



WIJZIGING EERSTELIJSDECREET VAN 2019

Advies van de Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Wetstraat 34-36, 1040 Brussel

W www.vlaamseraadwvg.be – T +32 2 209 01 11 – E info@vlaamseraadwvg.be

Adviesvraag	over het voorontwerp van decreet over de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de hervorming van de zorgraden en de verwerking van persoonsgegevens in het kader van het digitale zorg- en ondersteuningsplan, de financiering van eerstelijnszorgaanbieders en voor beleidsdoeleinden	
Adviesvrager	Hilde Crevits - Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	
Ontvangst adviesvraag	15 mei 2023	
Decretale opdracht	adviesfunctie	
Goedkeuring	Intersectorale kamer op 30 juni 2023	
Contactpersoon	Barbara Krekels	bkrekels@serv.be

Inhoud

Advies	4
Situering	4
1. Op weg naar integrale zorg en ondersteuning	5
1.1 De visieontwikkeling binnen de SAR WGG	5
1.2 Wijzigingen aan het eerstelijnsdecreet	5
1.3 Volgende stappen op de weg naar integrale zorg en ondersteuning	6
1.4 Tekort aan professionals in zorg en ondersteuning	9
2. Bedenkingen bij de vernieuwingen in het decreet van 2019	10
2.1 Zorgcoördinatie en casemanagement	10
2.2 Digitaal zorg- en ondersteuningsplan	11
2.3 Slachtkrachtige Zorgraden	14
2.4 Regionale zorgplatformen	17
2.5 Gegevensverwerking en beleidsrapportering	17
Bijlage - Over de terminologie die we hanteren in dit advies	19

Advies

Situering

De Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (hierna: de raad) ontving op 15 mei 2023 een adviesvraag over het voorontwerp van decreet over de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de hervorming van de zorgraden en de verwerking van persoonsgegevens in het kader van het digitale zorg- en ondersteuningsplan, de financiering van eerstelijnszorgaanbieders en voor beleidsdoeleinden. De adviestertermijn werd verlengd tot 30 juni 2023.

Dit decreet werkt ambities van de Vlaamse overheid met betrekking tot doelgerichte, kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg op de eerste lijn verder uit.

1. *Het begrippenkader m.b.t. doelgerichte, geïntegreerde zorg wordt verfijnd.*
2. *Er wordt bepaald dat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en zijn mantelzorger samen werken met het zorg- en ondersteuningsteam aan het zorg- en ondersteuningsplan. Digitale gegevensuitwisseling binnen dit zorg- en ondersteuningsteam wordt mogelijk gemaakt door de gegevensverwerking te regelen.*
3. *Het decreet regelt ook het verwerken van gegevens om het zorgaanbod op de zorgnood te kunnen afstemmen.*
4. *De opdrachten van de zorgraden worden beter gedefinieerd. De eerstelijnszones worden de fundamentele bouwstenen in het zorglandschap. De regierol van de lokale besturen m.b.t. het lokaal sociaal beleid wordt bekrachtigd. De diensten van Opgroeien (kinderen en jongeren als doelgroep) en van het Vlaams Agentschap Personen met een Handicap worden beter betrokken in de zorggraad. Tenslotte worden de regionale zorgplatformen maximaal gealigneerd met de referentieregio's.*
5. *Dit decreet verankert ook de gegevensverwerking van het besluit van de Vlaamse Regering van 9 december 2022 tot ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en de interdisciplinaire samenwerking in de praktijkvoering en tot uitbreiding van de opdrachten van de huisartsenkringen.*

De adviesvraag is binnen de raad behandeld door de intersectorale kamer die het advies bij consensus goedkeurde op 30 juni 2023.

1. Op weg naar integrale zorg en ondersteuning

1.1 De visieontwikkeling binnen de SAR WGG

Op 7 december 2012 bracht de voorganger van de Vlaamse Raad WVG, de SAR WGG een visie-nota uit over [Integrale Zorg en Ondersteuning](#) (IZO). Daarin stelt de SAR WGG dat *Integrale zorg en ondersteuning naar een goede **kwaliteit van leven** voor elke burger streeft 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.*

*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 aanbodsgerichte **naar vraag- of behoeftegerichte zorg en ondersteuning**.*

De SAR WGG werkte hierop verder en presenteerde op 21 december 2015 een [visie op nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst](#). Daarin schetst de raad de veranderende samenleving en de gevolgen daarvan voor het 'zorg- en ondersteuningssysteem'. **Kwaliteit van leven** wordt verder uitgewerkt als 'het streven naar het zo goed mogelijk functioneren van de persoon met zorgbehoefte¹ in de samenleving én het kunnen participeren aan de samenleving'. In deze nota schetst de raad wat daarbij van de 'professional in zorg en ondersteuning' verwacht wordt. De zorg- en ondersteuningsrelatie tussen de persoon met zorgbehoefte (en zijn naaste omgeving) en de professional wordt daarbij in de verf gezet. Dé inzet van de zorg- en ondersteuningsrelatie moet (het streven naar) een zo goed mogelijke kwaliteit van leven van de persoon met zorgbehoefte zijn.

De hervormingsbeweging in de eerste lijn -die van start ging in 2009² - heeft gaandeweg de concepten en visies rond integrale zorg en ondersteuning geïntegreerd. Er is intussen een lange weg afgelegd in deze integratiebeweging. De COVID-crisis was meteen een stevige test voor de nog jonge structuren.

1.2 Wijzigingen aan het eerstelijnsdecreet

Door vandaag het begrippenkader verder aan te passen wordt de verruimde kijk op zorg en ondersteuning nog meer in het eerstelijnsdecreet doorgetrokken. Dat wordt door de raad gewaardeerd. Het is een goede evolutie dat de gebruikte terminologie de inhoudelijke verbreding van de

¹ Over de terminologie die we hanteren in dit advies, zie *Bijlage - Over de terminologie die we hanteren in dit advies*

² Eerste conferentie, Vandeuren

visie op integrale zorg en ondersteuning -die de laatste jaren steeds breder gedragen wordt- ondersteunt.

Voorts brengt voorliggende wijziging van het eerstelijnsdecreet van 2019 een decretale basis voor het digitaal zorg- en ondersteuningsplan (DZOP). Ook de rol van de zorgcoördinator en de case-manager wordt verruimd. De samenstelling van de zorgraden wordt uitgebreid en de opdrachten verduidelijkt. Er zijn nieuwe bepalingen rond de verwerking van gegevens. De appreciatie en bekommernissen van de raad over elk van deze vernieuwingen leest u verder in dit advies (Hoofdstuk 2).

Al deze aanpassingen hebben tot doel om integrale zorg en ondersteuning dichterbij te brengen. Dat wordt ondersteund door de raad. Toch merkt de raad op dat de voorgestelde wijzigingen nu nog vooral inzetten op werken aan meer 'geïntegreerde zorg en ondersteuning' (aanbod-perspectief) eerder dan op werken aan 'integrale zorg en ondersteuning' (vraag- en behoeften-perspectief). Het voorontwerp van decreet is nog steeds sterk gericht op het realiseren van een goede organisatie van zorg en ondersteuning (betere samenwerking), en niet zozeer op de volledige integrale benadering waarbij de persoon met een zorgbehoefte en zijn naaste omgeving aan zet is.

We zetten ontegensprekelijk stappen in de goede richting maar de weg is nog lang. Het is goed dat de instrumenten – zoals het digitaal zorg- en ondersteuningsplan, zorgcoördinatie en case-manager...- worden voorzien. Ze moeten nu in de praktijk worden gebracht en ondersteund zodat alle actoren op het terrein (persoon met zorgbehoefte, mantelzorg, initiatiefnemers en professionals in zorg en ondersteuning) samen kunnen zoeken en evolueren naar wat echt kan werken. De raad roept dan ook op om in overleg met de stakeholders snel werk te maken van de uitvoering van de wijzigingen in het voorontwerp van decreet (o.m. zorgcoördinatie en casemanagement) zodat er een vlotte vertaalslag naar de praktijk kan worden gemaakt.

1.3 Volgende stappen op de weg naar integrale zorg en ondersteuning

1.3.1 De regie van de persoon met zorgbehoefte

Een persoon met zorgbehoefte moet de regie over het eigen leven kunnen behouden en dus ook over de zorg en ondersteuning die hij wenst en/of nodig heeft. Een integrale zorg en ondersteuningsbenadering vertrekt van dit gegeven, weliswaar steeds in dialoog met het zorg- en ondersteuningsteam om deze zorg en ondersteuning zo goed mogelijk te realiseren.

De persoon met zorgbehoefte wordt in dit voorontwerp van decreet wel als centrale figuur beschouwd. Hij bepaalt zijn levensdoelen, kan zelf beslissen of er een zorgcoördinator voor nodig is, kan beslissen wie toegang heeft tot context-informatie in het digitale zorg en ondersteuningsplan en zo meer... Dit zijn allemaal zeer terechte bepalingen, toch zijn er nog heel wat drempels die kunnen verhinderen dat personen met zorgbehoefte die regie steeds kunnen nemen en behouden. Die worden nog niet weggewerkt met de wijzigingen in dit voorontwerp van decreet.

Een groot aantal personen met zorgbehoefte heeft immers onvoldoende gezondheids- en welzijnsvaardigheden³ om die centrale plaats op te nemen. Hetzelfde geldt voor de mantelzorgers. Het moet voorzien worden dat mensen met lage gezondheids- en welzijnsvaardigheden de nodige ondersteuning krijgen. Dit vraagt dat leden van het zorg- en ondersteuningsteam voldoende opgeleid zijn om het gesprek aan te gaan met personen met lagere gezondheids- en welzijnsvaardigheden, zodat beslissingen niet worden 'overgenomen'. Ook op het vlak van de vertegenwoordiging in de zorgraden is veel meer ondersteuning nodig (zie ook 2.3.2). Het voorontwerp van wijkingsdecreet gaat hieraan voorbij.

Ook voor de toenemende digitale kloof worden volgens de raad te weinig oplossingen gezocht. U leest daarover meer in punt 2.2.

1.3.2 Modellen van buurtgerichte zorg en ondersteuning

De raad mist linken naar modellen van buurtgerichte zorg en ondersteuning. Op het aansturen van de Vlaamse Overheid lopen momenteel de projecten Zorgzame Buurten. Ze worden als volgt beschreven: *In een Zorgzame Buurt wonen mensen comfortabel in hun woning of vertrouwde buurt. Het is een buurt waar jong en oud elkaar kennen en helpen. In een zorgzame Buurt staat levenskwaliteit centraal, voorzieningen en diensten zijn er voor iedereen toegankelijk. Iedereen voelt er zich goed en wordt geholpen, ongeacht de ondersteuningsbehoeften*⁴.

Een zorgzame buurt bestaat uit drie luiken:

- Participatie en inclusie, waar aandacht gaat naar de opbouw van sociaal weefsel, solidariteit en zorgzaam samenleven.
- Zorgzame buurten leggen de link tussen de informele zorg (zelfzorg, mantelzorg, burenhulp en vrijwilligers werk) en de formele of professionele zorg. Deze link is noodzakelijk voor de vroegdetectie van kwetsbare mensen, de preventie van gezondheidsongelijkheid, en de ondersteuning van informele zorgverleners.
- Intersectorale samenwerking: In een zorgzame buurt werken welzijns- en zorgpartners samen met partners uit andere sectoren (waaronder huisvesting, ruimtelijke ordening, jeugd en cultuur). Zo ontstaat er een lokaal netwerk dat bestaat uit de buurt, het lokale bestuur en de welzijns- en zorgpartners. Het netwerk is gericht op preventie, gezondheidsbevordering en integrale zorgverlening. Omdat levenskwaliteit centraal staat, worden er stappen gezet naar geïntegreerde zorg.

De raad vindt het vreemd dat in de memorie van toelichting niet naar deze zorgzame buurten of andere community based benaderingen wordt verwezen. Wanneer informele zorg

³ Gezondheidsvaardigheden werden door de WHO in 2014 gedefinieerd als de cognitieve en sociale vaardigheden die men nodig heeft voor het verkrijgen, begrijpen en toepassen van informatie voor het bevorderen of behouden van een goede gezondheid. De raad voegt hieraan welzijnsvaardigheden toe. Om het eigen welzijn te bevorderen en behouden zijn immers ook cognitieve en sociale vaardigheden op vlak van welzijn nodig.

⁴ <https://www.zorgenvoormorgen.be/zorgzamebuurten/wat>

(mantelzorger, vrijwilligers,...) beschikbaar is, kan dit een belangrijke bijdrage leveren aan de realisatie van integrale zorg en ondersteuning. Tegelijk is de druk op de informele zorg nu al zeer hoog. Deze kan niet nog meer toenemen. De raad benadrukt dat het meer inzetten op informele zorg nooit een oplossing kan zijn voor mogelijke tekorten in de professionele zorg en ondersteuning. Sterker nog, er is nood aan een versterking van het professionele aanbod dat ondersteunend optreedt ten aanzien van mantelzorgers: bijvoorbeeld de centra voor kortverblijf, dagverzorgingscentra, oppashulp Al deze systemen dragen ertoe bij dat de druk op mantelzorgers draaglijk blijft. De toegankelijkheid ervan moet voor iedereen verzekerd worden⁵.

1.3.3 Meer inzetten op het immateriële

De raad pleit er sterk voor om **naast de 'materiële' instrumenten** (zoals het DZOP, de zorgcoördinator, de casemanager, de zorgraad...) **ook volop op het 'immateriële' in te zetten**. *Integrale zorg en ondersteuning* en *nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning* komen er maar als ook de geesten op het terrein verder in die richting kunnen rijpen. Om die inzichten en attitudes te verwerven, is nog veel ondersteuning nodig (onder de vorm van opleidingen, intervisie, tijd en ruimte om te experimenteren...). Daarover leest de raad weinig of niets in dit wijzigingsdecreet. De raad vraagt om het 'immateriële' ook mee te nemen in het wijzigingsdecreet.

Op welke manier zal de overheid de visie op integrale zorg en ondersteuning promoten en faciliteren? Hoe zullen de meerwaarde en positieve effecten van het invoeren van de 'nieuwe instrumenten' zichtbaar gemaakt worden? Hoe zullen professionals ondersteund worden om hiermee aan de slag te gaan? Zo is het bijvoorbeeld erg belangrijk dat de uitrol van het digitaal zorg- en ondersteuningsplan niet beperkt blijft tot het louter in plaats brengen van de digitale tool. Er moet ook ingezet worden op opleiding en instructie om hiermee methodisch te kunnen werken in functie van de vooropgestelde doelen. De raad verwijst naar eerdere ervaringen met de uitrol van het instrumentarium Belrai, waar in de piloten hetzelfde pijnpunt werd vastgesteld.

Gezien het belang van Belrai is het ook vreemd dat hier nergens naar verwezen wordt. De Belrai is in verschillende sectoren in het kader van VSB een belangrijk instrument om zorg- en ondersteuningsnoden in kaart te brengen. Daaraan wordt al zeer lang gewerkt. Het is nodig linken naar dit instrument te leggen om dubbel werk te vermijden.

1.3.4 Geïntegreerde zorg en ondersteuning stopt niet bij de eerste lijn

Door -om zeer goede redenen- ook het jeugd- en gezinsbeleid (opgroeien) en personen met een handicap (VAPH) te betrekken in de zorgraden, komt ook het begrip van wat in 2019 als de eerste lijn werd gezien op de helling te staan. Voor de raad is dat terecht. De actoren die in het jeugd- en gezinsveld werken, of in het veld van de personen met een handicap, die nu betrokken worden in de zorgraden, werken immers ook vaak 'op de eerste lijn'. Daarnaast maken ook innoverende zorg- en ondersteuningsmodellen en vernieuwende financieringsmodellen het onderscheid

⁵ SAR WGG (31 oktober 2016) [Advies over het Ontwerp Vlaams mantelzorgplan 2016-2020 "Nabije zorg in een warm Vlaanderen"](#)

tussen de verschillende lijnen steeds diffuser. Integrale zorg en ondersteuning voor een persoon met zorgbehoefte is wars van grenzen tussen sectoren en tussen lijnen.

Er zijn momenteel -naast de hervorming van de eerste lijn- heel wat integratiebewegingen aan de gang: het geïntegreerd jeugd- en gezinsbeleid, 1G1P, GBO, het Interfederaal Plan Geïntegreerde zorg... . Het veld is volop in beweging. Al deze bewegingen hebben uiteindelijk integrale zorg en ondersteuning voor ogen. Voor de raad is het duidelijk te vroeg om vandaag één van deze bewegingen naar voor te schuiven als hét model waarin het ganse werkveld binnen het beleidsdomein WVG wordt gedwongen. Op één of andere manier zal alles samen moeten komen.

Het voorontwerp van decreet tot wijziging van het eerstelijnsdecreet van 2019 roept daarom vandaag toch heel wat vragen op:

- Zo stelt zich de vraag hoe dit decreet zich verhoudt tot het verwachte voorontwerp van decreet over de organisatie van een geïntegreerd jeugd- en gezinsbeleid (vroeg& nabij), met bijvoorbeeld de trajectondersteuner ten opzichte van de zorgcoördinator en casemanager; de voorziene netwerken ten opzichte van de zorgraad en het regionaal zorgplatform.... En breder, hoe verhoudt dit voorontwerp van decreet zich ten opzichte van de visie en regelgeving in VAPH en Opgroeien in het algemeen?
- Actoren die traditioneel meer op de zogenaamde tweede of derde lijn worden gesitueerd moeten ook deel uitmaken van een integratiebeweging die streeft naar een integrale zorg en ondersteuning. Het is dus logisch dat bijvoorbeeld de invoering van het DZOP vragen oproept hoe er met de meer specialistische zorg en ondersteuning zal worden gecommuniceerd. Het is in dat licht ook vreemd dat in dit voorontwerp van decreet de ziekenhuizen nergens als partner worden opgenomen. Dit staat haaks op alle internationale, nationale en Vlaamse ontwikkelingen (en evidence). Om niet voorbij te gaan aan de realiteit zal de integratiebeweging in de toekomst dus nog veel verder moeten gaan.
- Daarnaast zijn er vragen naar afstemming tussen de bevoegdheden op Vlaams en Federaal niveau. Om de doelstellingen van de Vlaamse overheid te realiseren is een samenwerking met de Federale actoren noodzakelijk. Er is een brug nodig naar de federale ziekteverzekering en gezondheidszorg. De raad vraagt hoe Vlaamse Regering ervoor zal zorgen dat er geen twee verschillende wegen bewandeld worden.

1.4 Tekort aan professionals in zorg en ondersteuning

Ook over de problematiek van het tekort aan professionals in zorg en ondersteuning wordt in de memorie van toelichting niet gesproken. Het is echter zeer moeilijk om mooie modellen van samenwerking en integratie hier los van te zien. Een tekort aan mensen op het terrein los je niet alleen op met meer en beter samenwerken.

2. Bedenkingen bij de vernieuwingen in het decreet van 2019

2.1 Zorgcoördinatie en casemanagement

De beide concepten moeten nog verder uitgewerkt worden. Er zijn daarbij nog heel wat verduidelijkingen nodig zoals onder andere:

- De zorgcoördinator en de casemanager moeten duidelijker gepositioneerd worden ten opzichte van elkaar, maar ook ten opzichte van de trajectbegeleider die nu in de organisatie van het geïntegreerd jeugd- en gezinsbeleid naar voor geschoven wordt.
- Het is niet duidelijk of en welk mandaat aan deze 2 functies zal worden gegeven. De raad ziet deze functies vooral als faciliterend ten aanzien van het zorg- en ondersteuningsproces van een persoon met zorgbehoefte.
- Er moet worden bepaald wie de opdracht van casemanager kan opnemen.
- Er moet worden verduidelijkt wanneer en door wie kan worden vastgesteld dat 'het bestaande zorg- en ondersteuningsteam er niet in slaagt om de zorg- en ondersteuningsdoelen te bereiken' (§3 2°) en wanneer het nodig is om via casemanagement tot een zorg- en ondersteuningsproces te komen?

De invulling van de concepten zal in de uitvoeringsbesluiten worden vastgelegd. Voor de raad zullen dit strategisch belangrijke besluiten zijn. De raad wenst daarom bij de voorbereiding van de uitvoeringsbesluiten betrokken te worden.

De raad benadrukt ook dat de implementatie van deze functies een duidelijk financieringskader vereist. Daarnaast wijst de raad erop dat het multidisciplinair overleg (MDO) -dat ook de zorgcoördinator en de casemanager kunnen inzetten als methodiek- verder ondersteund moet worden, met inbegrip van de financiering van de deelnemers aan het MDO.

De definities voor zorgcoördinatie en casemanagement lijken in lijn te liggen met de definities die in het kader van het interfederaal plan geïntegreerde zorg worden besproken. Dat is een goede zaak maar de coherentie tussen dit decreet en het interfederaal plan moet verder bewaakt worden.

2.1.1 Zorgcoördinatie (voorontwerp van decreet artikel 14)

Het is goed dat de situaties verruimd worden waarin op een zorgcoördinator beroep kan gedaan worden, zijnde scharniermomenten.

Bij 'scharniermomenten' gaat het om *situaties waarbij de context van de zorg, de frequentie waarmee de zorg wordt toegediend, of de complexiteit wijzigt.*

- Het is voor de raad niet volledig duidelijk wat daaronder valt. De memorie van toelichting verwijst naar de wisseling van thuissituatie naar residentiële settings. De voorbeelden komen uit de woonzorg, maar betekent het dat het ook kan gaan over een overgang naar wonen bij een vergunde zorgaanbieder in de sector personen met een handicap of naar een verblijf in een multifunctioneel centrum?
- De raad stelt voor om ook in deze definitie van 'zorg en ondersteuning' te spreken en niet alleen van 'zorg'.

2.1.2 Casemanagement (voorontwerp van decreet artikel 15)

- De raad merkt op dat de ruime omschrijving van wanneer casemanagement kan worden opgenomen, §3 1° en 2°, ook alle personen dekt die momenteel op een wachtlijst van VAPH en jeugdhulp staan. Er zal dus een grote nood zijn aan deze functie.
- Bij artikel 7 §3 2° van het decreet 2019 wordt best ook opgenomen dat casemanagement kan opgenomen worden, in het geval de zorgcoördinator niet in staat is of zelf aangeeft dat hij niet in staat is om het zorgproces te verbeteren.

2.2 Digitaal zorg- en ondersteuningsplan

Met het digitaal zorg- en ondersteuningsplan (DZOP) zal een langverwachte en noodzakelijke voorwaarde om tot 'geïntegreerde' zorg en ondersteuning' te komen worden gerealiseerd, namelijk het uitwisselen van gegevens tussen alle leden van een zorg- en ondersteuningsteam via één platform.

De raad vindt het goed dat het DZOP een decretale basis krijgt maar meent dat de uitwerking van het DZOP in het voorontwerp van decreet zeer ver gaat en detaillistisch is. Dit zou voor een deel in uitvoeringsbesluiten kunnen worden opgenomen, na pilootprojecten en evaluaties. De raad leest dat er ook zal worden gemonitord tot op het niveau van het gebruik van de DZOP (bijv. hoe vaak er wordt ingelogd, aantal levensdoelen, gemiddeld aantal berichten in de communicatiemodule, enz.). De raad begrijpt de doeleinden daarvan maar meent dat deze monitoring ook een verregaande controle van de persoon met zorgbehoefte in zich bevat.

2.2.1 Modules in het DZOP

Levensdoelen

De opbouw van het DZOP zet de persoon met zorgbehoefte centraal. Het is goed dat het DZOP uitdrukkelijk vertrekt vanuit de levensdoelen van de persoon met zorgbehoefte.

- De raad vraagt hoe dit zich zal vertalen in het aanbod van initiatiefnemers in zorg en ondersteuning? Zal financiering gemoduleerd worden in functie van levensdoelen?
- De raad merkt op dat er ook budgetten nodig zullen zijn om instrumenten ter beschikking te kunnen stellen die levensdoelen helpen expliciteren.

- In Artikel 10, 6° wordt het zorg- en ondersteuningsplan gedefinieerd: *een al dan niet digitaal werkinstrument waarin, na vraagverheldering of indicatiestelling, op aangeven van en in samenspraak met de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de zorg- en ondersteuningsdoelen en de werkafspraken over de geplande zorg en ondersteuning voor die persoon zijn opgenomen en waarmee het zorg- en ondersteuningsteam met elkaar samenwerkt en communiceert.* De raad vraagt om in deze definitie ook de levensdoelen op te nemen.

Communicatie

De raad vindt het goed dat het DZOP ook als een communicatiekanaal tussen de leden van een zorg- en ondersteuningsteam zal gebruikt kunnen worden (communicatiemodule).

Context

In de memorie van toelichting wordt aangegeven dat er heel wat contextuele data van de persoon met zorgbehoefte opgenomen moeten worden in de contextmodule. De raad leest daar een verwijzing naar het medicatieschema, allergieën, alcoholgebruik, persoonlijke data, en zo meer.

- De raad is hier bezorgd om een toename van de administratieve belasting. Al deze data zijn elders al beschikbaar. Hoe vermijden we dubbel werk? En wie is verantwoordelijk om dit allemaal in te vullen? De raad verwacht dat het 'only once'-principe wordt toegepast (zie daarvoor ook 2.2.4).

De raad leest in de memorie van toelichting (p. 18) dat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood zelf kan bepalen welke leden binnen het zorg- en ondersteuningsteam de volledige of een deel van de context kunnen zien of raadplegen. In het voorontwerp van decreet staat in artikel 28 (nieuw artikel 23/5) echter dat de persoon met zorgbehoefte enkel voor de 'overige leden van het zorg- en ondersteuningsteam' moet instemmen om de contextgegevens te delen. De andere leden, met name de zorgaanbieder en de mantelzorger, hebben automatisch toegang.

- Voor de raad moet de persoon met zorgbehoefte zelf kunnen bepalen wie toegang heeft tot zijn contextgegevens en wie niet en dat voor alle gebruikers van het DZOP. De raad vraagt om het decreet hier in overeenstemming te brengen met de memorie van toelichting.
- De raad weet dat het soms belangrijk kan zijn voor het goede verloop van het zorg- en ondersteuningstraject om bepaalde contextgegevens te delen. Een persoon met zorgbehoefte moet steeds goed worden ingelicht over de gevolgen die het afschermen van de contextgegevens kan hebben voor de zorg en ondersteuning die hij nodig heeft.

2.2.2 De digitale kloof overbruggen

Het gegeven dat het plan digitaal is, heeft ontegensprekelijke voordelen. De digitalisering is nodig om een sprong te maken naar een performante geïntegreerde zorg en ondersteuning. Dat onderschrijft de raad volmondig.

Toch blijft de toenemende digitale kloof een belangrijke bezorgdheid. Er wordt in de memorie van toelichting wel aangegeven dat men zich daarvan bewust is maar de aanzetten tot oplossing van het probleem vindt de raad eerder pover. Behalve het voorzien van de mogelijkheid om het plan af te drukken, leest de raad geen enkel voornemen tot ondersteuning voor personen met zorgbehoefte en hun mantelzorgers die niet over de nodige digitale vaardigheden en/of digitale infrastructuur beschikken.

Het is goed dat het plan afgedrukt kan worden want in de praktijk blijft er voor sommigen een aversie bestaan tegen plannen die enkel digitaal te raadplegen zijn. Een 'vertaling' naar een leesbaar plan met duidelijke afspraken over wie wat doet zal bij veel personen met zorgbehoefte nodig zijn. Toch vindt de raad deze maatregel op zichzelf onvoldoende.

De raad meent dat het, zowel bij de opbouw als bij de implementatie van het DZOP, de verantwoordelijkheid van alle betrokken actoren is om de persoon met zorgbehoefte zo veel mogelijk te betrekken, in het bijzonder kwetsbare burgers. Er moet goede ondersteuning voor handen zijn om, als dit nodig blijkt, de persoon met zorgbehoefte en/of zijn mantelzorger te versterken (empoweren) om het plan te begrijpen en te gebruiken. De raad vraagt om meer in te zetten op het overbruggen van de digitale kloof en die voornemens ook mee op te nemen in dit voorontwerp van decreet.

2.2.3 Middelen

De raad vindt het positief dat het DZOP momenteel met middelen van de Vlaamse Veerkracht tot stand kan komen, maar is bezorgd over het financiële plaatje op langere termijn.

De raad vraagt om een duidelijk financieringsplan naar voor te schuiven dat kan garanderen dat de financiële stroom niet droogvalt na het ontwikkelen van de tool. De doorontwikkeling en exploitatie (run-modus) van de tool zal ook middelen vragen. Ook voor aanpassingen aan software van bestaande applicaties moeten middelen ingezet worden zodat het DZOP kan interageren met deze applicaties.

2.2.4 Stroomlijning met andere plannen (only-once principe)

Het is immers nodig dat het DZOP geen standalone applicatie blijft maar in de toekomst zal kunnen communiceren met de applicaties van alle eerstelijnsactoren. Er moet tegelijk voor gezorgd worden dat de inhoud van het DZOP kan worden geconsulteerd op de 2^{de} en 3^{de} lijn wanneer er voor een persoon met zorgbehoefte meer specialistische zorg nodig is. Het is voor de raad ook nog onduidelijk of begeleidings- en handelingsplannen in de sectoren personen met een handicap of in de jeugdhulp mee in het DZOP zullen geïntegreerd worden. Binnen de jeugdhulp wordt immers ook Parkour ontwikkeld als online platform waar jongeren in contact kunnen komen met hulpverlening.

Om al die redenen is het voor de raad essentieel dat er een stroomlijning komt van de instrumenten en plannen die vandaag gehanteerd worden. Het moet duidelijk gemaakt worden hoe deze zich tot het DZOP zullen verhouden.

Het lijkt de raad niet wenselijk om op termijn naar een volledige integratie van al deze instrumenten te streven, maar het is wél belangrijk om de instrumenten compatibel te maken zodat ze eenvoudig kunnen communiceren met elkaar. Men moet alles in het werk stellen om dubbele registraties te vermijden. **Het only-once principe toepassen is een absolute voorwaarde** om de implementatie van het DZOP te doen slagen.

De raad roept op om verder in te zetten op grondige analyses van de digitalisering van het zorg- en ondersteuningslandschap zodat de doelstellingen die we met digitalisering beogen, ook effectief bereikt worden.

2.3 Slachtkrachtige Zorgraden

2.3.1 Opdrachten

De opdrachten die de zorgraden krijgen volgens het decreet zoals het werken vanuit populatiemanagement, het afstemmen van beleidsplannen met het lokaal sociaal beleid en de beleidsdoelstellingen van het beleidsdomein welzijn, volksgezondheid en gezin, zullen hen op een kruispunt zetten van regelgeving en beleid op verschillende niveaus. Zorgraden kunnen zo een belangrijke rol vervullen in de afstemming tussen deze beleidsniveaus. De raad meent dat wanneer die rol op een goede manier kan worden ingevuld, het effectief zal bijdragen aan betere zorg en ondersteuning met meer levenskwaliteit voor de burger tot gevolg.

De verwachtingen zijn hooggespannen. De zorgraden worden verwacht zich te aligneren én op de beleidsdoelen van Vlaanderen, én op de sociale beleidsplannen van de gemeenten die vallen binnen hun eerstelijnszone én op de input van alle actoren die vertegenwoordigd worden/zijn in de raad.

- Daarbij komt dat het Protocolakkoord van 2 december 2020, gesloten tussen de Federale regering en alle Deelstaten, voor de versterking van het psychisch zorgaanbod, expliciet vermeldt dat voor de Vlaamse Gemeenschap, de zorgraden een rol krijgen én te vervullen hebben bij de toepassing van dit akkoord. Wetende dat het federale niveau ook gezondheidsdoelstellingen zal formuleren, zou er bij de opdrachten van de zorgraden dus best ook 'het mee vorm geven van federale beleidsdoelstellingen' worden vermeld.
- De raad is - omwille van deze vele verwachtingen tot afstemmen - toch bezorgd dat zorgraden niet meer voldoende eigen beleid met eigen accenten zullen kunnen voeren en vraagt erover te waken dat er een evenwicht blijft tussen Vlaamse en lokale doelstellingen.

De opdrachten van de zorgraden lijken zeer ver te gaan. Als de zorgraden voor hun eerstelijnszone effectief moeten onderzoeken of er voldoende aanbod is en vraag en aanbod op elkaar moeten afstemmen, wordt dit dan ook het forum dat in de toekomst zal beslissen over het uitbreidingsbeleid?

- Dit kan voor de raad niet de bedoeling zijn. Het is goed dat lokale besturen hun sociaal beleid meer zullen kunnen afstemmen op de noden, op basis van de gegevens van een

zorgraad, maar uitbreidingsbeleid, erkenningen en programmatie, gebaseerd op populatiemanagement, horen voor de raad absoluut op het Vlaamse beleidsniveau thuis.

De raad vraagt hoever de ambitie in populatiemanagement op het niveau van de zorgraden gaat.

- Het is goed om ook binnen het werkingsgebied van de eerstelijnszone een public health benadering te hanteren, maar wat gaat men met supra-regionale noden doen? Dit wordt in het decreet niet opgenomen. De raad vermeldt nog dat de IMA-atlas in het kader van een performant “populatiemanagement” een nuttig instrument is⁶.

Bij artikel 16va, het wijzigingsdecreet: de opdrachten van de zorgraden, 2° een lokaal sociaal beleid ondersteunen wordt in de memorie van toelichting op pagina 25 gesteld dat *“de zorgraden hun inhoudelijke werking en meerjarenplan laten aansluiten op de meerjarenplanning van de lokale besturen in het kader van het lokaal sociaal beleid, en die een gezamenlijk initiatief kunnen nemen om een bovenlokaal sociaal beleid te ontwikkelen.”*

- De raad is bezorgd dat het belemmerend kan werken voor de eerstelijnszones wanneer eerst het lokaal sociaal beleid van de lokale besturen moet uitgetekend zijn alvorens de zorgraden tot een sociaal beleid voor de ELZ kunnen komen. Om in een legislatuur geen kostbare tijd verloren te laten gaan, moet de uitwerking van de plannen parallel kunnen gebeuren.

2.3.2 Versterken van de persoon met zorgbehoefte in de zorgraad

De raad betreurt dat er bij het slagkrachtiger maken van de zorgraden niets gezegd wordt over de versterking van de rol van de persoon met zorgbehoefte. Er is geen aandacht voor de knelpunten die hierrond bestaan.

Vertegenwoordigers van personen met zorg- en ondersteuningsbehoefte en hun mantelzorgers moeten ook over de nodige vaardigheden kunnen beschikken om hun rol voluit te kunnen spelen in de zorgraden. De raad meent dat er nog steeds te weinig garanties zijn dat de persoon met zorgbehoefte en zijn mantelzorger hierin werkelijk ondersteund worden. Momenteel gaat het nog vaak om schijnparticipatie omdat er in de meeste zorgraden nauwelijks ondersteuning mogelijk is. Het betrekken van de vertegenwoordiging van personen met zorgbehoefte én mantelzorger is een opdracht voor heel de zorgraad.

De raad roept de overheid op om proactief werk te maken van een sterke vertegenwoordiging van de persoon met zorgbehoefte en de mantelzorger vanuit een inclusieve benadering. Het kan niet worden ontkend dat het opzet van de zorgraad een zeer aanbodgericht gegeven blijft. Het is tekenend dat van de 5 voorziene werven rond de zorgraad enkel de werf rond de persoon met zorgbehoefte en de mantelzorger nog niet is opgestart. De raad roept op om hiervan werk te maken.

⁶ IMA Atlas (www.ima-aim.be)

2.3.3 Samenstelling en governance

De raad vraagt dat naar een evenwichtige samenstelling van de zorgraad wordt gestreefd. Gelijikwaardigheid van partners in de zorgraad is van belang. Dit moet des te meer bewaakt worden wanneer er nieuwe partners worden toegevoegd.

De samenstelling moet gebeuren in functie van de doelstellingen en de opdrachten van de zorgraad. Wie moet er dan prioritair aan tafel zitten om de zorg en ondersteuning in een eerstelijnszone te organiseren? In die zin vindt de raad het logisch dat nu een uitbreiding naar de sectoren VAPH en Opgroeien wordt voorzien. Er moet nog wel verduidelijk wordt om wie het precies gaat. In de memorie van toelichting lezen we bij artikel 17 dat het in de eerste plaats gaat om voorzieningen 'met een lokaal bereik en werking'. Gaat het over alle initiatiefnemers die in de eerstelijnszone werken? Naast de huidige en toekomstige partners van de zorgraden spelen nog andere partners, onder andere de preventieve sector en de actoren in de 2^{de} en 3^{de} lijn een niet onbelangrijke rol in de geïntegreerde zorg en ondersteuning. De betrokkenheid van alle actoren moet gegarandeerd zijn. Dit kan op verschillende manieren georganiseerd worden.

De raad spreekt zich vandaag niet uit over wie verder nog aan tafel moet zitten, maar meent dat dit – in overleg met alle stakeholders - nog grondig moet bekeken worden in het licht van de doelstellingen van een slagkrachtige zorgraad.

De memorie van toelichting stelt dat ook de regierol van de lokale besturen rond het lokaal sociaal beleid wordt bekrachtigd. De kracht van de zorgraad uit zich momenteel in de bottom up werking rond de persoon met zorgbehoefte. Er moet blijvend gestreefd worden naar een goede 'power balance' in de zorgraden, ook met de lokale besturen, zodat deze bottom-up werking kan bewaard worden.

Uiteraard is het goed dat de zorgraden het lokaal sociaal beleid ondersteunen, maar de raad pleit voor een evenwichtige visie op de verhouding tussen de zorgraad en het lokale bestuur. De lokale besturen moeten gestimuleerd worden om, met behulp van de data en analyses van de zorgraden, hun lokaal sociaal beleid ook vormgeven in functie van de vastgestelde noden in de eerstelijnszone en in afstemming met de zorgraden. De lokale besturen hebben er immers zelf ook belang bij om de lokale sociale beleidsplanning af te stemmen in de zorgraad en elkaar zo te versterken om gezamenlijke doelen te realiseren. Komen tot een behoeftegericht en gebiedsdekkend aanbod betekent voor de raad ook dat het lokale bestuur zelf een aanbod kan voorzien als de zorg en ondersteuning georganiseerd door andere initiatiefnemers niet volstaat. De raad verwacht daarom dat hierop niet enkel vanuit het beleidsdomein WVG ingezet wordt maar dat dit in samenwerking verloopt met het beleidsdomein Binnenlands Bestuur.

Er moet sprake zijn van een participatief regiemodel dat volgens de principes van corporate governance vorm krijgt en garanties biedt om rolconflicten uit te sluiten (met een klachten- en beroepsprocedure). De gelijkwaardigheid, het scheiden van de rollen en de transparante objectiviteit moeten door de verschillende partners toegepast worden

2.4 Regionale zorgplatformen

De regionale zorgplatformen worden maximaal gealigneerd met de referentieregio's (artikel 20). De raad vraagt zich af wat dat precies zal betekenen voor de eerstelijnszones.

- Eerstelijnszones moeten groot genoeg zijn om zorg- en ondersteuningsbehoeften op elkaar af te stemmen, maar toch dicht bij de burger staan. De raad vraagt daarom om de schaalgrootte en dus de grenzen van de bestaande eerstelijnszones zoveel mogelijk te behouden.
- De raad vraagt ook hoe het wijkgericht en/of doelgroepspecifiek werken in de eerstelijnszones zich zal verhouden tot de opdrachten van de regionale zorgplatformen/referentiezones.

Er zal heel wat afstemming en verduidelijking nodig zijn met andere platformen op bovenlokaal/regionaal niveau. Zo zijn er bijvoorbeeld spanningsvelden met de huidige werking van het Intersectoraal Regionaal Overleg Jeugdhulp (IROJ), met 1Gezin1Plan, met de logo's.... In het algemeen is het voor de raad onduidelijk hoe de link zal gelegd worden tussen dit voorontwerp van decreet en het verwachte voorontwerp van decreet geïntegreerd jeugd- en gezinsbeleid (vroeg&nabij) voor wat betreft de netwerken.

Daarnaast staat in het eerstelijnsdecreet van 26 april 2019 ook dat de geestelijke gezondheidsnetwerken lid zijn van het regionale zorgplatform, waartoe (een deel van hun) werkingsgebied valt (artikel 17). Het is voor de raad zeer onduidelijk of zij nu wel of niet moeten samenvallen met de referentieregio's. De raad vindt dit niet wenselijk omdat de werkingsgebieden van geestelijke gezondheidsnetwerken reeds lang gevormd zijn. Dit aanpassen in functie van nieuwe principes zal de werking niet ten goede komen. De raad is van mening dat structuren de doelstellingen moeten volgen en niet omgekeerd.

2.5 Gegevensverwerking en beleidsrapportering

Tenslotte maakt de raad nog enkele opmerkingen met betrekking tot gegevensverwerking en beleidsrapportering.

In de memorie van toelichting leest de raad op p. 34: Contacteren van de eerstelijnszorgaanbieders om hen een bevraging te laten invullen.

Zoals hierboven gesteld, wordt het aanbod van de eerstelijnszorg vastgesteld aan de hand van een bevraging van de eerstelijnszorgaanbieders. Hiervoor worden vragenlijsten naar de eerstelijnszorgaanbieders gestuurd. Om deze vragenlijsten te kunnen bezorgen aan de eerstelijnszorgaanbieders in het Nederlandse taalgebied moeten echter hun naam en voornaam en hun contactgegevens en deze van hun praktijk worden verwerkt. Deze gegevens zullen niet worden gebruikt voor het nemen van beleidsmaatregelen, daarom worden ze hier onder een apart doeleinde ondergebracht.

- De raad stelt voor om voor het verzamelen van gegevens, meer samen te werken met de FOD Volksgezondheid en hun data⁷.

In artikel 31 leest de raad dat het Departement Zorg en elke gebruiker die persoonsgegevens ontvangt, conform artikel 23/4, hun onderlinge afspraken met betrekking tot de gegevensuitwisseling schriftelijk vastleggen.

In de memorie van toelichting wordt dit verder verduidelijkt als: *In geval van gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijke, zal het Departement Zorg daartoe een overeenkomst als vermeld in artikel 26 van de algemene verordening gegevensbescherming dienen te sluiten met elke ontvanger van de persoonsgegevens, waarin op transparante wijze hun respectievelijke verantwoordelijkheden voor de nakoming van de verplichtingen uit hoofde van de algemene verordening gegevensbescherming schriftelijk worden bepaald, met name met betrekking tot de uitoefening van de rechten van de betrokkenen en hun respectievelijke transparantieplichtingen.*

- De raad meent dat dit een administratief erg omslachtig en een weinig flexibele methode is. Er is vermeld dat de AVG dit vereist, maar dit is niet in overeenstemming met de werkwijze voor andere instrumenten zoals bv. medicatieschema. De raad vraagt zich af of het mogelijk is deze bepalingen in artikel 31 in overeenstemming te brengen met deze andere werkwijzen.

In de memorie van toelichting (p. 36) wordt gesteld dat de verwerking van gegevens dient om aan beleidsrapportering te doen, voor het beheer van het DZOP, en dat men middels het DZOP de kwaliteit van zorg en ondersteuning en van het DZOP zelf wil bevorderen en verbeteren.

De raad meent dat de beleidsrapportering die wordt voorzien erg verregaand en detaillistisch is en vraagt om moet duidelijker aan te geven wat men juist wil meten en evalueren.

In de memorie van toelichting leest de raad op pagina 31:

Het in kaart brengen van het aanbod en de nood aan eerstelijnszorg zal gefaseerd gebeuren, waarin in de eerste plaats wordt gefocust op de huisartsgeneeskunde en waarbij dit later kan worden uitgebreid naar andere eerstelijnszorgaanbieders. Het in kaart brengen zal gebeuren aan de hand van een bevraging van de betrokken eerstelijnszorgaanbieders. Voor het in kaart brengen van het aanbod huisartsgeneeskunde zal de huisartsenkring een lijst aanleveren en valideren waarop de actieve huisartsen in hun huisartsenzone staan opgelijst.

- De raad merkt op dat er een aantal van die gegevens reeds beschikbaar zijn via IMA.

⁷ <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorgberoepen/statistieken-en-planning/gezondheidszorgberoepsbeoefenaars-geregistreerden>

Bijlage - Over de terminologie die we hanteren in dit advies

De voorganger van de Vlaamse Raad WVG, de SAR WGG zette in zijn 11-jarig bestaan (2008-2019) sterk in op visieontwikkeling over integrale zorg en ondersteuning. Het werken aan een gemeenschappelijke terminologie die over alle sectoren heen binnen WVG kon gehanteerd worden, was daarvan een belangrijk onderdeel. Elke sector heeft immers een eigen jargon ontwikkeld dat gericht is op de doelstellingen die zij nastreeft. Om babylonische spraakverwarring te vermijden, is het voor integrale zorg en ondersteuning belangrijk om ook het taalgebruik op elkaar af te stemmen. De termen waarvoor de SARWGG opteerde zijn gedefinieerd en beschreven in enkele visienota's zoals Integrale Zorg en Ondersteuning in Vlaanderen (7 december 2012) en Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst – Een ondersteunend kader (17 december 2015)

U vindt de belangrijkste visienota's van de SARWGG gebundeld terug in [9 jaar beleidsadvisering over welzijn, gezondheid en gezin. Het referentiekader van de SAR WGG: uitgangspunten voor de toekomst.](#)

De Vlaamse Raad WVG kiest ervoor om vanuit een intersectoraal perspectief deze sectoroverstijgende terminologie verder te hanteren. We omschrijven hierna de belangrijkste termen die we gebruiken. De motivering voor deze keuzes vindt u terug in de visienota's van de SAR WGG.

Zorg en ondersteuning	Zorg en ondersteuning staat voor alle vormen van (gezondheids)zorgverlening én hulp- en dienstverlening in de sectoren die onder het beleidsdomein welzijn, (volks)gezondheid en gezin vallen. We kiezen ervoor om de begrippen 'zorg en ondersteuning' te gebruiken en met elkaar te verbinden als een geheel. • Zie <u>Visienota Integrale Zorg en Ondersteuning</u> (pp. 5-6) 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 '<u>persoon</u> (kind, jongere, volwassene, oudere) <u>met een zorg-en/of ondersteuningsbehoefte én zijn naaste omgeving</u>'. 'En zijn naaste omgeving' verwijst naar de verbinding van de persoon met zorgbehoefte met de omgeving waarin hij leeft, we denken dan in het bijzonder aan de mantelzorger of het gezin. • Zie <u>Visienota Nieuw Professionalisme</u> (p. 14) 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). De 'professional in zorg en ondersteuning' kan zowel in dienstverband werken (als medewerker, als leidinggevende,...) als in een zelfstandig statuut werken.
Professionals	Wanneer we – omwille van de leesbaarheid van de tekst – spreken van 'professionals' bedoelen we alle 'professionals in zorg en ondersteuning'.
Initiatiefnemers in zorg en ondersteuning	Met initiatiefnemers in zorg en ondersteuning bedoelen we alle verschillende actoren die op het terrein een aanbod ontwikkelen voor het bieden van zorg en ondersteuning. Het gaat zowel om sociale ondernemers, om ondernemers uit de for profit sector, organisaties van vrijwilligers en mantelzorgers, als om de publieke voorzieningen. Het kan gaan om voorzieningen of organisaties, maar ook om individuele verstrekkers van zorg en ondersteuning (zelfstandige professionals).
Initiatiefnemers	Wanneer we – omwille van de leesbaarheid van de tekst – spreken van 'initiatiefnemers' bedoelen we alle 'initiatiefnemers in zorg en ondersteuning'.
Stakeholders	Stakeholders zijn de belanghebbende personen of organisaties die invloed ondervinden of zelf invloed kunnen uitoefenen op de realisatie van integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen. Afhankelijk van de context (macro, meso, micro) kan het dus gaan over de overheid, het middenveld, de wetenschap, de initiatiefnemers in zorg en ondersteuning, de professionals, de personen met zorgbehoefte, mantelzorgers, vrijwilligers en de burgers.