
- van Ewijk H. en Kunneman H. (red.) (2015). *Praktijken van normatieve professionalisering*. Uitgeverij SWP/Amsterdam. p. 461.
- Van Herck P. (2015) *Transformeren om te overleven in de zorg*. Healthcare in het nieuwe tijdperk. Voka Books. Lannoo Campus: Leuven.
- Van Regenmortel T. *Empowerment en vraagsturing in de zorg. Onlosmakelijk verbonden?*  
In: Tijdschrift voor Welzijnswerk, december 2007, 31e jg, nr 288, pp.6-14.
- Visser W. (2013) *Verzorgingssociologie. Visies op samenleven en zorg*. Uitgeverij Coutinho: Bussum.
- World Health Organisation (2002). *Global Report. Innovative Care for Chronic Conditions. Building blocs for Action*.
- World Health Organisation (2008). *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*.
- Zorgnet Icuro (juli 2015) *Zorgwijzer Magazine* 53.
- Zorginstituut Nederland (2015) *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*.





# Advies

## **Voorstel voor een Vlaamse gezondheidsdoelstelling over het verkleinen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn**

Brussel, 21 december 2017

# Inhoud

Inhoud.....	106
Inleiding .....	107
1. Probleemschets: manifeste sociale ongelijkheid in gezondheid en in welzijn .....	110
1.1. Tien keer ongelijk.....	112
1.2. De ongelijkheid neemt niet substantieel af, en neemt op een aantal vlakken zelfs toe .....	115
1.3. Bijzondere risicogroepen .....	116
2. Een nieuwe gezondheidsdoelstelling .....	117
2.1. Gezondheidsdoelstellingen als beleidsinstrument.....	117
2.2. Doelstelling .....	119
2.3. Monitoring en opvolging.....	126
2.4. Leidende principes voor het realiseren van de gezondheidsdoelstelling.....	129
3. Naar een strategisch plan: subdoelstellingen bij het verminderen van sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn.....	132
3.1. Sociale gradiënt zo vroeg mogelijk detecteren en aanpakken .....	133
3.2. Preventie en gezondheidsbevordering op de eerste lijn.....	133
3.3. Verhogen van de gezondheidsvaardigheden .....	134
3.4. Blijvend investeren in universeel toegankelijke zorg en ondersteuning .....	135
3.5. Versterken en intersectoraal inbedden van de horizontale netwerken van zorg en ondersteuning op de eerste lijn.....	137
3.6. Verzekeren van een goede levensstandaard en wegwerken van discriminaties..	138
3.7. Terugdringen van de inkomensongelijkheid.....	138
Bibliografie.....	139

# Inleiding

Het aantal publicaties over de sociale ongelijkheid in gezondheid is bijna niet meer te tellen en belangrijke rapporten van overheden en internationale instanties belichten de problematiek. De Europese Unie<sup>1</sup>, de Verenigde Naties<sup>2</sup> en de Wereldgezondheidsorganisatie<sup>3</sup> roepen op tot actie.

**Maar anno 2017 zijn sociaaleconomische gezondheidsverschillen nog steeds een maatschappelijk gegeven:** mensen met een zwakkere maatschappelijke positie hebben gemiddeld gesproken meer gezondheidsproblemen en sterven vroeger dan zij die hoger staan op de sociale ladder. Zo volgen de ongelijkheden in ziekte en sterfte een sociaal gelaagde verdeling in de ganse bevolking (Marmot, 2015; Van Oyen e.a., 2011).

**Wanneer men de blik verruimt naar het welzijn, ziet men eveneens daar duidelijke verschillen naargelang de sociaaleconomische positie van mensen.** Mensen noemen zich pas gezond als ze zich goed in hun vel voelen en als ook hun geestelijke gezondheid in orde is, als ze kunnen participeren aan de samenleving, een stevig sociaal netwerk hebben en in een gezonde woonomgeving leven. Wie alleen kijkt naar gezondheid houdt bovendien geen rekening met cumulatieve deprivatie, de situatie waarbij gezondheidsproblemen geconcentreerd zijn bij diegenen die het ook op andere vlakken slechter hebben.

Met dit advies wil de Strategische adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR WGG) beleidsmakers sensibiliseren rond de bestaande sociale ongelijkheid in welzijn en gezondheid en de evoluties hierin (zie deel 2 van voorliggende tekst). Hiermee werkt de raad één van de vijf pijlers van zijn streefdoel van maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning verder uit, namelijk rechtvaardigheid. Om te kunnen spreken van maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning, moet ook ingezet worden op de vier andere uitgangspunten: kwaliteit, performantie, relevantie en toegankelijkheid. Deze pijlers komen sterker aan bod in andere adviezen van de SAR WGG.

**Dit advies heeft vooral tot doel om het effectief terugdringen van de graduele sociale verschillen in welzijn en gezondheid nadrukkelijker op de agenda te plaatsen van het beleid en de relevante actoren.** Er is een algemeen gedeelde politieke visie nodig over een structurele en geïntegreerde aanpak van sociale ongelijkheid en de oorzaken ervan. Een nieuwe Vlaamse gezondheidsdoelstelling is een geschikt instrument voor het bepalen van zo een aanpak.

**De raad inspireert de Vlaamse Regering om een nieuwe Vlaams gezondheidsdoelstelling uit te werken en doet daarvoor een eigen voorstel** (deel 3). De gezondheidsdoelstelling is gekoppeld aan een dringende oproep om via onderbouwde beleidskeuzes de sociaal ongelijke verdeling van gezondheid en levenskwaliteit in onze samenleving aan te pakken.

---

1 EU 2020 strategy, Second Programme of Community Action in the Field of Health 2008-2013, ...

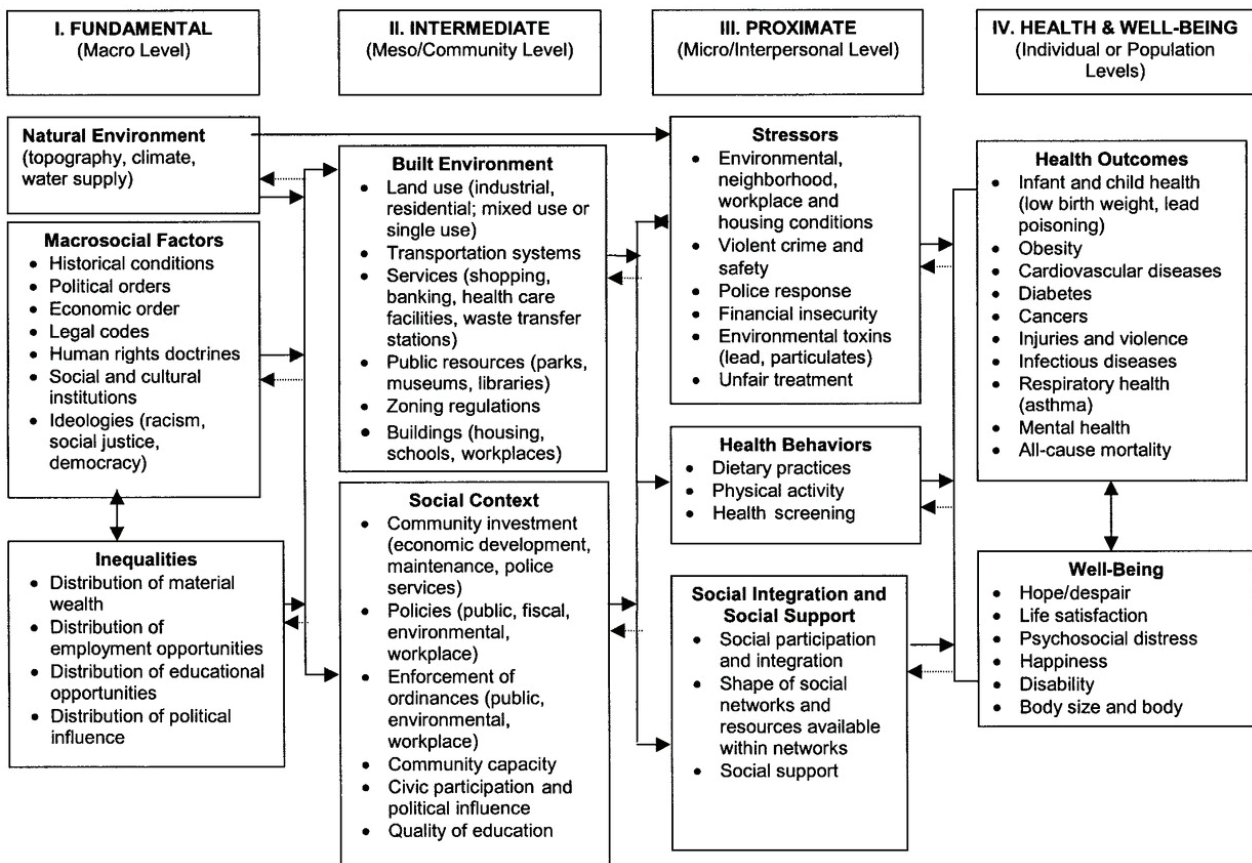
2 Sustainable Development Goals, ...

3 Closing the gap in a generation, Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region, ...

**Samen met de gezondheidsdoelstelling benoemt de raad zijn prioritaire subdoelen, in een aanzet voor een strategisch plan.** De subdoelen vormen meer concrete aanbevelingen die op kortere termijn gerealiseerd zouden moeten worden en die via de koppeling aan indicatoren systematisch opgevolgd worden. De raad vraagt de Vlaamse Regering om binnen deze subdoelstellingen acties te nemen en de nodige middelen in te zetten.

## Leeswijzer

Zinvol adviseren over het verkleinen van de sociale gezondheids- en welzijnsongelijkheid moet uitgaan van inzicht in de verschillende factoren die de ongelijkheid verklaren. Zo zijn er variaties in gezondheid en welzijn tussen mensen en tussen groepen van mensen in functie van hun leeftijd, geslacht, genetische bagage, inkomen, toegang tot zorg en ondersteuning, woonplaats, beroep, opleidingsniveau, sociaal netwerk en eigen leefgewoontes. De determinanten van gezondheid en welzijn zijn heel divers (zie ook figuur hierna). De raad ziet dat zij allen kunnen leiden tot verschillen in gezondheid en welzijn.



Figuur: Model van determinanten van gezondheid (Schultz & Northridge, 2004)

**In voorliggend document adviseert de raad specifiek over de gezondheids- en welzijnsverschillen die samengaan met de sociaaleconomische positie van mensen.** We spreken dan van sociale gezondheids- en welzijnsongelijkheid. Deze wordt veroorzaakt en in stand gehouden door sociale processen zoals uitsluiting en armoede (Willems & Verlinde, 2011) en heeft dus een belangrijke oorzaak in onze maatschappelijke structuren. De conceptnota van de Vlaamse Regering 'Zorg en samenleven in 2050' stelt hierover dat *welzijn en gezondheid sociaal en economisch bepaald worden, in die mate zelfs dat de WHO vraagt om welzijn en gezondheid consequent als sleutelcomponent op te nemen in alle beleidsbeslissingen.*

**Ook voor de raad is een geïntegreerde socio-economische aanpak van de sociale gezondheids- en welzijnsongelijkheid noodzakelijk, volgens het principe van 'health and well-being in all policies'.** Inzet vanuit de verscheidene beleidsniveaus en -domeinen is aangewezen, gezien de verschillen in gezondheid en welbevinden door zo veel sociale determinanten beïnvloed worden. Beleidsdomeinen met een belangrijke impact zijn welzijn, volksgezondheid, gezin, economie, huisvesting, financiën, onderwijs, werkgelegenheid, ruimtelijke ordening, sport, ...

**In eerste instantie en vanuit zijn decretale opdracht en expertise richt de SAR WGG zich met dit advies tot het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG).** De Vlaamse minister van WVG heeft heel wat instrumenten in handen om de sociale verschillen die er zijn in levensverwachting, levenskwaliteit en welbevinden steeds verder te verkleinen. De raad vraagt de minister om deze instrumenten te gebruiken voor het creëren van gezondheids- en welzijnswinsten, met bijzondere aandacht voor kwetsbare doelgroepen en het wegnemen van de ongelijkheid tussen sociale groepen.

Daarnaast ziet de raad het als een belangrijke taak voor de minister van WVG om de aandacht voor sociale gezondheids- en welzijnsongelijkheid bij andere beleidsdomeinen te initiëren en op zoek te gaan naar synergie in de verschillende beleidsstrategieën. Voorliggend advies kan gebruikt worden om een verbindend en wervend effect te bewerkstelligen, dat de verschillende beleidsdomeinen motiveert om werkelijke engagementen op te nemen die alle sociaaleconomische determinanten van de ongelijkheid aanpakken.

# 1. Probleemschets: manifeste sociale ongelijkheid in gezondheid en in welzijn

De verschillen in gezondheid en levensverwachting beperken zich niet tot een tegenstelling tussen de armste en rijkste mensen of de laagst- en hoogstopgeleiden. Integendeel, de ongelijke verdeling van ziekte, onwelzijn en sterfte bestaat tussen elke trede van de sociale ladder. De term 'gezondheidskloof' is in die zin dus achterhaald. Het is correcter te spreken van een sociale gradiënt.

**“A debate about how to close the health gap has to be a debate about what sort of society people want to live in”  
(Marmot, 2010)**

In zijn Visienota Maatschappelijk Verantwoorde Zorg<sup>4</sup> schreef de SAR WGG dat rechtvaardigheid als ethisch principe een rode draad is in welzijn en gezondheid. De uitdaging is om evenzeer in te zetten op de vier andere uitgangspunten van maatschappelijk verantwoorde zorg en dus ook te werken aan de kwaliteit, performantie, relevantie en toegankelijkheid van onze zorg en ondersteuning. De raad steunt een beleid dat daarin naar evenwichten zoekt.

Toch stellen we vast dat het evenwicht door recente beleidsmatige en maatschappelijke ontwikkelingen aangetast wordt en dat vooral de meest kwetsbare burgers hierdoor getroffen worden. Verontrustende signalen zijn de hoge eigen bijdragen voor zorg en ondersteuning, blijvende armoede, een slecht begrepen vermaatschappelijking<sup>5</sup>, de toenemende complexiteit van de zorg- en welzijnssector, meer huishoudens die gezondheidszorg moeten uit- of afstellen omwille van geldproblemen, zwakke arbeidskansen voor laaggeschoolden, problemen op de woningmarkt, ....

Daarnaast is er de toenemende intensiteit en complexiteit van de zorg- en ondersteuningsvragen. De evolutie naar meer chronische problemen en multimorbiditeit ligt daarvoor aan de basis. Maar zorg- en ondersteuningsvragen zijn niet altijd hoog technologisch complex en acuut. Het zijn ook vragen over het dagelijks leven en het welbevinden. De complexiteit zit dan in de context van mensen, in de relaties (of het gebrek eraan) en in het samenbrengen van informele en formele zorg om tot zorg op maat te komen. De vragen en behoeften situeren zich bovendien vaak op verschillende levensdomeinen tegelijk.

---

4 SAR WGG, Visienota Maatschappelijk Verantwoorde Zorg, 24 februari 2011.

5 Vermaatschappelijking kan voor de raad alleen begrepen worden als de 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 context gericht werken, vraagsturing en respijtzorg. De definitie die de SAR WGG geeft aan vermaatschappelijking is beschreven in de Visienota Integrale zorg en ondersteuning (7 december 2012, zie p. 57).

Uiteraard staat ons land nog steeds garant voor een solidair zorgsysteem. Daarin gaat het recht op gezondheid dat als mensenrecht geldt en dat door de samenleving gerealiseerd wordt, samen met de opdracht van burgers om zelf te werken aan een langer en gezonder leven. In het kader van het zelfbeschikkingsrecht ligt ook veel nadruk op de autonomie en het zelfmanagement van mensen. Dit is een belangrijke verworvenheid van deze tijd.

De raad ziet dat er veel verantwoordelijkheid bij het individu gelegd wordt. Als samenleving mogen we inderdaad verwachten dat burgers ook zelf (mee)werken aan de gezondheid en het welbevinden. Individueel gedrag en levensstijl hebben immers een impact op de levenskwaliteit en levensverwachting. Echter zo ontstaat het risico dat gezondheid en kwaliteit van leven louter als individuele opdrachten beschouwd worden, waarbij 'ongezondheid' aan individueel falen wordt toegeschreven (het individuele schuldmodel). Veelvuldig onderzoek spreekt die opvatting tegen.

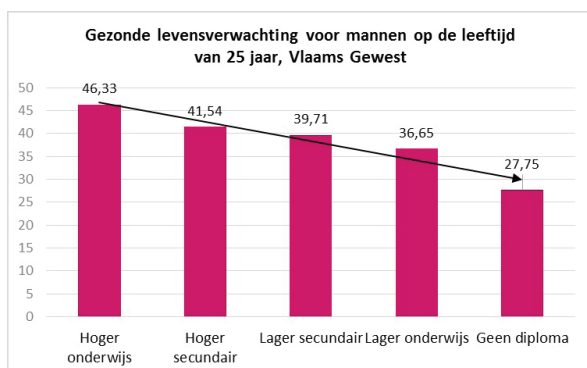
## 1.1. Tien keer ongelijk

In de internationale vergelijking van sociaaleconomische gezondheidsongelijkheden presteert België gemiddeld (Mackenbach e.a., 2008). Een gemiddelde score voor een welvarend land geeft aan dat er een relatief grote marge is voor winsten in de gezondheid en het welzijn van de bevolking. Voorlopig zijn er echter nog gegronde redenen voor ongerustheid: ten eerste verschillen de gezondheid en het welzijn van onze bevolking volgens hun sociaaleconomische status. Ten tweede stellen we een ongelijke toegang tot zorg en ondersteuning vast. En ten derde is er sprake van een ongelijke behandeling in de zorg en ondersteuning<sup>6</sup>.

### ONGELIJKHEID IN GEZONDHEID EN WELZIJN

#### 1 Levensverwachting en gezonde levensverwachting

Personen met een lagere positie op de sociale ladder leven minder lang en brengen minder jaren in goede gezondheid door dan wie hoger op die sociale ladder staat. Uit een vergelijking van de twee uiterste groepen naar opleidingsniveau is er een verschil in levensverwachting van 7,5 jaar bij mannen en van 5,9 jaar bij vrouwen (2001).



De ongelijkheid is nog veel groter wanneer we alleen de jaren in goede gezondheid vergelijken. In 2004 leven mannen van 25 jaar met een diploma hoger onderwijs gemiddeld nog 46,3 jaar in goede gezondheid. Mannen van die leeftijd zonder diploma leven nog 27,8 jaar in goede gezondheid. Het verschil tussen deze twee groepen bedraagt dus 18,6 jaar.

Het verschil in levensverwachting in goede gezondheid bij vrouwen is vergelijkbaar.

#### 2 Subjectieve gezondheid

In Vlaanderen is de subjectieve beoordeling van de gezondheid relatief hoog: in 2013 vindt 82,6% van de bevolking van 15 jaar en ouder zijn gezondheidstoestand goed tot zeer goed. De subjectieve gezondheid daalt echter met het opleidingsniveau. Zo heeft 37,5% van de Vlamingen met ten hoogste een diploma lager onderwijs een matige tot (zeer) slechte gezondheid, tegenover 24% van de Vlamingen met een diploma hoger secundair en 12,5% van de hooggeschoolden.

#### 3 Chronische aandoeningen

In Vlaanderen lijdt 24,8% van de mensen aan een langdurige ziekte, langdurige aandoening of handicap (2013). Bij wie hoogstens een diploma lager onderwijs heeft, rapporteert 34,2% een langdurige aandoening, bij de hooggeschoolden is dit 21,6%.

Voor de grote meerderheid van de chronische gezondheidsproblemen die in de gezondheidsenquête zijn opgenomen, zien we een significante toename van het risico op ziekte naarmate het opleidingsniveau daalt (zoals diabetes of hart- en vaatziekten).

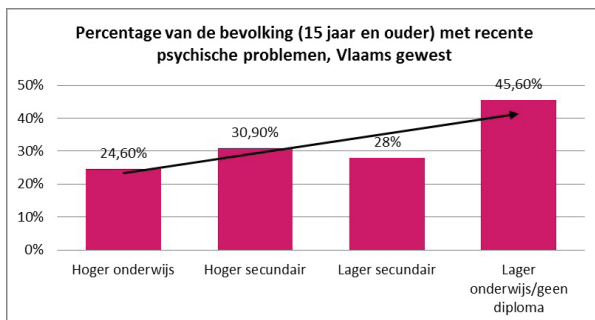
<sup>6</sup> Dit bevestigen de opeenvolgende gezondheidsenquêtes, het TAHIB-onderzoek 'Tackling Health Inequalities in Belgium', de armoedebarmometer van Decenniumdoelen 2017, het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, onderzoeken van de ziekenfondsen en publicaties van het Federaal Planbureau.



#### 4 Geestelijke gezondheid

Het percentage personen met psychische problemen varieert volgens het opleidingsniveau:

In Vlaanderen heeft 45,6% van de mensen zonder diploma of met alleen een diploma lager onderwijs psychologische problemen tegenover 24,6% van de personen met een diploma hoger onderwijs (2013).



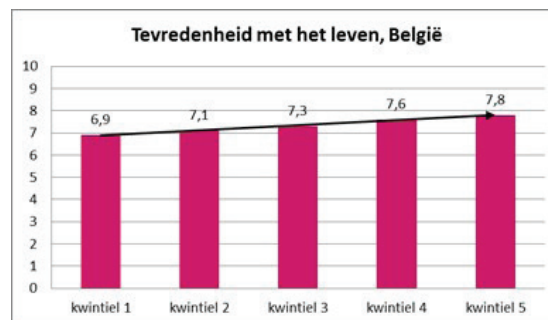
De laagst opgeleide groep heeft vaker te maken met somatische problemen, angst- en slaapproblemen en depressieve gevoelens dan hoger opgeleiden. Meer laagopgeleiden (9,7%) dan hoogopgeleiden (2,8%) rapporteren een depressie (2013). De gevolgen van dit alles zijn merkbaar in het gebruik van psychotrope middelen en in de suïcidepogingen, welke ook een sociale gradiënt vertonen.

#### 5 Overgewicht

De sociaaleconomische status van mensen heeft niet alleen een invloed op hun energieverbruik (laagopgeleiden hebben bv. minder lichaamsbeweging) maar ook op hun energie-inname. Energierijke voeding en dranken worden meer geconsumeerd door personen met een laag opleidingsniveau. Dit alles vertaalt zich ook in een hoger percentage van overgewicht (BMI hoger dan 25) en obesitas (BMI hoger dan 30).

In Vlaanderen heeft 62,9% van de laagst opgeleiden van 18 jaar en ouder overgewicht, 24,6% is zwaarlijvig (2013). Bij de hoogstopgeleiden heeft 40% overgewicht en lijdt 5,9% aan obesitas (2013).

#### 6 Tevredenheid met het leven

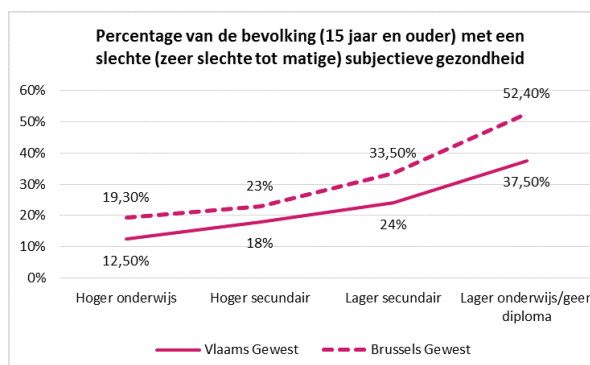


Het Federaal Planbureau gebruikt de gegevens uit de European Social Survey (ESS) om in België de tevredenheid met het leven, als maatstaf voor het subjectieve welzijn van burgers, in kaart te brengen.

De tevredenheid met het leven stijgt naarmate men behoort tot een hoger inkomenskwintiel: 6,9 op 10 in het laagste inkomenskwintiel en 7,8 op 10 in het hoogste kwintiel.

#### 7 Aandacht voor Brussel

In het Vlaams Gewest meldt in 2013 17,4% van de bevolking een slechte subjectieve gezondheid. In het Brussels Gewest gaat het zelfs om 24,5%. In beide gewesten varieert de subjectieve gezondheid duidelijk in functie van het opleidingsmilieu van mensen.



## ONGELIJKE TOEGANG TOT ZORG EN ONDERSTEUNING

### 8 Deelname aan preventie

CM-studies tonen dat mensen met een zwakkere sociale positie minder bereikt worden door de preventieve gezondheidszorg. Voor het griepvaccin blijft dit verschil in 2006 beperkt tot 7% maar de deelname aan kankerscreening toont een grotere sociale gradiënt: bij vrouwen met de laagste sociaaleconomische positie ligt de deelname aan baarmoederhalscreening 21% lager en aan borstkankerscreening 17% lager dan bij vrouwen uit de hoogste klasse. De CM ziet eenzelfde beeld voor meer recente preventie maatregelen zoals de vaccinatie tegen baarmoederhalskanker en tegen het rotavirus (2012).

Op het vlak van preventieve tandverzorging bij kinderen toont de studie van 2012 een verschil van 34%.

### 9 Treatment gap

De behandelingskloof treft vooral de meest kwetsbare groepen in onze samenleving. 46,3% van de mensen zonder diploma of met alleen een diploma lager onderwijs ziet zich genoodzaakt zorg en ondersteuning om financiële redenen uit te stellen, tegenover 9,1% van de hoogst opgeleiden (2013). Het gaat daarnaast meer om eenouderhuishoudens, alleenstaanden, huishoudens waarvan de referentiepersoon buiten de EU geboren is, huishoudens woonachtig in het Brussels Gewest of, meer algemeen, in stedelijke gebieden. Het gaat ook om huishoudens met (relatief) lage inkomens en (relatief) hoge kosten voor gezondheidszorgen. 45% van de huishoudens met de laagste inkomens moet in 2013 zorg en ondersteuning uitstellen, tegenover 8,9% in het vierde inkomenskwintiel en 3,4% in het vijfde en hoogste kwintiel.

## ONGELIJKE BEHANDELING IN ZORG EN ONDERSTEUNING

### 10 Omgaan met kwetsbaarheid

De grote meerderheid van de zorg- en hulpverleners maken tijd voor het beluisteren van de vragen en behoeften van mensen. Maar toch blijft de afstand tussen de persoon met een zorgbehoefte en een arts of zorgverlener soms groot. Soms letterlijk, soms figuurlijk.

Kwetsbare mensen ervaren nog steeds verschillende moeilijkheden in hun contacten met professionals in de zorg en ondersteuning. Ze zijn minder goed geïnformeerd over hun behandeling en de hieraan verbonden kostprijs en over hun rechten en plichten als patiënt.

Ook het cultuurverschil kan groot zijn en ertoe leiden dat professionals (gezondheids) gedrag anders interpreteren. Daarenboven zijn het taalgebruik en de sociale en culturele achtergrond vaak heel verschillend. Het overbruggen ervan vergt meer tijd en aandacht (Welzijnszorg, 2008).

Artsen hebben soms andere percepties over patiënten met een lagere sociaaleconomische status. Die percepties hebben invloed op hun attitude, hun praktijkvoering en de communicatie met de patiënt. Er is dus ook sprake van een **sociale gradiënt in de arts-patiënt communicatie** (Verlinde, 2012). Tijdens een consultatie van een patiënt met een lagere SES zal er in verhouding meer tijd gependend worden aan het klinisch onderzoek en voorlichting. Er wordt minder tijd gemaakt voor het bevragen van de patiënt, het gezamenlijk nemen van beslissingen en voor de begeleiding (De Pauw, 2013). Dit doet zich hoofdzakelijk voor wanneer in een bepaalde praktijk het aantal patiënten met een lage SES groot is, in combinatie met weinig bijkomende ondersteuning (Verlinde, Bonte & Willems, 2012).

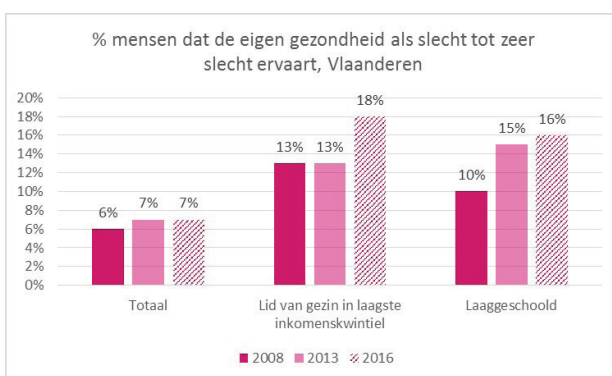
## 1.2. De ongelijkheid neemt niet substantieel af, en neemt op een aantal vlakken zelfs toe

Ondanks inspanningen en financiële maatregelen vanuit de verschillende overheden in ons land, is men er nog niet in geslaagd de sociale gezondheids- en welzijnsongelijkheid structureel terug te dringen.

### 1.2.1. Ongelijkheid in gezondheid en welzijn

Voor een aantal indicatoren is de mate van ongelijkheid in de bevolking licht afgenomen of gestagneerd (bv. deelname aan borstkankerscreenings, het beschikken over een Globaal Medisch Dossier<sup>7</sup>). Ook voor de subjectieve gezondheidsbeoordeling naar gelang iemands opleidingsniveau wijzen de cijfers uit de gezondheidsenquêtes voor Vlaanderen voorzichtig op een afvlakking van de sociale gradiënt tussen de jaren 1997 en 2008.

De armoedebarmometer van de decenniumdoelen geeft een meer recent maar ook een negatiever beeld: de subjectieve gezondheidsbeleving van de Vlamingen met een inkomen uit het laagste inkomenskwintiel en van laaggeschoolden is slechter geworden (zie figuur).



Dekloofmetdeandereinkomenskwintielen is in de armoedebarmometer 2016 (die de situatie in 2014 meet) de grootste van alle metingen, namelijk meer dan 11 procentpunt. Bij de meting in 2008 bedroeg deze kloof 7 procentpunt. Voor mensen met een laag opleidingsniveau en personen met een migratieachtergrond is de kloof eveneens groter geworden.

Uit de gezondheidsenquêtes blijkt dat voor sommige aandoeningen de

ongelijkheden toenemen: voor astma en ernstig nierlijden zijn in de gezondheidsenquête 2008 geen significante sociaaleconomische verschillen vastgesteld, terwijl dit in 2013 wel het geval is.

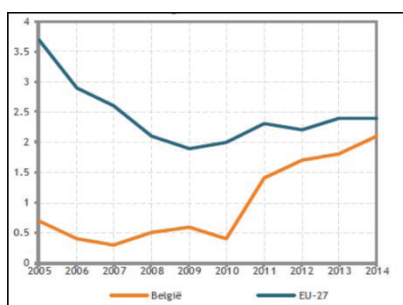
Het psychisch onwelbevinden is over de tijd toegenomen en blijft een belangrijke sociale gradiënt volgen. In 2004 rapporteert 18,6% van de mensen zonder diploma of met alleen een diploma lager onderwijs psychische problemen (tegenover 21,4% van de hooggeschoolden), in 2008 is dat 28,4% (tegenover 22,3% van de hooggeschoolden).

Onderzoek bij CM-leden in 2006 toont dat de kans om binnen het jaar te overlijden bij de minst begunstigde bevolkingsgroep<sup>8</sup> 45% hoger ligt dan bij de hoogste klasse. In het opvolgonderzoek uit 2012 ligt dat sterfterisico 51% hoger (Avalosse e.a., 2015).

7 Bron: Avalosse e.a., 2015.

8 Opdeling van de bevolking in functie van hun woonplaats en hun inkomensniveau.

## 1.2.2. Ongelijke toegang tot zorg en ondersteuning



De ongelijkheid in de financiële toegankelijkheid van zorg en ondersteuning lijkt op basis van de gezondheidsenquêtes over de tijd geen opmerkelijke evolutie mee te maken. De gegevens uit de EU-SILC tonen wel een stijging van het percentage van gezinnen met niet ingevulde behoefte aan zorg en ondersteuning omwille van financiële redenen (zie figuur hiernaast<sup>9</sup>)

Ook de FOD Sociale Zekerheid gebruikt onder meer de Europese cijfers voor zijn jaarlijkse analyse van de evolutie van de sociale situatie en de sociale bescherming in België. Die analyse toont een stijgende trend inzake onvervulde noden voor medische zorg en tandzorg, hoofdzakelijk bij de laagste inkomens. In 2012 stelde 4,8% van de Belgen uit het laagste inkomenskintiel zorg uit omwille van financiële redenen, wachtlijsten of afstand. In 2014 nam dit toe tot 7,8%. Het uitstellen van tandzorg nam in de laagste inkomensgroep toe van 6,9% in 2012 naar 11,5% in 2014. De armoedebaarometer bevestigt deze trend voor Vlaanderen.

## 1.3. Bijzondere risicogroepen

Om de gezondheid en de levenskwaliteit van de Vlamingen te verbeteren en een beleid op de sporen te zetten dat de sociale gradiënt daarin verkleint, is het volgens de raad nodig om rekening te houden met grotere sociale en medische risico's bij:

- *Mensen in armoede en mensen met een risico op armoede.* Dak- en thuislozen vormen een specifieke aandachtsgroep.
- *Etnisch-culturele minderheden.* De situatie van nieuwkomers in ons land vraagt bijzondere aandacht<sup>10</sup>. Ook mensen zonder papieren zijn erg kwetsbaar.
- *Mensen met chronische aandoeningen, lichamelijke en psychische problematieken en beperkingen.* De relatie 'arm maakt ziek en ziek maakt arm' is nog steeds een realiteit.

Vanuit het levenslopperspectief moet ook specifieke beleidsaandacht gaan naar kinderen en jongeren die geboren worden en opgroeien in voorgenoemde moeilijke situaties (zie ook 3.1).

De maatschappelijke situatie waarin kwetsbare personen zich bevinden, is daarenboven zeer vaak multidimensioneel met problemen op verschillende levensdomeinen. Mensen die in precare omstandigheden leven, moeten vaak afrekenen met een opeenstapeling van problemen van materiële, administratieve, lichamelijke en psychische aard. Zij lopen mede daardoor een groter risico op gezondheids- en welzijnsachterstand.

9 Bron: Federaal Planbureau, 2014.

10 In zijn reflectienota van 5 februari 2016 boog de SAR WGG zich over de vraag hoe we kunnen zorgen voor een toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning voor nieuwkomers.

## 2. Een nieuwe gezondheidsdoelstelling

De hiervoor geïllustreerde ongelijkheden in gezondheid en welzijn vormen een grote uitdaging voor beleidsmakers. Niet alleen omdat zij een verlies aan menselijk potentieel voor de samenleving betekenen of omdat de economische kost groot is, maar vooral omdat de verschillen onrechtvaardig zijn.

**Vanuit de sociale grondrechtenbenadering heeft iedereen evenveel recht op een goede gezondheid en maatschappelijke ontplooiing.** Bovendien denkt de raad dat het actief werken aan het verkleinen van de sociale gradiënt een goede manier is om voor elke individuele burger winst inzake zijn gezondheid en welbevinden te realiseren. Ook de economie gedijt bij minder ongelijkheid, alsook het algemeen welvaartspeil, het bruto nationaal geluk, ... Dit zijn voor de raad belangrijke redenen om aan de Vlaamse Regering voor te stellen om hierover een afzonderlijke horizontale gezondheidsdoelstelling te formuleren.

### 2.1. Gezondheidsdoelstellingen als beleidsinstrument

De mogelijkheid om te werken met Vlaamse gezondheidsdoelstellingen is verankerd in het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid. Dit decreet *beoogt een verbetering van de volksgezondheid, meer bepaald het behalen van gezondheidswinst op Vlaams bevolkingsniveau of het verhogen van de efficiëntie van het gezondheidsbeleid, om zo te kunnen bijdragen tot een verhoging van de levenskwaliteit* (art. 3).

**De raad wees in eerdere adviezen al op het belang van het werken met gezondheidsdoelstellingen, omdat deze resultaatsverbintenissen inhouden en dus de effecten van het beleid meten.** Het werken met dergelijke doelstellingen laat toe om prioriteiten en klemtonen te leggen en kan de effectiviteit van het beleid verbeteren. De raad vindt het goed dat Vlaanderen dit beleidsinstrument verder inzet.

De preventieve gezondheidsdoelstellingen die de Vlaamse Regering de voorbije jaren geformuleerd heeft, focussen vaak op het motiveren voor een gezonde leefstijl met gedragsthema's als roken, beweging, voedingspatroon, alcoholconsumptie, ... De raad begrijpt dat een beleid hierop inzet, gezien mensen ook een eigen verantwoordelijkheid hebben voor een gezond leven en gezien hun leefstijl de gezondheid en het welbevinden ontegensprekelijk beïnvloedt (zie ook 2.2.4 en 3.2).

**Een beleid dat mensen aanspreekt op hun eigen bijdrage aan een langer en gezonder leven kan dus gesteund worden. Maar er zijn wel belangrijke voorwaarden<sup>11</sup>:** dit beleid moet voldoende rekening houden met de draagkracht van mensen, mensen mogen niet afgerekend worden op de resultaten van de inspanningen die ze op preventief vlak leveren en dit beleid moet samengaan met het werken aan de brede maatschappelijke determinanten van ongezond gedrag. Een te eenzijdige focus op persoonlijk gedrag die geen rekening houdt met voorgenoemde voorwaarden is volgens de raad niet de juiste strategie in de strijd tegen sociale ongelijkheid.

---

11 Dit beargumenteerde de raad ook in zijn advies over de Vlaamse gezondheidsdoelstelling Gezonder leven (6 juli 2017).

Om sociale gezondheids- en welzijnsongelijkheid aan te pakken, moet een samenhangend beleid gevoerd worden dat inzet op de verschillende maatschappelijke determinanten van ongelijkheid. Beleidsmaatregelen gericht op persoonlijk gedrag en leefstijl zijn dan aanvullend bij maatregelen rond inkomenszekerheid, toegankelijke zorg en ondersteuning, gezonde woonomgeving, werk en arbeidsomstandigheden, sociale cohesie, onderwijs, .... De raad is van mening dat met de huidige Vlaamse gezondheidsdoelstellingen vooral aan de effecten van gezondheids- en welzijnsongelijkheid gewerkt wordt (bv. mensen met een lagere SES hebben een slechtere subjectieve gezondheid, roken meer, ...), maar te weinig aan de fundamentele oorzaken in de verschillende levensdomeinen.

### 2.1.1. Koppeling bestaande en nieuwe doelstellingen

**De raad adviseert de Vlaamse Regering om de voorgestelde nieuwe doelstelling te gebruiken als toetssteen voor beleid in alle beleidsdomeinen.** Op die manier heeft men een handvat om het principe van 'health and well-being in all policies' concreet te maken.

Hoewel de thema's die in de huidige Vlaamse gezondheidsdoelstellingen aan bod komen en de uitwerking daarvan minder effect hebben op gezondheidsongelijkheid in vergelijking met een werkelijke 'health and well-being in all policies'-aanpak, vindt de raad het toch belangrijk om deze nieuwe doelstelling ook expliciet en actief te koppelen aan de andere Vlaamse gezondheidsdoelstellingen.

■ Ten eerste kan dit door ook in elke andere gezondheidsdoelstelling het principe van het proportioneel universalisme systematisch toe te passen en hiervoor de nodige middelen te voorzien (zie ook 2.4). De gezondheidsconferentie 'Gezonder leven'<sup>12</sup> gaf hiervoor een eerste voorzichtige aanzet.

■ Ten tweede zou het goed zijn dat in het werken rond de bestaande gezondheidsdoelstellingen meer aandacht gaat naar het effect van de gekozen acties op de sociale gezondheids- en welzijnsverschillen. Indicatoren gebruikt voor het monitoren van de gezondheidsdoelstellingen moeten daarom meer systematisch gelinkt worden aan sociale kenmerken en sociale groepen. Deze parameters kunnen al op korte termijn meer inzicht geven in de gezondheids- en welzijnsachterstanden bij bepaalde groepen, en dus ook de uitrol van de nieuwe gezondheidsdoelstelling mee opvolgen.

### 2.1.2. Gezondheids- én welzijnsdoelstellingen

De raad stelt vast dat de focus van de bestaande gezondheidsdoelstellingen heel sterk ligt bij de fysieke gezondheid van mensen, terwijl het algemene welbevinden onderbelicht blijft. Hoewel de raad er zich van bewust is dat welzijn niet het onderwerp is geweest van de gezondheidsdoelstellingen, is het erg jammer dat de belangrijke relatie tussen gezondheid en psychisch welzijn, sociale steun, huisvesting, participatiemogelijkheden, ... niet opgenomen is in de strategische plannen die de doelstellingen concretiseren.

12 In zijn advies over de Vlaamse gezondheidsdoelstelling Gezonder leven (6 juli 2017) heeft de raad deze aanpak becommentarieerd.

De gezondheidsdoelstelling geformuleerd in dit advies, wordt in een welzijnskader geplaatst. De raad vraagt dat de Vlaamse Regering bij het formuleren van de andere gezondheidsdoelstellingen ook een brede invulling hanteert en de aandacht voor welzijn expliciteert.

## 2.2. Doelstelling

Het formuleren van een nieuwe gezondheidsdoelstelling is een geschikte manier om het terugdringen van de sociale gezondheids- en welzijnsongelijkheid veel nadrukkelijker op de agenda te plaatsen van het beleid en de relevante sectoren en actoren.

De raad inspireert de Vlaamse Regering om een nieuwe gezondheidsdoelstelling uit te werken en doet daarvoor een eigen voorstel<sup>13</sup>.

Tegen 2030 verkleint Vlaanderen de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn substantieel. Dit gebeurt door de actuele verschillen in levensverwachting in goede gezondheid en in welbevinden tussen personen naargelang hun positie op de sociale ladder met 25% te verminderen.

Om dit te bewerkstelligen wordt in alle beleidsdomeinen, en in het bijzonder in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, een beleid gevoerd voor het steeds verder terugdringen van de sociale gradiënt in gezondheid en welzijn. Dit beleid moet structureel zijn en voldoende gefinancierd worden.

**Om de doelstelling op te volgen zijn actuele data cruciaal<sup>14</sup>:** de raad dringt aan op een nieuwe nulmeting van de levensverwachting in goede gezondheid en in welbevinden, gekoppeld aan sociaaleconomische kenmerken van de bevolking. Deze gegevens moeten vervolgens veel systematischer gemonitord en gerapporteerd worden.

**Dit is een doelstelling op populatieniveau:** het structureel aanpakken van de sociale gezondheids- en welzijnsgradiënt vormt een goede strategie om de gezondheid en het welbevinden van de bevolking in haar geheel te verbeteren. De doelstelling beoogt dus een universele gezondheidswinst.

De afname van de sociale gradiënt moet gerealiseerd worden door vooral de gezonde levensverwachting van mensen met een lagere sociale positie substantieel te verhogen (en dus niet door het louter nivelleren van de situatie van mensen die hoger op de sociale ladder staan). Aanvullend aan een universeel beleid, vergt dit bijkomende inspanningen naar meer kwetsbare burgers en buurten, volgens het principe van het proportioneel universalisme.

**Een beleid dat werkt aan de 'levensverwachting in goede gezondheid en welbevinden' betekent voor de raad een streven naar 'kwaliteitsvolle levensjaren'.** Dit kan voor bepaalde personen met een zorgbehoefte evenzeer een stabiele gezondheid zijn. Het gaat over hoe mensen – elk met hun eigen mogelijkheden, beperkingen, kwetsbaarheden en achtergrond – functioneren én participeren aan de samenleving.

13 De doelstelling is gebaseerd op 'Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region' (1999).

14 Zie ook 2.3.1

Deze ambitie overstijgt de verschillende bestuursniveaus, beleidsdomeinen en sectoren en zet aan tot geïntegreerd werken.

**Een beleid rond sociale gezondheids- en welzijnsongelijkheid moet rekening houden met de verschillende sociale risico's die maken dat mensen zich in een kwetsbare positie bevinden die de gezondheid en het welzijn negatief beïnvloedt.**

In eerste instantie wordt iemands positie op de sociale ladder sterk bepaald door zijn of haar sociaaleconomische status (gemeten via het opleidingsniveau, inkomen en de arbeidssituatie). Maar ook een laag niveau van gezondheidsvaardigheden, een ongezonde woonomgeving, het ontbreken van een sociaal netwerk, discriminatie, gebrek aan veerkracht, ... zijn belangrijke sociale risico's.

**Bij het uitwerken van een nieuwe gezondheidsdoelstelling moeten beleidsmakers maximaal afstemmen met de gedragen aanbevelingen uit andere trajecten.**

De raad denkt aan de laatste gezondheidsdoelstelling Gezonder leven, de Eerstelijnsconferentie, het geïntegreerd breed onthaal, de conferentie De toekomst is jong, het lokaal sociaal beleid, het Vlaams actieplan Geestelijke Gezondheid, het Vlaams en het federaal Actieplan Armoedebestrijding, de proefprojecten chronische zorg, de proefprojecten wonen-welzijn en het Horizontaal Integratieplan. Het zou goed zijn dat ook de sociaal werk conferentie en de voorbereidingen die momenteel lopen, aangegrepen worden om de realisatie van de nieuwe doelstelling mee uit te rollen.

## 2.2.1. De gezondheidsdoelstelling uitvoeren is een gedeelde opdracht

Michael Marmot, een academische referentie wat betreft gezondheidsongelijkheid, benadrukt dat *'taking action to reduce inequalities in health does not require a separate health agenda, but action across the whole of society'* (Marmot, 2010).



Op verschillende niveaus moet het structureel terugdringen van ongelijkheid in gezondheid en welzijn een bewust objectief zijn. Het uitvoeren van de nieuwe doelstelling vormt daarom een gedeelde verantwoordelijkheid en steunt best op een draagvlak van alle betrokken partijen: overheden, professionals in de zorg en ondersteuning, lokale praktijken en werkingen op buurtniveau, ondernemers en werkgevers en individuele burgers.

## 2.2.2. ...van overheden

**Op internationaal niveau**

Verschuillende internationale aanbevelingen roepen op tot het wegwerken van sociale ongelijkheden tussen en binnen landen. Zo komt de strijd tegen gezondheidsongelijkheden aan bod in meerdere verdragen en instellingen van de Europese Unie



(bv. de Strategie Europa 2020 van de Europese Commissie) en in de rapporten en adviezen van de WHO.

Daarnaast werden in 2015 binnen de Verenigde Naties de Sustainable Development Goals goedgekeurd, met als belangrijke ontwikkelingsdoelstellingen het verzekeren van een goede gezondheid en het promoten van welvaart voor alle leeftijden (SDG 3) en het verminderen van de ongelijkheid (SDG 10). Van de regeringen wordt verwacht dat zij deze globale SDG's vertalen in eigen doelstellingen. De SAR WGG doet met dit advies alvast een voorzet voor de vertaalslag in het Vlaamse beleid.

### Op federaal niveau

In het federale regeerakkoord 2014-2019 leest de raad dat *'de Regering in overleg met de deelstaten de nodige initiatieven zal nemen om de gezondheidskloof in kaart te brengen, en concrete acties zal uitwerken om de toename van sociaaleconomische gezondheidsverschillen te voorkomen, en om op diverse domeinen te streven naar een substantiële afname van de gezondheidskloof. Het terugdringen van de verschillen in verwachte gezonde levensjaren is een van onze prioritaire gezondheidsdoelstellingen'*.

**De raad roept de federale en Vlaamse overheden op om onder meer via de Interministeriële conferentie actief werk te maken van een geïntegreerd en gecoördineerd beleid.** In de Belgische beleidscontext is voor deze problematiek overleg en afstemming over de grenzen van de bevoegdheidsniveaus heen een absolute must.

Heel wat van de instrumenten (en bijhorende financiële middelen) om in te grijpen op de sociale gradiënt behoren tot de federale bevoegdheden. Zo is er natuurlijk de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, met daarbij regelgeving rond het recht op verhoogde tegemoetkoming en de derdebetalersregeling, de prijzen van ziekenhuisopnames en geneesmiddelen, de terugbetaling van preventieve acties, acties rond het Globaal Medisch Dossier, de wijkgezondheidscentra (met een forfaitaire betaling zonder financiële drempel),... Daarnaast hebben federale beleidsmaatregelen inzake inkomen, werk, energie, armoede... een belangrijke impact op de oorzaken van ongelijkheid.

### Op Vlaams niveau

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin heeft heel wat hefboomen in handen om het sociaaleconomische verschil in levensverwachting in goede gezondheid en welbevinden effectief te verkleinen: het beleid inzake gezondheids promotie en preventie (met inbegrip van de bestaande gezondheidsdoelstellingen), investeringen in zorg en ondersteuning, de organisatie van de eerste lijn, de uitbouw van de Vlaamse Sociale Bescherming, het beleid inzake tabaksontwenning, het alcohol- en drugsbeleid, ....

**Maar het terugdringen van de sociale gradiënt vergt ook een ruimere aanpak, volgens het principe van 'health and well-being in all policies'** (zie ook inleiding). De raad verwacht dat dit principe in de verschillende beleidsdomeinen in concrete beleidsdaden omgezet wordt. Want de structurele oorzaken van de ongelijkheid liggen ook bij de beleidskeuzes die andere ministers in hun beleidsdomein maken en die een invloed hebben op iemands inkomens(on)-zekerheid, woonomgeving, sociale netwerken, arbeidssituatie, opleiding, integratie, participatie....

## Op lokaal niveau

Verminderen van sociale gezondheids- en welzijnsongelijkheid kan onder meer door het beter afstemmen van hulp- en dienstverlening op de behoeften van mensen, door het verbeteren van de toegang tot zorg en ondersteuning en door het inzetten op preventie, vroeginterventie en gezondheidspromotie (zie deel 2). Het is belangrijk dat ook lokale besturen (gemeenten en OCMW's) rond dit volledige traject kunnen werken. Dat zij hierin door Vlaanderen ondersteund worden, en alle initiatieven in dit verband deel laten uitmaken van het lokaal sociaal beleid en van de 'gezonde gemeente'.

**Eveneens in het lokale beleid is 'health and well-being in all policies' aangewezen om impact te hebben op de fysieke en sociale omgeving die ongelijkheden kan creëren, in stand houden of verminderen.** Bij de inrichting van de stedelijke omgeving, het mobiliteitsbeleid, het lokale aanbod aan diensten en voorzieningen, het woonbeleid, het ondersteunen van lokaal ontwikkelde projecten die sociale isolatie tegengaan en sociaal kapitaal versterken,... liggen belangrijke aanknopingspunten voor het lokale bestuur om ongelijkheid structureel aan te pakken. Samen met de lokale organisaties en het middenveld hebben zij een belangrijke impact op de dagelijkse leefomgeving van mensen.

### 2.2.3. ...van actoren in zorg en ondersteuning

**De raad ziet het wegnemen van drempels als een opdracht voor elke zorg- en hulpverlenende organisatie en voor elke individuele zorg- of hulpverlener.** De gezondheidszorg en het welzijnswerk kunnen ongelijkheden in stand houden of nog versterken als mensen die lager op de sociale ladder staan, een moeilijkere toegang hebben tot de zorg- en dienstverlening die ze nodig hebben. Ook meer transparantie over het aanbod, de kwaliteit en de toegang tot zorg en ondersteuning is belangrijk. Het beleid moet de organisaties en actoren in zorg en welzijn hiervoor de nodige impulsen en ondersteuning bieden. Ondersteuning om in de reguliere werking meer in te zetten op kansengroepen is een must.

**Professionals in zorg en ondersteuning moeten zich meer richten op het functioneren van mensen, daarbij aandacht hebben voor wat echt belangrijk is voor de persoon met zorgbehoefte en diens zorg- en ondersteuningsvragen beluisteren in de context van zijn sociale leefwereld.** Het perspectief en de levensdoelen van de persoon met zorgbehoefte worden meegenomen en via informatie en overleg komt men samen tot de meest gepaste oplossing of behandeling. Zo kunnen professionals in de zorg en ondersteuning ook werken aan het verkleinen van de sociale gradiënt in de communicatie met patiënten/cliënten met een lagere sociaaleconomische status (zie 1.1). Er zijn ook indicaties dat een respectvol, open, horizontaal contact van professionals in de zorg bijdraagt tot 'social uplifting' van mensen die leven in armoede (Haggerty, 2013).

Om gezondheids- en welzijnsongelijkheid bij de wortels aan te pakken, verwacht de raad dat actoren in de zorg en ondersteuning op maat kunnen werken in de levensdomeinen waar dit nodig en wenselijk is. Daarbij is een holistische benadering van de persoon met zorgbehoefte de juiste. Dit vereist bovendien een goede behoeftegerichtheid van het aanbod en nog meer en betere afstemming en samenwerking tussen sectoren en organisaties.

In de verschillende sectoren en organisaties is het omgaan met diversiteit in de samenleving een belangrijke uitdaging. Een belangrijk aspect daarvan is de sociaaleconomische diversiteit, die niet zelden samengaat met etnisch-culturele diversiteit.

Om gelijkwaardig om te kunnen gaan met elke persoon, ongeacht diens achtergrond, benoemde de raad in zijn Visienota over het Nieuwe professionalisme (2015) een 'cultuursensitieve competentie' die volgende elementen omvat:

- **Kennis:** Het is belangrijk dat professionals zicht hebben op de structurele oorzaken, op de mechanismen van kansarmoede en op hoe uitsluiting werkt. Ook kennis van de gezondheidsbenadering en –vaardigheden van kwetsbare groepen is nodig.
- **Vaardigheden:** Die inzichten moet een professional kunnen vertalen naar de context van personen met zorgbehoefte. Aandacht voor en inzicht hebben in sociale codes in kansarme gezinnen is een belangrijke vaardigheid.
- **Attitudes:** Een professional die 'sociaaleconomisch sensitief' werkt, staat open voor het werken met burgers met een andere achtergrond, is zich bewust van het eigen referentiekader en zal dit niet als enige norm nemen bij het beoordelen van de kwaliteit van leven van een persoon met zorgbehoefte.

**Voor de implementatie van gezondheids- en/of welzijnsbevorderende interventies bij kwetsbare groepen is op al de voorgaande vlakken deskundigheidsbevordering nodig.** Daarenboven is het zeer belangrijk dat professionals die met deze doelgroepen werken op een goede ondersteuning, omkadering, navorming en intervisie kunnen rekenen.<sup>15</sup>

**Tot slot liggen er voor professionals en organisaties zeker kansen bij het inzetten van vrijwilligers in het bereiken van kwetsbare doelgroepen en het bestrijden van sociale uitsluiting.** De nodige randvoorwaarden moeten voorzien worden om van dat vrijwilligerswerk (dat vaak zeer intensief is) een positief gebeuren te maken: vorming kan meer inzicht geven in de doelgroep, verwachtingen van alle betrokkenen moeten duidelijk geformuleerd worden, er moet informatie, begeleiding en ondersteuning voorhanden zijn, ... Organisaties kunnen ook aangemoedigd worden om meer inspanningen te doen om kwetsbare mensen te betrekken in hun vrijwilligerswerking.

## 2.2.4. ... van de individuele burger

**Van elke mens mag verwacht worden dat hij of zij zelf werkt aan het eigen langer en gezonder leven.** Goed voor je eigen lichaam en geest zorgen is een opdracht voor iedereen. Elk op zijn manier, zonder doelen te ver of te hoog te stellen.

---

15 Van Triple naar Quadruple aim (Bodenheimer & Sinsky, 2014): om de zorg en ondersteuning toekomstbestendig en doelmatig te houden, moeten niet alleen de drie doelen van de Triple Aim-aanpak nagestreefd worden, maar moet er ook voor gezorgd worden dat de professionals hun werk op een goede en duurzame manier kunnen doen.

**Een burger mag in geen geval afgerekend worden op de resultaten van de inspanningen die hij of zij op preventief vlak levert.** Het is voor de raad cruciaal dat de samenleving bij het aanspreken van de individuele verantwoordelijkheid rekening houdt met ieders draagkracht en beperkingen en dat er respect is voor de verschillen in het omgaan met ziekte en gezondheid.

**De overheid moet ook eerst het kader scheppen waarin iedereen verantwoord en gezond gedrag kán stellen en volhouden.** De raad illustreert dit door te verwijzen naar de taak van de Vlaamse overheid die voorziet in een toegankelijk en kwaliteitsvol aanbod voor tabaksontwenning, en dus niet alleen campagnes en oproepen lanceert en mensen op hun individueel gedrag aanspreekt. Het is de verantwoordelijkheid van de overheid om te werken aan toegankelijke zorg en ondersteuning, gezonde leef-, woon- en werkomgevingen, het aanpakken en vermijden van armoede, het versterken van sociale weefsels en een sociaal rechtvaardige samenleving te realiseren. Het standpunt van de raad is heel duidelijk dat er op die manier gezorgd moet worden voor gelijke gezondheids- en welzijnskansen voor iedere burger.

De randvoorwaarden waarbinnen mensen keuzes maken, kunnen door de overheid bewust beïnvloed worden. Voor de raad moet binnen de verschillende beleidsdomeinen een structureel beleid gevoerd worden dat de gezonde keuze tot de eenvoudige keuze maakt. Dit kan onder meer door gezonde voeding goedkoper te maken en tabak of alcohol duurder, door in scholen gezonde alternatieven te voorzien voor suikerhoudende dranken, door aan kinderen een jaarlijks tandonderzoek via het CLB aan te bieden, ... Bij het sturen van gezondheidsgedrag ('nudging') moet er een goed evenwicht zijn tussen een positief beleid gericht op het stimuleren van gezond gedrag en beleid dat mensen afraadt om ongezond gedrag te stellen. Bij het uitwerken van dit beleid moeten Matteüeffecten vermeden worden.

**De raad vraagt om bijzondere aandacht te schenken aan de eigen kracht van kwetsbare personen en te investeren in het beter ondersteunen ervan.** Het zou goed zijn dat het empoweren van kwetsbare doelgroepen hen ook sterker maakt om hun ervarings-deskundigheid, talenten en mogelijkheden in te zetten in de realisatie van de nieuwe gezondheidsdoelstelling.

## 2.2.5. .... van werkingen op buurtniveau

**De raad adviseert een wijkgerichte aanpak, met als sleutelementen participatie, empowerment, het versterken van de maatschappelijke cohesie en de onderlinge steun in de buurt.** Bij dit alles moet maximaal uitgegaan worden van de prioriteiten die mensen zelf stellen. Wie voelt dat hij iets te zeggen heeft in de maatschappij, is gelukkiger en gezonder.

Voor de raad is een goede mix van een top-down benadering via gezondheidsdoelstellingen en bottom-up initiatieven (zoals activiteiten die werken aan sociale cohesie, lokale bewegingsactiviteiten, ...) noodzakelijk. Dit omdat de kansen om gezond te leven, te participeren en sociale steun te vinden lokaal ongelijk verdeeld zijn. Ook de vaardigheden om met ziekte en gezondheid om te gaan zijn verschillend<sup>16</sup> en er is een ruimtelijke concentratie van kwetsbare bewoners in bepaalde buurten.

---

16 <http://www.gezondegemeente.be/succesfactoren/wijkgericht-werken>

**Er is een structurele inbedding en voldoende ondersteuning van werkingen op buurtniveau nodig.** Want het is uiteraard de bedoeling dat er via deze werkingen blijvende veranderingen gerealiseerd worden, zodat de buurt haar eigen lot meer in handen krijgt en de kansen voor een goede gezondheid en tevredenheid voor alle inwoners toenemen. Goede voorbeelden van deze aanpak zijn de 'Community oriented primary care' (Rhyne e.a., 1998) zoals die wordt uitgevoerd door de wijkgezondheidscentra, de werking en bijdrage van het lokale dienstencentrum en het initiatief van de Gezonde Gemeente. Ook het verenigingsleven neemt een belangrijke rol op.

Goed ontwikkelde werkingen op buurtniveau dragen overigens bij tot het realiseren van integrale zorg en ondersteuning, op maat van elke persoon met zorgbehoefte, ongeacht zijn sociaaleconomische achtergrond. Dicht bij de burger biedt het buurtniveau namelijk kansen om zorg en ondersteuning goed te doen aansluiten op zijn behoeften en doelstellingen.

**Ook de mobilisering van verbindende krachten moet structureel vorm krijgen in buurtwerkingen.** De raad vraagt beleidsmaatregelen die faciliteren dat er betrokkenheid en samenwerking is tussen actoren in de zorg en ondersteuning, mantelzorg en vrijwilligerswerk, lokale overheden en het middenveld.

## 2.2.6. ... van ondernemingen en werkgevers

Bedrijven en organisaties voorzien al heel wat maatregelen in uitvoering van de wetgeving 'welzijn op het werk'. Bijvoorbeeld het beperken van de gezondheidsrisico's van werk, aandacht voor werkgerelateerde stress en ongezond gedrag in de werksfeer en het voorzien van medisch toezicht of eerste hulp. Ook de raad ziet zeer veel voordelen in een kwaliteitsvol gezondheids- en welzijnsbevorderend beleid op de werkvloer. De raad vraagt dan ook een verdere uitwerking en verbreding van zo een beleid.

Niet elke volwassene echter kan deelnemen aan voldoende betaald en veilig werk. En zo zijn ongelijkheden in arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden een belangrijke bron van gezondheids- en welzijnsverschillen (Houweling, 2009).

**De raad verwacht dat het bedrijfsleven verder inzet op het bevorderen van positieve factoren voor gezondheid en welbevinden, in eerste instantie door het inzetten op economische duurzaamheid<sup>17</sup>** voor mensen. Daarnaast kan de werkomgeving mensen heel wat beschermende maatregelen bieden zoals persoonlijke groei, mogelijkheden om een sociaal netwerk uit te bouwen, het gevoel van eigenwaarde verhogen en toegang tot kennis over gezondheidsbevorderend gedrag of over het zorg- en ondersteuningssysteem.

De Vlaamse minister van WVG, de Vlaamse minister van Werk en de federale minister van Werk moeten nauw samenwerken, onder meer voor de realisatie van werkbaar en wendbaar werk voor elke burger.

---

17 Het is niet altijd mogelijk om in een snel wijzigend landschap alle jobs te behouden in het kader van 'economische zekerheid'. Wel kan men streven naar 'economische duurzaamheid', door te anticiperen via heroriëntatie, ontwikkeling van nieuwe niches, interne en externe mobiliteit,....

## 2.3. Monitoring en opvolging

Om de uitvoering van de nieuwe doelstelling op te volgen, is het noodzakelijk de sociale ongelijkheid in welzijn en gezondheid correct in kaart te brengen én de evolutie periodiek te volgen. Ook gegevens over ongelijkheid en uitsluiting op vlak van onderwijs, deelname aan de arbeidsmarkt, wonen, mobiliteit, vrijetijdsbesteding,...zijn erg relevant.

Omwille van inhoudelijke en methodologische redenen wordt opleidingsniveau in veel (nationale en internationale) studies gekozen als de sociaaleconomische indicator om sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn te onderzoeken<sup>18</sup>. De raad stelt aan de Vlaamse Regering voor om bij de opvolging van de nieuwe gezondheidsdoelstelling deze piste te volgen.

**Beleidsaanbevelingen op basis van de indicator opleidingsniveau houden wel best rekening met het feit dat de groep minst opgeleiden meer en meer heterogeen samengesteld is.** Een zicht op de verschillen in schoolloopbaan, etnisch-culturele achtergrond, gezinstaal, opleidingsvormen,...moet toelaten om conclusies over het verband tussen opleidingsniveau en de sociale gradiënt te verdiepen. Ook het opleidingsniveau van de moeder is een interessante achtergrondvariabele.

### 2.3.1. Zorg voor actuele cijfers inzake levensverwachting en levensverwachting in goede gezondheid

In de nieuwe doelstelling is het wegwerken van de verschillen in levensverwachting in goede gezondheid en in welbevinden naargelang de sociale positie van mensen prioritair. Daarvoor is informatie over de (gezonde) levensverwachting van de Vlaming beschikbaar. Echter een koppeling van deze data aan sociaaleconomische gegevens is recent niet meer gemaakt. Daarvoor moeten we teruggrijpen naar cijfers uit 2001 voor de levensverwachting (Van Oyen e.a., 2011) en naar 2004 voor cijfers over de gezonde levensverwachting (Bossuyt e.a., 2004).

**Gegevens over de levensverwachting en gezonde levensverwachting - met een koppeling aan sociaaleconomische kenmerken - moeten veel systematischer gemonitord en gerapporteerd worden.** De raad dringt bij de Vlaamse Regering aan om snel een inhaalbeweging te maken. Een nieuwe nulmeting moet het vertrekpunt vormen.

De data inzake levensverwachting die de Studiedienst van de Vlaamse Regering jaarlijks verzamelt, bieden hiervoor een goede basis. Ook de resultaten van de EU SILC-enquêtes kan men gebruiken. De raad adviseert om in de toekomst ook andere gegevens - zoals overlijdensaangiften, morbiditeitsgegevens,...- te koppelen aan sociale determinanten.

---

18      Onder meer in de analyses van de data van de gezondheidsenquêtes, in het TAHIB-onderzoek naar sociale ongelijkheid in gezondheid in België en in vele internationale studies.

## 2.3.2. Meet de sociale gradiënt in gezondheid en welzijn...

### ...via de gezondheidsenquête

De sociaaleconomische gezondheidsgradiënt is momenteel best in kaart gebracht door de gezondheidsenquête. Deze moet toelaten een volledige 'diagnose' te maken van de gezondheid, het welzijn, het gebruik van en de noden aan zorg en ondersteuning bij de verschillende lagen van de bevolking. Daarom moet de gezondheidsenquête voldoende relevante indicatoren bevatten.

**De raad vraagt dat waar nodig de dataverzameling binnen de gezondheidsenquête verder verfijnd wordt en er bijkomende gegevens verzameld worden.** Zo genereert de gezondheidsenquête bijvoorbeeld te weinig informatie over de brede psychische gezondheid van de bevolking.

**De raad wenst dat de Vlaamse Regering (samen met de andere co-financiers) de mogelijkheden voorziet zodater elk enquêtejaar een specifieke analyse en afzonderlijke rapportage rond sociale ongelijkheid kan gebeuren.** In 2008 is met de gegevens van de enquête een rapport uitgebracht waarin volledig gefocust is op sociale ongelijkheid. Door gebruik te maken van de resultaten uit de voorbije enquêtes en diverse parameters te gebruiken om sociale ongelijkheid in te schatten, werden de gezondheidsgradiënt en de mogelijke trends in de tijd zichtbaar.

### ... via systematische koppeling aan sociale kenmerken en sociale groepen

Voor het permanent opvolgen van de nieuwe gezondheidsdoelstelling zijn nog meer data-koppelingen aan omgevingsfactoren aangewezen. **Er kan nu gestart worden met reeds geregistreerde gegevens veel meer systematisch te linken aan sociale kenmerken en sociale groepen.** Een longitudinale opvolging is vervolgens nodig. De raad denkt daarbij aan de gegevens van de gezondheidsenquête, de data van het InterMutualistisch Agentschap en het cijfermateriaal van de Studiedienst van de Vlaamse Regering. Bij een koppeling van de cijfers van de SVR aan sociaaleconomische kenmerken kunnen de volgende beschikbare gegevens als basis dienen voor verdere analyses inzake sociale ongelijkheid:

- Levensverwachting bij geboorte
- Vermijdbare sterfte (vermijdbaar door primaire preventie en vermijdbaar door betere gezondheidszorg)
- Verloren potentiële levensjaren
- Participatiegraad
- Functionele toestand (BelRAI, ...)
- Morbiditeitsgegevens

Het koppelen van gegevens over de participatiegraad met verschillende sociaaleconomische kenmerken geeft een beeld van de mate waarin kwetsbare mensen als volwaardige burgers deelnemen aan de samenleving. De participatie aan onderwijs, de arbeidsmarkt, vrijetijdsbesteding, ...zijn belangrijke indicatoren om verder te analyseren in functie van de sociale ongelijkheid.

Interessant is om ook de geografische spreiding van sociaaleconomische indicatoren in beeld te brengen (EXPH, 2016). Zo wordt de sociale gradiënt op het niveau van regio's, steden en gemeenten (eventueel zelfs wijken) zichtbaar, wat uiteraard een goede basis is voor een buurtgerichte beleidsaanpak door de lokale besturen.

Aansluitend suggereert de raad om in de registratiesystemen binnen de zorg- en hulpverlening - bijvoorbeeld in het Globaal Medisch Dossier - gegevens als opleidingsniveau, contextinformatie en andere sociale indicatoren systematisch en op uniforme wijze te registreren. Duidelijke spelregels zijn nodig over welke indicatoren geregistreerd worden en wie, wat, wanneer te zien krijgt. Een betrouwbare registratie die de privacy van de persoon met een zorgbehoefte verzekert, is voor de raad het uitgangspunt.

### ... via samengestelde indicatoren

Aangezien zowel de gezondheid als het welbevinden beïnvloed worden door een hele reeks determinanten, is de meting ervan een complexe opdracht. Het gebruik van samengestelde of composiete indicatoren is dan aangewezen (bv. de indicator 'levensverwachting met beperkingen'). En net zoals het construeren van globale maatstaven voor gezondheid haalbaar is, ziet de raad een groeiend aantal studies en publicaties over een geïntegreerde indicator voor welzijn<sup>19</sup>. We vragen de Vlaamse overheid om hier de vinger aan de pols te houden.

Bij het vastleggen van indicatoren is Europese afstemming wenselijk, om Vlaanderen in Europa te kunnen positioneren.

### 2.3.3. Zorg voor correct interventie- en evaluatieonderzoek van initiatieven

Naast globale indicatoren die inzicht geven in de grootte en de evolutie van de sociale gezondheids- en welzijnsgradiënt is er nood aan evaluatieonderzoek dat aangeeft welke interventies werken en via welke mechanismen. Er is nog te weinig informatie over de doeltreffendheid van de uitgevoerde initiatieven. Dit zowel op het vlak van financiering, organisatie, de economische effecten en de individuele effecten op burgers.

**De impact van initiatieven op sociale verschillen in gezondheid, welzijn en gezondheidsgedrag moet voor de raad zowel kwantitatief als kwalitatief geëvalueerd worden.** Hierbij moet er wel over gewaakt worden dat evaluaties administratief en praktisch niet te zwaar doorwegen en zo de ontwikkelingsruimte van projecten niet beknotten.

---

19 Onder meer het Federaal Planbureau voert onderzoek naar de opbouw van een composiete indicator voor het welzijn. Daaruit blijkt dat voor het meten van het welzijn in België de indicatoren gezondheid, samenleving, levensstandaard en armoede, werk en vrije tijd de belangrijkste impact op het welzijnsniveau hebben (Federaal Planbureau, 2017).



**De raad stelt voor om evaluaties van interventies en projecten veel meer te laten gebeuren vanuit het perspectief van en de effecten op de doelgroep.** Daarbij moet men indicatoren kiezen die afgestemd zijn op kwetsbare groepen (bv. een veranderde perceptie van het eigen lichaamsbeeld, een verlaging van de drempel naar zorg en ondersteuning, een vaste huisartspraktijk gevonden hebben, meer sociale contacten...). De opvolging van zulke, eerder kwalitatieve, vooruitgang verdient veel meer aandacht.

## 2.4. Leidende principes voor het realiseren van de gezondheidsdoelstelling

Ook interventies in welzijn en gezondheid vertonen Matteüseffecten omdat ze (vaak onbedoeld) alleen de midden en hogere sociale klassen bereiken. Om gezondheids- en welzijnsachterstanden doeltreffend aan te pakken, schuift de SAR WGG een andere aanpak naar voor, met volgende leidende principes:

### 2.4.1. Structureel beleid

#### Structurele aanpak: werken aan de socio-economische ongelijkheid

In dit advies is herhaaldelijk beschreven hoe de sociale gradiënt in welzijn en gezondheid mee veroorzaakt wordt door sociale en economische ongelijkheden in onze samenleving: “inequities in power, money and resources” (Marmot, 2010). Om de sociale welzijns- en gezondheidsgradiënt werkelijk om te buigen, is het bijgevolg absoluut noodzakelijk om deze oorzaak structureel aan te pakken. Dit gebeurt best in een geïntegreerd beleid dat inzet op de verschillende sociale determinanten van gezondheid en welzijn: algemene sociaaleconomische en culturele omstandigheden, leef- en werkomstandigheden, sociale context en leefstijl<sup>20</sup>.

#### Structurele financiering

Werken aan langdurige effecten betekent voor de raad dat het beleid volop kiest voor een structurele aanpak van de sociale gradiënt, in plaats van alleen te werken via tijdelijke initiatieven en projectfinanciering.

Goed lopende projecten moeten na een correcte evaluatie (zie 2.3.3) structureel gemaakt worden, onder meer door verankering in de reguliere financiering.

### 2.4.2. Gemeenschappelijke doelen en financiële engagements

Zoals gezegd is het terugdringen van de ongelijke verdeling van gezondheid en welzijn een verantwoordelijkheid van verschillende beleidsniveaus en -domeinen. Een beleid terzake vereist dan ook een expliciete en algemeen gedeelde politieke visie over een geïntegreerde aanpak van sociale ongelijkheid en van de verschillende determinanten.

---

20 Dit zijn de sociale determinanten waarop het beleid een invloed heeft, zoals benoemd in het model van Whitehead en Dahlgren (1991).

Verder zijn nodig: permanent overleg en afstemming, het voorzien van een passend budgettair kader (in de verschillende beleidsdomeinen) en het ontwikkelen en uitvoeren van een actieplan. Inspiratie kan onder meer gevonden worden in Groot-Brittannië, Nederland en Zweden waar een globaal multidisciplinair plan uitgewerkt is met gecoördineerde acties voor het reduceren van ongelijkheden inzake gezondheid.

### **2.4.3. Proportioneel universalisme**

Omdat de sociale ongelijkheid een gradiënt volgt over de hele bevolking, vormt een universele benadering voor de raad het uitgangspunt. We houden geen pleidooi voor een categoriaal doelgroepenbeleid. Dit werkt immers discriminerend en stigmatiserend. Bovendien zal het de gezondheids- en welzijnsongelijkheid in de hele bevolking slechts beperkt beïnvloeden. De meest kwetsbare groep kan gezondheids- en welzijnswinsten boeken, maar de middenklasse en mensen op de rand van kwetsbaarheid blijven geconfronteerd met sociale ongelijkheden en de grote gevolgen van de vicieuze cirkel tussen armoede, gezondheid en welzijn.

Om de graduele sociale ongelijkheid fundamenteel aan te pakken, moet dus op álle groepen ingezet worden. Dat betekent dat het beleid gericht is op alle burgers, maar dat er met een verschillende intensiteit ingezet wordt op bepaalde doelgroepen. Dit kan door te werken met gerichte interventies, waarvan de intensiteit aangepast is aan het niveau van kwetsbaarheid van mensen (proportioneel).

De raad vraagt om het principe van het proportioneel universalisme systematisch toe te passen en hiervoor de nodige middelen te voorzien. Zo wordt ook het Mattheüseffect vermeden enerzijds en behoudt men een breed maatschappelijk draagvlak anderzijds.

### **2.4.4. Behoeftegericht werken: acties gebaseerd op de lokale noden en participatie van de doelgroep**

Doeltreffende acties om de sociale ongelijkheid weg te werken, gaan best uit van de brede maatschappelijke oorzaken die de gezondheid en het welzijn bedreigen. Een stem geven aan maatschappelijk kwetsbare groepen en hen bij deze acties betrekken, vergroot de kans om in te zetten op de drempels die juist zij ervaren in zorg en ondersteuning en voor het ontwikkelen van gezond gedrag.

Om verschillende sociale klassen te bereiken, is het goed om lokaal en buurtgericht proactief te werken. Onder meer buurtwerkers, het straathoekwerk, eerstelijnszorg- en hulpverleners (huisarts, apotheek, maatschappelijk werk, thuisverpleging, ...) en gespecialiseerde en multidisciplinaire mobiele teams (in de GGZ, in het welzijnswerk, ...) hebben hier een rol te spelen. Ook in burgerparticipatietrajecten dienen kwetsbare personen betrokken te worden. Door te werken aan de individuele en collectieve krachten in onze samenleving kunnen het sociaal werk en het opbouwwerk hier een belangrijke bijdrage toe leveren.

Naast rechtstreekse betrokkenheid van de doelgroep is participatie van hun vertegenwoordigers en verenigingen aangewezen. Zij moeten voldoende ondersteund worden om hun stem effectief te laten klinken.

De raad verwacht ten slotte dat de participatieve wijze waarop gezondheidsdoelstellingen tot stand komen, verdergezet wordt (o.a. via consultatie in werkgroepen).

## 2.4.5. Gezondheidspromotie optimaliseren als belangrijke schakel

Uiteraard is de nieuwe doelstelling niet los te zien van de andere Vlaamse gezondheidsdoelstellingen (zie ook 2.1). Een optimalisatie van de gezondheidspromotie, wat de bestaande doelstellingen voornamelijk zijn, kan mee bijdragen aan het verkleinen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn. De raad benoemt daarvoor twee richtlijnen.

### **Omslag van bijkomende methodiekontwikkeling naar duurzame implementatie**

Zowel op het Vlaamse beleidsniveau als lokaal zijn al veel tijd en middelen gegaan naar het uitwerken van instrumenten en kaders voor het aanpakken van de sociale gezondheids- en welzijnsgradiënt. Jammer genoeg ontbreekt vaak een degelijk plan voor de implementatie en disseminatie. Het moet duidelijk worden welke methodieken er momenteel zijn, of deze de noden van de burgers goed capteren, wie ze best uitvoert en mits welke ondersteuning. Voor de goed werkende en evidence based methodieken moet dan worden overgegaan naar een duurzame implementatie.

Voor het doen slagen van goed werkende methodieken, moet wel meer aandacht en inhoudelijke en financiële ondersteuning gaan naar de praktische uitvoerbaarheid op lokaal niveau. Daar signaleert men de nood aan ondersteuning op maat om met de kaders aan de slag te gaan in de eigen setting (lokaal bestuur, OCMW, CAW, school, sportclub,...). De raad ziet bijvoorbeeld een belangrijke ondersteunende taak voor de LOGO's om de Vlaams aangereikte methodieken op maat te implementeren.

### **Verbeteren van het uitvoeringslandschap**

Voor de structurele uitvoering van de bestaande gezondheidsdoelstellingen doet de overheid een beroep op partnerorganisaties, organisaties met terreinwerking en samenwerkingsverbanden voor locoregionaal gezondheidsoverleg (LOGO's). Een goede uitvoering van de bestaande gezondheidsdoelstellingen vereist dat het huidige uitvoeringslandschap geoptimaliseerd wordt, rekening houdend met de aanbevelingen van het Rekenhof dat in 2016 een audit deed. Het is ook nodig om tegemoet te komen aan de vaststelling van het Rekenhof dat specifieke expertise rond onder meer armoede verhoogd kan worden.

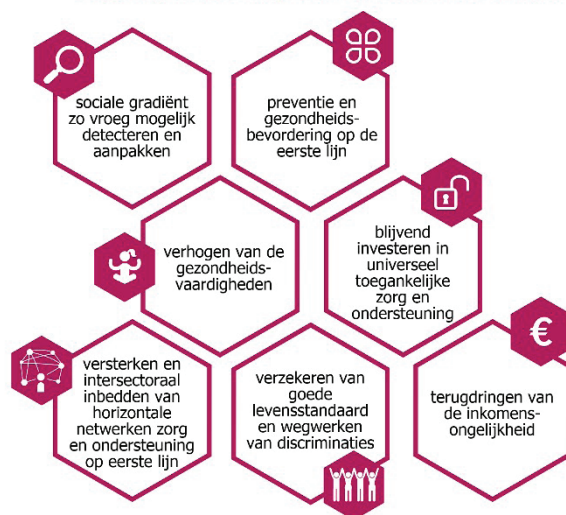
### 3. Naar een strategisch plan: subdoelstellingen bij het verminderen van sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn

**“We know what to do to make a difference.”  
(Marmot, 2016)**

Elke Vlaamse gezondheidsdoelstelling gaat samen met een strategisch plan dat beschrijft hoe de doelstelling gerealiseerd zal worden. De raad vraagt de Vlaamse Regering om haar engagement tegenover het steeds verder verkleinen van de sociale gezondheids- en welzijnsongelijkheid in zo een strategisch plan te vertalen.

Het plan moet uitgaan van de behoeften van de burger en relevant zijn op socio-economisch gebied. Het dient ontwikkeld te worden samen met de relevante sectoren en organisaties, en steunen op wetenschappelijk onderbouwde strategieën. De raad geeft in voorliggend advies alvast zijn prioriteiten voor dat plan mee, via zeven subdoelstellingen.

#### **Subdoelstellingen bij het verminderen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn**



Vanuit de opdracht en expertise van de SAR WGG richt de aanzet voor het strategisch plan zich in eerste instantie tot het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (zie ook de leeswijzer op pagina 108). Actie ondernemen om de graduele gezondheids- en welzijnsverschillen steeds meer te verkleinen, is een opdracht van alle sectoren en lijnen binnen WVG.

Maar om de sociale verschillen werkelijk weg te werken, moeten ook de andere beleidsniveaus en -domeinen engagementen opnemen in het plan. Om de nieuwe gezondheidsdoelstelling te realiseren, zal er gewerkt moeten worden aan de diverse determinanten van de ongelijkheid. Dit vereist beleidsacties die impact hebben op het inkomen van mensen, hun woonomgeving, arbeidssituatie, onderwijskansen, integratie, participatie en zo meer.

Het is aan het beleid om deze subdoelen in praktijk te brengen met acties, een duidelijke prioritering en extra financiële middelen of een herallocatie van bestaande middelen. Aan de acties moeten indicatoren gekoppeld worden die een systematische opvolging verzekeren.

### 3.1. Sociale gradiënt zo vroeg mogelijk detecteren en aanpakken

**Voor de raad is het erg belangrijk dat elke burger gelijke gezondheids- en welzijnskansen heeft.** Maar deze kansen worden beïnvloed door de structurele ongelijkheid die al van in de baarmoeder en de eerste levensjaren speelt. Bovendien weten we dat de omgeving en de leefomstandigheden waarin kinderen opgroeien sterk mee bepalend zijn voor de gezondheid en het welzijn op volwassen leeftijd.

**Het is dus aangewezen om een beleid op de sporen te zetten dat de sociale gradiënt vroeg detecteert en al op jonge leeftijd aanpakt.** Zowel het beleidsdomein WVG als onderwijs, sport, wonen, ... hebben instrumenten in handen om kinderen met een zo goed mogelijke gezondheid en levenskwaliteit te laten opgroeien.

Er moet alvast meer ingezet worden op prenatale begeleiding van kwetsbare zwangere vrouwen, kwaliteitsvolle en toegankelijke kinderopvang, het wegnemen van drempels tot kleuteronderwijs en gezondheidseducatie, gezonde voeding en gedrag op school. Ook een kwaliteitsvolle preventieve gezins- en opvoedingsondersteuning gericht op gezondheidskansen is belangrijk.

### 3.2. Preventie en gezondheidsbevordering op de eerste lijn

**De Vlaamse overheid moet investeren in ziektepreventie en gezondheidspromotie<sup>21</sup>, nog veel meer dan vandaag.** Voor de raad krijgt preventie best vorm wanneer ze zowel het individu ondersteunt als de omgeving inzet:

■ Individueel gedrag en levensstijl (als samenspel van genetica, omgeving, sociale determinanten, keuzes en routines) hebben een impact op de levenskwaliteit en levensverwachting. Daarom kan men hier beleidsmatig rond werken. Zo kan een preventief beleid dat voorziet in coaching van mensen over gedrag en levensstijl met persoonlijke begeleiding, educatie rond zelfmanagement en het verhogen van de gezondheidsvaardigheden bijdragen aan het realiseren van de nieuwe gezondheidsdoelstelling.

■ Maar aangezien gezondheid en welzijn door meerdere determinanten worden bepaald, mag de focus van preventie zeker niet alleen bij het individuele gedrag van mensen liggen (zie ook 2.1). Er is een preventieve aanpak nodig die ook sterk inzet op de maatschappelijke oorzaken van ziekte en onwelzijn. Daardoor kan er op de verschillende levensdomeinen preventief aan de slag gegaan worden. Zo is binnen de primaire preventie niet alleen het werken rond fysieke en mentale kwetsbaarheid aan de orde, ook de strijd tegen eenzaamheid, tegen slechte woningen en woonomgevingen, ... is belangrijk.

21 In de context van dit advies is het investeren in primaire preventie prioritair. Maar uiteraard vragen ook de secundaire en tertiaire preventie blijvende inspanningen.

**De raad vraagt de Vlaamse Regering om de rol van de eerste lijn in zo een preventiebeleid te verduidelijken en te versterken.** In zijn advies bij de Vlaamse Gezondheidsdoelstelling 'Gezonder Leven' (advies van 6 juli 2017) schreef de raad al dat *het verder integreren van 'public health' (o.a. preventie en gezondheidspromotie) en 'primary care' (eerstelijnszorg) leidt tot betere uitkomsten op het vlak van gezondheid van de bevolking, ook ten aanzien van kwetsbare groepen.*

Momenteel worden kwetsbare groepen moeilijker bereikt in vele vormen van gezondheidspromotie en ziektepreventie. De raad ziet ook hier een cruciale rol voor de eerstelijns gezondheids- en welzijnsactoren om te werken aan een vertrouwensrelatie met kwetsbare mensen.

**Het preventiebeleid moet veel meer zijn dan algemene voorlichtingscampagnes.** Het wegwerken van de bestaande sociale differentiatie in de toegang tot en de deelname aan preventieve acties vraagt een globale aanpak en het ontwikkelen van incentives op maat van doelgroepen en buurten. Deze aanpak moet inzetten op:

- Een participatieve werkwijze die de herkenbaarheid van campagnes en oproepen verhoogt. Er ligt een grote meerwaarde in preventieve campagnes en lokale acties die uitgevoerd worden samen met kwetsbare mensen, via buurtwerkingen.
- Meer acties die rekening houden met de verschillen in het omgaan met ziekte, gezondheid en welzijn.
- Een cultuur waarin elke burger - via informatie, begeleiding en deelname aan het beslissingsproces - weloverwogen keuzes kan maken over eigen gezondheidskwesties.

Tot slot moeten gezondheidsbevordering en ziektepreventie benaderd worden vanuit het continuüm van preventie, vroegdetectie en -interventie, zorg en ondersteuning en nazorg. Het aanpakken van de sociale gradiënt is een opdracht voor elk van deze schakels.

### 3.3. Verhogen van de gezondheidsvaardigheden

**Investeren in health literacy (waarvan mental health literacy een onderdeel is) is uitermate belangrijk voor het empoweren van mensen.** Dit betekent namelijk ook dat personen met een hulp- of zorgvraag sneller op de juiste plek in de zorg en ondersteuning terecht komen en dat zij op een meer gelijkwaardige manier in dialoog kunnen gaan met hulp- en zorgverstrekkers. De raad verwacht dat het beleid en de betrokken actoren hun rol hierin ten volle opnemen: LOGO's, Huizen van het Kind, CAW, OCMW, ziekenfondsen, gemeenten, verenigingen, eerstelijnszorgverleners en de lokale gemeenschap.

Er moet gewerkt worden aan het begrijpelijker en toegankelijker maken van gezondheidsinformatie en aan het verminderen van de complexiteit van zorg- en ondersteuningssystemen. Het is ook de verantwoordelijkheid van de maatschappij om rekening te houden met individuele verschillen in health literacy en verschillen in de nood aan informatie, begeleiding en coaching.

**Gezondheidseducatie is een maatschappelijke opdracht en een proces dat best zo vroeg mogelijk begint.** Het verhogen van de basiskennis inzake gezondheid maar ook aandacht voor zelfzorg, psychisch welbevinden, je goed in je vel voelen en het ontwikkelen van veerkracht zijn daarom ook opdrachten voor het onderwijs, en dit vanaf het basisonderwijs.

### 3.4. Blijvend investeren in universeel toegankelijke zorg en ondersteuning

De raad verwacht dat de verschillende beleidsniveaus en de actoren in zorg en ondersteuning blijvend investeren om de toegankelijkheid van zorg- en hulpverlening te verzekeren.

**Een voldoende groot, kwaliteitsvol, gespreid, goed georganiseerd, overzichtelijk, financieel én cultureel toegankelijk aanbod is van cruciaal belang om ongelijke toegang tegen te gaan.** Daarvoor adviseert de raad een flexibele programmatie van zorg en ondersteuning op basis van de werkelijke noden en behoeften<sup>22</sup>. Deze moet toelaten om voldoende en gepaste zorg- en ondersteuningsvormen tijdig aan te bieden, en om tekorten en wachtlijsten aan te pakken waar ze zich voordoen.

Binnen het beleidsdomein WVG formuleert de raad een nieuwe, uitermate belangrijke hefboom om de sociale gezondheids- en welzijnsongelijkheid effectief aan te pakken:

Een netwerk van partners in zorg en ondersteuning moet de verantwoordelijkheid krijgen om de zorg en ondersteuning samen op te nemen voor een bepaalde populatie in een regio. Alle burgers binnen deze populatie moeten via de samenwerking een beroep kunnen doen op zorg en ondersteuning op maat van hun behoeften. Het netwerk heeft eveneens een verantwoordelijkheid naar mensen binnen die populatie die de stap naar zorg en ondersteuning zelf niet zetten. Via proactief en vindplaatsgericht werken detecteren de actoren uit het netwerk hun noden en voorzien een gepast zorg- en ondersteuningsaanbod (of verwijzen er correct naar door).

Op het niveau van de burger moet dit principe garanties bieden voor behoeftegerichtheid en continuïteit binnen de gehele zorg- en ondersteuningsketen. Op het niveau van de actoren in zorg en welzijn leidt de netwerkbenadering tot een gedeelde verantwoordelijkheid.

De Vlaamse Regering kan via het invoeren van een dergelijke 'accountability' vermijden dat (vaak extra kwetsbare) burgers en/of personen met een zorgbehoefte door de mazen van het net vallen.

Onder andere de ontwikkelingen in gemeenschapsgerichte zorg in verschillende sectoren kunnen inspireren om deze benadering verder vorm te geven<sup>23</sup>.

**Het is vervolgens belangrijk om goed te zorgen voor zorg- en hulpverleners die met maatschappelijk kwetsbaren werken,** teneinde de duurzaamheid van de universeel toegankelijke zorg en ondersteuning te garanderen. Zorg- en hulpverleners worden vaak geconfronteerd met moeilijke situaties die veel energie vragen en emotioneel vaak belastend zijn. Daarom is het nodig om hen gepaste omkadering, ondersteuning en intervisie te bieden.

22 Voor meer informatie over zorgprognoses verwijst de raad naar zijn advies van 27 oktober 2011 over de programmatie van de woonzorg.

23 De aanbevelingen van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2016) zijn daarbij heel waardevol.

Er zijn ook bijkomende inspanningen nodig om de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren<sup>24</sup>. De overgrote meerderheid van de geestelijke gezondheidsindicatoren is nog steeds gerelateerd met het opleidingsniveau: depressie, emotionele problemen, zelfmoordgedragingen en het gebruik van psychotrope geneesmiddelen komen meer voor bij de laagst opgeleiden. Bovendien neemt in onze complexe en snel veranderende samenleving de ongelijkheid inzake geestelijke gezondheidsproblemen nog toe (zie ook deel 1.2 van dit advies), wat de raad zorgen baart.

## FINANCIËLE TOEGANKELIJKHEID

In België zijn financiële problemen de voornaamste reden om zorg en ondersteuning uit- of af te stellen (Federaal Planbureau, 2014). De raad dringt bij het beleidsdomein WVG aan om de financiële toegankelijkheid te verbeteren voor die sectoren waarvoor het bevoegd is (residentiële ouderenzorg, gezinszorg, kinderopvang, GGZ, zorg en ondersteuning voor personen met een handicap, kinderbijslag, ....), en met aandacht voor de situatie van kwetsbare groepen. De prijs van zorg en ondersteuning én de correctiemechanismen daarop zijn belangrijk:

Er is een debat nodig over de begrenzing van de **kostprijs van zorg en ondersteuning en over de eigen bijdragen en remgelden** die burgers betalen. De raad pleit voor meer uniformiteit in de bijdrageregelingen, maar waarbij Matteüseffecten vermeden worden. Andere belangrijke thema's in zo een debat zijn de inkomensafhankelijkheid van premies en uitkeringen, een scheiding van de woon- en zorgkost in de langetermijnzorg en ondersteuning, het aanrekenen van supplementen in de zorg, de maximumfactuur, de begrenzing van de eigen bijdragen ...

Er moet worden nagegaan in welke mate de **huidige correctiemechanismen** effectief en efficiënt zijn en waar andere instrumenten ingezet kunnen/moeten worden. De raad wenst in elk geval een maximale automatische rechtentoekenning en een proactieve aanpak om rechthebbenden op te sporen en toe te leiden.

Er moet dringend werk gemaakt worden van een duurzaam kader voor de publieke financiering van zorg en ondersteuning in ons land.

**Een eerste onderdeel daarvan is een sterke, solidaire en verplichte ziekteverzekering.** De raad verwacht een aangehouden engagement en voldoende financiering zodat vanuit de federale ziekteverzekering blijvend geïnvesteerd kan worden in een toegankelijk en kwaliteitsvol zorgaanbod.

**Een tweede zeer belangrijk instrument in de strijd tegen gezondheidsongelijkheid is de Vlaamse Sociale Bescherming.** Er moet snel duidelijkheid komen over hoe de VSB precies zal worden aangewend om de betaalbaarheid van de zorg voor elke burger te garanderen. Ook hier is het noodzakelijk om nu een grondig maatschappelijk debat te voeren over welke zorg en ondersteuning solidair wordt gedragen en welke niet.

---

24 De raad formuleerde hiervoor voorstellen in zijn advies over het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019 (3 maart 2017).



Ook zorgverstrekkers zelf kunnen bijdragen aan de betaalbaarheid voor de patiënt/cliënt door het respecteren van de tarieven voor zorg (door conventionering, het toepassen van de verplichte derdebetalersregeling bij gebruikers met recht op een verhoogde tegemoetkoming, ...).

We verwachten ten slotte dat de Vlaamse minister de betaalbaarheid van zorg en ondersteuning als belangrijk thema blijft meenemen naar de IMC. Verschillende federale bevoegdheden zijn immers ook sleutelementen in de betaalbaarheid en het gebruik van zorg en ondersteuning.

### **3.5. Versterken en intersectoraal inbedden van de horizontale netwerken van zorg en ondersteuning op de eerste lijn**

**De eerste lijn is de plaats om de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning te verzekeren.** De raad is er daarom van overtuigd dat investeren in een goed georganiseerde en financieel toegankelijke eerste lijn essentieel is voor het terugdringen van de sociale verschillen in gezondheid en welbevinden<sup>25</sup>.

Daarnaast moet op de eerste lijn de signaalfunctie sterker opgenomen worden. De structurele oorzaken van gezondheids- en welzijnsongelijkheid worden er herkend en -samen met andere sectoren- kan dan op verschillende levensdomeinen gewerkt worden.

Het beleid moet de nodige impulsen en ondersteuning bieden opdat alle personen met zorgbehoefte, ook kwetsbare mensen, op de eerste lijn zorg en ondersteuning vinden die persoonsgericht, integraal en naadloos is. Dit is belangrijk gezien de samenhang van determinanten van de sociale gradiënt. Op een sterke en goed georganiseerde eerste lijn wordt gewerkt in de sociale context van de persoon en in de lokale gemeenschap.

De raad vraagt een daadkrachtige realisatie van de beleidsvoornemens inzake het geïntegreerd breed onthaal (GBO), als belangrijk onderdeel van de eerstelijnswerking. De ambitie om via het GBO de toegankelijkheid te verhogen en onderbescherming aan te pakken, moet waargemaakt worden.

**In functie van de realisatie van integrale zorg en ondersteuning voor elke burger, moet naast het versterken van de eerste lijn ook:**

- Meer ingezet worden op de samenwerking tussen de lijnen;
- De sociaaleconomische ongelijkheid in de toegang tot specialistische zorg aangepakt worden;
- Gezorgd worden voor aansluiting van deze nieuwe gezondheidsdoelstelling bij de ontwikkelingen in het kader van de eerstelijnszones en de (ziekenhuis)zorgnetwerken. Het zijn niet alleen de horizontale netwerken maar ook de verticale netwerken die een bijzondere rol opnemen in het ombuigen van de sociale gradiënt.

---

25 Een meer uitgebreide visie van de raad op de eerste lijn is beschreven in het advies over de Conceptnota 'Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn' (27 april 2017).

## 3.6. Verzekeren van een goede levensstandaard en wegwerken van discriminaties

**De raad houdt een pleidooi voor een daadkrachtige uitvoering van de beleidsplannen inzake armoedebestrijding met een intense samenwerking tussen de beleidsniveaus en –domeinen.** Ongelijkheid mag niet herleid worden tot alleen een probleem van inkomen. Maar uiteraard is een gebrek aan financiële middelen om een gezond en gelukkig leven te leiden een ontzettend belangrijke oorzaak voor gezondheids- en welzijnsachterstand. Het is dan ook de verantwoordelijkheid van de samenleving om elke Vlaming van een voldoende hoog gezinsinkomen te voorzien. Ontoereikende minimumuitkeringen en leeflonen en zeker ook de situatie van de ‘werkende armen’ vragen dringend oplossingen.

In het beleidsdomein WVG moeten alle financiële maatregelen die genomen worden (bv. systemen van persoonsvolgende financiering, gezinstoeslagen), de toegang tot zorg en ondersteuning verbeteren en bijdragen aan de bestrijding van armoede. Het toepassen van de armoedetoets biedt daar mogelijkheden voor.

Eveneens in de andere Vlaamse beleidsdomeinen zijn er belangrijke linken naar het verzekeren van een goede levensstandaard en het aanpakken van armoede en sociale uitsluiting. De raad denkt onder andere aan het belang van gelijke onderwijskansen en van kwaliteitsvolle en betaalbare huisvesting. Bijkomende inspanningen zijn nodig naar kwetsbare doelgroepen zoals personen met een handicap, mensen met een migratieachtergrond, nieuwkomers, dak- en thuislozen.

**In elk van de beleidsdomeinen moet ook een beleid gevoerd worden dat discriminatie op vlak van gender, leeftijd, etniciteit, religie en politieke overtuiging ten gronde aanpakt.** Vanuit de grondrechtenbenadering en de internationale mensenrechtenverdragen heeft iedereen immers recht op maatschappelijke participatie en is een inclusieve samenleving het doel.

## 3.7. Terugdringen van de inkomensongelijkheid

Internationaal vergelijkend onderzoek toont aan dat niet zozeer de globale rijkdom van een land bepalend is voor gezondheid en het welzijn van de bevolking, maar wel het verschil in inkomens tussen de burgers. Een meer gelijke verdeling van de welvaart leidt tot een gezondere samenleving. Personen uit elke sociale categorie verkeren er in betere gezondheid. Een meer gelijke samenleving is voor iedereen nuttig (Wilkinson & Pickett, 2009). Om de nieuwe gezondheidsdoelstelling te realiseren en de gezondheid en het welzijn te verbeteren van elke burger, is het dus nodig om er op macro-economisch niveau voor te zorgen dat de inkomensongelijkheid afneemt.

In België is deze inkomensongelijkheid eerder stabiel. Gemeten aan de hand van het aandeel van de hoogste inkomens is de ongelijkheid ook lager in vergelijking met vele andere landen. Toch hinken vooral de laagste inkomens nog achterop in onze welvaartsstaat. Zowel qua inkomens als tewerkstelling bestaat er een kloof met de rest van de samenleving (Decoster e.a., 2017).

Daarom pleit de raad voor een systematische beleidsmatige aanpak van die kloof, en ziet daarvoor hefboomen onder meer in de fiscaliteit, werkgelegenheid en sociale bescherming. De inkomensverschillen nog verder terugdringen zal de sociale ongelijkheid in ons land verminderen en zo mensen meer gelijke kansen bieden om gezond te leven in een gezonde omgeving en met meer gelijke toegang tot de nodige hulp- en dienstverlening.

# Bibliografie

- Annemans, L. (2016). *Je geld of je leven in de gezondheidszorg*. Antwerpen: Van Halewyck.
- Avalosse, H. e.a. (2009), *Een gelijke gezondheid voor iedereen met preventie als grote uitdaging*. Tijdschrift voor welzijnswerk, 2009; 297(33): 29-36.
- Avalosse, H., Vancorenland, S. & Verniest, R. (2015). *De gezondheidsongelijkheid bij CM leden: stilstaan is achteruitgaan*. CM Informatie, 2015, 262: 26-39.
- Bodenheimer T. & Sinsky C. (2014). *From Triple to Quadruple Aim: Care of the patients requires care of the provider*, Ann Fam Med., November/December 2014; 12:573-576.
- Bossuyt, N., Gadeyne, S., Deboosere, P. & Van Oyen, H. (2004). *Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium*, Public Health, 118(1), 3-10.
- Decoster, A., Dedobbeleer, K. & Maes, S. (2017). *Using Fiscal Data to Estimate the Evolution of Top Income Shares in Belgium from 1990 to 2013*. Discussion paper series 17.18, Leuven: KU Leuven.
- De Pauw, A. (2013). *Percepties van huisartsen ten opzichte van patiënten met een lage socio-economische status*, Scriptie voorgedragen in de 2e Master in het kader van de opleiding Master of Medicine in de Geneeskunde, Gent: UGent.
- Decancq, K. & Schokkaert, E. (2013). *Beyond GDP: Measuring social progress in Europe*. Euroforum Position Paper 4, KU Leuven.
- Decenniumdoelen 2017 (2016), Armoedebareometer 2016.
- Denktas, S. & Burdof, A. (2016). *Wordt het geen tijd om de grote gezondheidsverschillen in Nederland op te lossen*. Een essay over de oorzaken en de oplossingen, Rotterdam.
- Derluyn, I. e.a. (2011). *Gezondheidszorg voor migranten en etnisch-culturele minderheden*, TerZake Cahier, november 2011: 58-63.
- Expert Panel on effective ways of investing in health (EXPH) (2016), *Access to health services in the European Union*.
- Federaal Planbureau (2017), *Aanvullende indicatoren naast het bbp*, Brussel.
- FOD Sociale Zekerheid (2016), *Analyse van de evolutie van de sociale situatie en sociale bescherming in België*, Brussel.
- Haggerty, J.L (2013). *The strength of primary care systems. Stronger systems improve population health but require higher levels of spending*, BMJ, 2013; 346.
- Houweling, T. & Mackenbach, J. (2009). *Nieuwe kansen om gezondheidsverschillen terug te dringen*, Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 2009; 153 (19): 896-898.
- Koning Boudewijnstichting (2007), *Belgische initiatieven om de ongelijkheid in gezondheid te verkleinen 1995- 2006*, Brussel.
- Mackenbach, J. e.a. (2008). *Socioeconomic inequalities in health in 22 European Countries*, The New England Journal of Medicine, 2008; 358: 2468-2481.

Marmot, M. (2015). *The health gap. The challenge of an unequal world*, Londen: Bloomsbury Publishing.

Marmot, M. (2010), Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010.

Marx, I. & Passot, L. (2003). *De economische marginalisering van de lagergeschoolden*. In: Cantillon, B., Elchardus, M., Petiau, P., Van Parijs, P., e.a. (eds), *De nieuwe sociale kwesties*, Antwerpen: Garant.

Poppe, A. e.a. (2011). *Beschrijving van de KANS steekproef: representativiteit, demografische en socio-economische kenmerken, gezondheidstoestand en zorggebruik*, Rapport Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Rekenhof (2016). *Vlaams preventief gezondheidsbeleid. Evaluatie van het uitvoeringslandschap*, Brussel.

Rhyne, R., Bogue, R. & Koukoulou, G. (1998). *Community Oriented Primary Care: health care for the 21st century*, Washington DC: American Public Health Association.

RIZIV & Dokters van de Wereld (2014). *Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België*.

Schokkaert, E. & Van de Voorde, C. (2013). *Is het Belgische gezondheidssysteem rechtvaardig? In: Armoede en Sociale uitsluiting. Jaarboek 2013*, Leuven/Voorburg: Acco.

Schulz, A. & Northridge, M.E. (2004). *Social determinants of health and environmental health promotion*. In: *Health Education & Behavior*, 2004; 31(4): 455-471.

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2016), *Effectieve gemeenschapsgerichte zorg in Vlaanderen*, Brussel.

Van den Bosch, K. & Willemé, P. (2014). *De maatschappelijke betekenis van de gezondheidszorg*.

Van Oyen, H., Deboosere, P., Lorant, V. & Charafeddine, R. (eds.) (2011). *Sociale ongelijkheden in gezondheid in België*, Gent: Academia Press.

Verlinde, E. e.a. (2012). *The social gradient in doctor-patient communication*, *International Journal for Equity in Health*, 2012; 11:12.

Verlinde, E., Bonte, E. & Willems, S. (2012). *Socio-economic status of the patient: does it influence the decisions of the GP?* In: Verlinde, E., *Equity in Primary Health Care use among vulnerable populations in Belgium: an exploration*, Thesis submitted in fulfilment of the requirements for the degree of Doctor in Medical Sciences, Ghent University. Vrijens, F. e.a. (2016). *De performantie van het Belgische Gezondheidssysteem – Rapport 2015*.

Walker, E., McGee, R. & Druss, B. (2015). *Mortality in Mental Disorders and Global disease burden implications. A systematic review and meta-analysis*, *JAMA Psychiatry*, 2015; 72(4): 334-341.

Welzijnszorg (2008). *Medisch dossier. Armoede schaadt de gezondheid*.

WHO Commission on social determinants of health (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final report of the

Commission on social determinants of health, Geneva, World Health Organization.

WHO (1999). *Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region*, European Health for All Series No. 6, Geneva, World Health Organization.

Wilkinson, R. & Pickett, K. (2009). *The spirit level. Why greater equality makes societies stronger*, New York, Bloomsbury Press.

Willems, S. & Verlinde, E. (2011). *Sociale ongelijkheid in gezondheid: een maatschappelijk onaanvaardbaar fenomeen*, Terzake Cahier, 2011: 5-12.

Dahlgren G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.





