

De organisatie van het welzijns-, zorg- en gezondheidsbeleid met focus op de eerstelijns

Filip De Rynck en Lieven Janssens - november 2024

Inhoudsopgave

1. Leeswijzer	2
a. Hoe kwam deze tekst tot stand?	2
b. Focus van deze tekst?	2
c. Uit het profiel van lokale besturen 2030-2040	3
2. Analyse van de maatschappelijke opgave	4
a. De maatschappelijke opgave	4
b. Trends en evoluties in het veld	4
c. Even achteruitkijken	5
3. Bouwstenen voor de bestuurlijke opgave	7
a. Zorgorganisaties en vrije beroepen in spontane en formele zorgnetwerken	7
b. De eerstelijnszones en de zorgraden	8
Eerstelijnszorg en de eerstelijnszones (ELZ's)	8
Koppeling met welzijnszorg	9
De kinderziektes	10
c. Ziekenhuizen en ziekenhuisnetwerken	11
Kritische analyse van de ziekenhuisnetwerken	12
Ziekenhuizen en zorgnetwerken op de eerstelijns	13
d. De federale en Vlaamse netwerken voor geestelijke gezondheidszorg	14
e. De regionale zorgzones	17
4. Focus op de lokale besturen en de interbestuurlijke verhoudingen	20
a. Wat betekent dit voor het lokaal bestuur?	20
b. Wat betekent dit voor de Vlaamse overheid?	23
c. Wat betekent dit voor de federaal-Vlaamse verhoudingen?	25
➤ Een hardnekkig systeem	25
➤ Samenwerking met non-profitorganisaties: de nood aan netwerking	25
➤ Een meerlagige realiteit	26
➤ Moeten we bevoegdheden op hetzelfde niveau brengen om de eerstelijnszorg te versterken?	27
5. Besluit	28
6. Bronnen	29

1. Leeswijzer

a. HOE KWAM DEZE TEKST TOT STAND?

Voor de “Toekomstvisie voor lokaal en binnenlands bestuur” selecteren we 11 actuele maatschappelijke opgaven om de ideeën over een bestuurlijke architectuur te inspireren en door te denken. De studie van recente **academische onderzoeksrapporten** en gesprekken voeden dit hoofdstuk. We nodigden verschillende academici en experts uit voor een inhoudelijk **seminarie over eerstelijnszorg en pandemie** (17 november 2022). Voor dit thema sloten Dirk Dewolf (toenmalig administrateur-generaal Agentschap Zorg en Gezondheid) en Geert Molenberghs (UHasselt en KU Leuven) aan.

Voor dit hoofdstuk maken we ook gebruik van een **gesprekken** over het thema:

- Gesprek met prof. Emily Verté (VUB, voorzitter Academie Voor De Eerste Lijn) - 15 maart 2023)
- Gesprek met secretaris-generaal Departement Zorg, Karine Moykens - 17 maart 2023;
- Bijdrage op congres VIVEL verbindt! (Brussel) - 30 maart 2023;
- Bijdrage op congres Expeditie K van VVSG (Kortrijk) - 1 juni 2023;
- Bijdrage op congres met pilootprojecten eerstelijnszorg (Leuven) - 2 juni 2023;
- Gesprek met kabinetschef minister Frank Vandenbroucke, Jan Bertels - 6 juni 2023.

De **ontwerpteksten** legden we voor aan een tiental experts en stakeholders in het thema van eerstelijnszorg. We verwerkten onder meer de **feedback** van de collega's bestuurskundigen van het Steunpunt Bestuurlijke Vernieuwing (KU Leuven, UGent, UAntwerpen en UHasselt), Mark Suykens (voormalig directeur VVSG), Stef Steyaert (WhoCares, Programmamanager reorganisatie eerstelijnszorg Vlaamse overheid), Tom De Boeck en Thomas Boeckx (departement zorg), Jan De Maeseneer (UGent), Wouter Van Dooren (UAntwerpen), Bruno Vanobbergen (administrateur-generaal Agentschap Opgroeien) en VVSG (o.a. Peter Cousaert, Elke Verlinden en Tine Van der Vloet).

Na de presentatie van het rapport (oktober 2023) en ook van dit hoofdstuk, is op het thema van de eerstelijnszorg nog doorgewerkt, wat leidde tot deze grondige herwerking van het hoofdstuk. Er zijn nog aanvullende acties geweest om deze herwerking te inspireren:

- Presentatie van het rapport en hoofdstuk over eerstelijnszorg voor I-Mens, voor Verso, voor Familiehulp, voor SOM;
- Presentatie en discussie met Bruno Vanobbergen en de staf van het Agentschap Opgroeien (31 januari 2024);
- Deelname aan seminarie van WhoCares over netwerken in de zorg (juli 2024);
- Contacten en gesprekken over de federale netwerken Geestelijke Gezondheidszorg (voor volwassenen en voor kinderen en jongeren) met Karolien Weemaes (FOD Volksgezondheid) en met de coördinator voor kinderen en jongeren in West-Vlaanderen, Cedric Kemseke, juli en augustus 2024.

b. FOCUS VAN DEZE TEKST?

We beschrijven in deze tekst de maatschappelijke opgave inzake eerstelijnszorg en wat dat betekent voor het **lokaal bestuur**, voor de **Vlaamse overheid** en voor de **interbestuurlijke verhoudingen**. We hebben in

deze tekst vanzelfsprekend aandacht voor de federale overheid die binnen haar bevoegdheden grote impact heeft op het thema en het lokale niveau.

We zijn **geen vakspecialisten** in deze materie maar denken de analyse over het binnenlands bestuur door op dit domein via gesprekken en studie van academisch onderzoek. De inhoud van de tekst valt onder de verantwoordelijkheid van de twee penhouders van de toekomstvisie (Filip De Rynck en Lieven Janssens).

C. UIT HET PROFIEL VAN LOKALE BESTUREN 2030-2040

Het profiel van lokale besturen (hoofdstuk 3 uit de “Toekomstvisie op het lokaal en binnenlands bestuur”) bevat een aparte alinea over welzijnsbeleid en in het bijzonder over de eerstelijnszorg, die in deze tekst centraal staat. De eerstelijnszorg is uiteraard verbonden met andere beleidsdomeinen: het brede sociaal beleid (zie apart hoofdstuk); het veiligheidsbeleid (integrale benadering i.s.m. hulpverlening, bv. verslavingsbeleid) en het ruimere gezondheidsbeleid (ziekenhuizen, werking van huisartsen, preventie). Het profiel gaat ook in op de opdracht voor het lokaal bestuur om in netwerken een verbindende rol op te nemen. Dat geldt in ons land zeker voor zorg en welzijn waarvoor heel wat private, profit- en non-profit-actoren actief zijn. Dat gebeurt deels ook met bovenlokaal ingebedde organisaties en/ of in bovenlokale vormen: onder andere de zorgraden in de eerstelijnszones (ELZ), de Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW), de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), ziekenhuisnetwerken, de netwerken in het kader van de LOGO’s (het lokaal gezondheidsoverleg) of de federaal en Vlaams ondersteunde netwerken voor de geestelijke gezondheidszorg.

→ *Uit het profiel:*

Een breed welzijnsbeleid

Het lokaal bestuur organiseert de dienstverlening op de eerste lijn (maatschappelijk werk) om ieders **grondrechten** te garanderen om menswaardig te kunnen leven en voert een actief beleid om die grondrechten zo goed mogelijk te realiseren op zijn grondgebied, onder meer voor sociale bijstand, wonen, werk, gezondheid en onderwijs.

Het lokaal bestuur voert een **sociaal beleid** dat rekening houdt met veranderende noden en omgeving. Het bouwt trajecten uit om mensen te activeren tot deelname aan de maatschappij. Het lokaal bestuur ondersteunt mensen met zorgnoden. Het beleid gaat om met de diversiteit van doelgroepen en is in staat om maatwerk te leveren voor mensen en huishoudens in uiteenlopende leefsituaties. Die **inclusie** vraagt een totaalvisie: toegankelijkheid (bv. fysieke toegang en bereikbaarheid), een onthaalbeleid (bv. inburgering), taalbeleid (bv. Onthaalonderwijs voor Anderstalige Nieuwkomers (OKAN), taal-/praatpunten, nieuwkomers) en het werken aan participatie (bv. vrijetijdsparticipatie) en diversiteit (lgbtqia+, gelijke kansen, Plan Samenleven).

Het lokaal bestuur **benadert opvoeding en kinderopvang** integraal via het Huis van het Kind en het nieuwe BOA-decreet waarbij de rol evolueert naar een krachtige regierol met de verantwoordelijkheid van het lokaal bestuur voor een geïntegreerd aanbod buitenschoolse opvang en betaalbare/toegankelijke activiteiten (in samenwerking met private en publieke opvanginitiatieven, jeugdverenigingen en sportclubs, bibliotheken, speelpleinwerking, scholen).

Lokale besturen beschikken over instrumenten om hun buurten goed te kennen en hun aanbod **buurtspecifiek** te maken. Een betere inzet van data en gegevens (bv. populatieonderzoek, buurtprofielen van zorgzame buurten) om vraag en aanbod in kaart te brengen is een essentiële voorwaarde.

Het lokaal bestuur maakt op het vlak van **actor- en/of regierollen** eigen keuzes over het aanbod van en de samenwerking met onderwijs, armoedebestrijding, kinderopvang, ouderenzorg, de sector van de personen met een

handicap, de bijzondere jeugdzorg. Het is in staat een regierol te vervullen in overleg met actoren uit de non-profit- en profit-sectoren. Het lokaal bestuur maakt ook werk van een publiek debat over het lokale sociaal beleid in de gemeenteraad / OCMW-raad. Het bestuur geeft aan hoe keuzes van individuele sociale dienstverlening (in het bijzonder comité voor de sociale dienst - BCSD) doorwerken in de relevante beleidsdomeinen van het lokaal bestuur en de collectieve keuzes in het sociaal beleid voeden.

Een sterke eerstelijnszorg

Het lokaal bestuur ondersteunt de netwerking op de eerste lijn vanuit een visie op een geïntegreerd breed onthaal en een toegankelijke eerstelijnszorg (bv. eerstelijnspraktijken). Het lokaal bestuur maakt de **koppeling tussen gezondheid, woon- en welzijnszorg, onderwijs, werk, jeugdbeleid en vrijetijdsbeleid** vanuit haar eigen sociaal beleid. Inzetten op detectie en **preventie** is de leidraad.

Dat betekent een breed 'one health' of '**health in all policies**'-beleid dat het lokaal bestuur horizontaal door alle beleidsdomeinen van het lokaal bestuur organiseert. Die integratie vraagt afstemming en samenwerking, zowel interbestuurlijk als publiek-privaat. Het lokaal bestuur creëert de nodige capaciteit om dat ook af te stemmen in het netwerk van de eerstelijnszone (zorggraad). Werken aan preventie en gezondheid vergt samenwerking tussen sectoren maar ook zorg voor gezondheid binnen die sectoren zelf (bv. in bedrijven of het onderwijs).

2. Analyse van de maatschappelijke opgave

a. DE MAATSCHAPPELIJKE OPGAVE

De lijst met maatschappelijke uitdagingen inzake welzijn, zorg en gezondheid is lang: de vergrijzing als het grootste demografische probleem; meer patiënten met chronische aandoeningen; tekort aan handen in de zorg; arbeidsmigratie; klimaatwijziging; infectiologische uitdagingen; technologische ontwikkelingen (digitalisering, artificiële intelligentie, e-health, monitoring & gezondheidsdata); de toenemende diversiteit enz. De betaalbaarheid en kosteneffectiviteit van de gezondheidszorg staat ter discussie, zeker met de huidige staat van de publieke financiën.

Zowel op het vlak van gezondheidsvaardigheden als van de participatie aan preventieve gezondheidszorg, is er een gezondheidskloof. Een groter wordende groep mensen stelt zorg uit vanwege de kostprijs (De Maeseneer, 2020).

De **verwevenheid van welzijn, zorg en gezondheid** is gevat met de term '*one health system*' of ook wel een '*health in all policies*': transversaal, geïntegreerd, interdisciplinair werken zijn de kernwoorden. Werken aan gezondheid vergt samenwerking tussen sectoren, maar ook zorg voor gezondheid in die sectoren (bv. in bedrijven of het onderwijs). Tot daar de theorie. Die integratie bereiken we niet alleen met discussies over bevoegdheden. Het vergt afstemming en samenwerking, zowel interbestuurlijk als publiek-privaat. We hebben doelstellingen nodig op de lange termijn, een aanpak via programma's, analyses van de impact van maatregelen, monitoring, en het delen van data, die ook op wijkniveau beschikbaar zijn.

In crisisperiodes (cf. COVID-19 en Oekraïne) dwingt de urgentie om meer geïntegreerd te werken. De crisissen toonden het belang van het lokale niveau, de voordelen van samenwerking tussen het federale en het Vlaamse niveau, binnen de Vlaamse overheid en met de lokale besturen. We slagen er echter maar moeilijk in om die goede praktijken in de reguliere werking van onze zorg te realiseren.

b. TRENDS EN EVOLUTIES IN HET VELD

Het zorgaanbod in ons land heeft een **hoge kwaliteit**. We beschikken over heel gespecialiseerd personeel, actuele technologie en een uitgebreid aanbod. De toegang is bovendien voor veel mensen betaalbaar, fysiek nabij én ook laagdrempelig. Dat kwaliteitsvolle systeem staat onder druk door een mix van factoren. We vermelden er daarvan slechts enkele:

- Mensen leven langer, er zijn meer chronische ziektes en meer mensen met gecombineerde ziektebeelden. De re-integratie van de groeiende groep langdurig zieken is problematisch.
- Het hoge aantal depressies, burn-outs en zelfdodingen en andere problematiek van geestelijke gezondheid zetten de geestelijke gezondheidszorg onder druk.
- Overconsumptie van diagnostiek (lab, beeldvorming) en van geneesmiddelen. De gegevensdeling (bv. via het globaal medisch dossier - GMD) kan veel beter¹.
- De financiering ondersteunt te weinig de omslag naar preventie en de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn². Nu domineert nog te zeer de klassieke curatieve prestatiefinanciering³.
- Vermaatschappelijking van de zorg wil zeggen dat mensen zelf meer hun zorg regisseren. Dat kan onder andere door het (informele) netwerk en de rol van vrijwilligers, informele zorg en mantelzorg te versterken. Onderzoek toont echter ook dat veel mensen, hetzij als patiënt, hetzij als mantelzorger dat zelf niet kunnen, vooral door de complexiteit van de zorg (Dursin, 2021), maar ook door de druk die dit op het persoonlijke leven legt.
- De sociale insteek van de zorg is zelf een punt van zorg. Wie ziek is, kan in België rekenen op de federale sociale zekerheid voor de terugbetaling van kosten. Wie veel zorg nodig heeft (bv. mensen met een handicap), heeft ook veel andere kosten. De Vlaamse sociale bescherming die steunt op het verzekeringsprincipe komt daar slechts gedeeltelijk aan tegemoet en de omslag naar de persoonsvolgende financiering brengt nieuwe problemen met zich mee op het vlak van de betaalbaarheid en de wachtlijsten voor deze vorm van financiering (Verschuere en Hermans, 2020).

‘Zorg op maat’, ‘zorg dicht bij mensen’, ‘zorgzame buurten’, ‘inclusieve zorg’: aan dit soort begrippen is geen gebrek. **De eerste lijn staat in het toekomstmodel voor de zorg centraal.** Op dat niveau streven we naar de samenhang binnen de zorg, tussen zorg, welzijn en de leef- en wooncondities van mensen: tussen informele zorg, vrijwilligers en professionele zorg. Over die eerste lijn en de organisatie ervan in het binnenlands bestuur gaat het hieronder.

C. EVEN ACHTERUITKIJKEN

Het is nuttig even achteruit te kijken. Het is immers niet voor het eerst dat de nood tot een beter geïntegreerde eerstelijnszorg in beleidsteksten en beleidsvoornemens is opgenomen.

Al in 1989 schreef socioloog Luc Notredame over wat toen al als ‘onafwendbare evolutie’ werd beschreven in de richting van de ‘re-territorialisering’ van de zorg. Het afstemmen van zorg in een bepaald gebied werd toen al gezien als een strategie om de overheidsdoelstellingen te realiseren: ‘meer sociale rechtvaardigheid, nauwere aansluiting op de behoeften, een meer integrale benadering van cliënten, betere preventie door betere samenwerking’ (Notredame, 1989). Dat klinkt zeer actueel. Veertig jaar geleden stond in de beleidsnota van de toenmalige Vlaamse minister: ‘het doel van subregionalisering is om alle betrokkenen samen te brengen om de bestaande voorzieningen zo doeltreffend, planmatig en voordelig mogelijk op

¹ Zie het ‘Belgian Integrated Health Record’:

www.togetherwemakechangeappen.org/images/BIHR-final-note-dd-15-02-2022-NL.pdf

² Dit sluit aan bij de uitgangspunten van een geïntegreerd jeugd- en gezinsbeleid: een stevige basis voor alle kinderen en jongeren met een positieve, inclusieve leefomgeving waarin zij zo veel mogelijk kansen krijgen, met beschermende factoren en inzet op preventie, vroegdetectie en -interventie. Wanneer een bepaalde vorm van aanvullende, specifieke ondersteuning nodig is (in om het even welke ‘lijn’) is een belangrijke connectie met die basiszorg nodig. In het plan ‘Vroeg & Nabij’ noemt men dat ‘bijchakelen’.

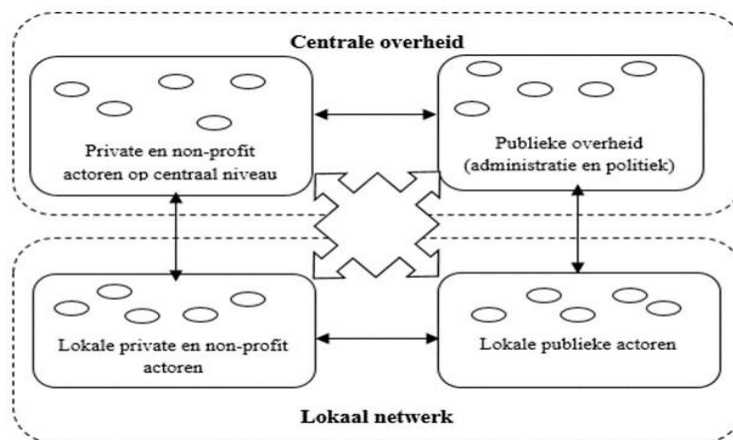
³ Zie lancering van de New Deal:

<https://vandenbroucke.belgium.be/nl/naar-een-new-deal-voor-de-huisartspraktijk>

elkaar te doen afstemmen, dit met participatie van de bevolking (Dewulf, 1984). Het Vlaamse Welzijnscongres had het over de 'interorganisatorische samenwerking op lokaal en streekniveau als een van de voornaamste uitdagingen van het welzijnsbeleid' (Welzijnscongres 1990: 70).

De Koning Boudewijnstichting wees er in 1987 op dat we met deze ontwikkeling 'ongetwijfeld terecht komen in het spanningsveld van de bestaande machtsstructuren, de verschillende belangengroepen en hun onderlinge netwerken (zuilen, koepels, sectoren,...)' (KBS, 1987: 47). Notredame stelde vast dat alle actoren anticipeerden op deze re-territorialisering, gericht op het versterken of beveiligen van de eigen machtspositie in de streek. Instellingen, werkvormen en koepels verdedigen het eigen territorium, beroepsgroepen hebben zich in de regelgeving geprofileerd en gevestigde belangen proberen een zo voordelig mogelijke positie te bekleden, elk vanuit een eigen logica (Notredame, 1988: 15).

Veel pogingen tot territorialisering van de eerstelijnszorg strandden in het verleden op de machtsverhoudingen tussen sectoren, koepels, zuilen en organisaties van professionelen in het spanningsveld tussen centrale en decentrale aansturing en dynamieken. Dit raakt, zoals uit bovenstaande citaten blijkt, zeker niet alleen de interbestuurlijke verhoudingen tussen centrale en lokale besturen maar ook de organisatie van de kleine en grote zorgactoren, van de vrije beroepen en hun onderlinge relaties, zowel lokaal als op centraal niveau. Het schema hieronder geeft in rudimentaire vorm de complexiteit van het veld en van de relaties weer. Het schema toont dat de centraal-decentrale verhoudingen evengoed betrekking hebben op de verhoudingen binnen de grote zorgorganisaties, tussen lokale afdelingen en hun centrale besturen. Het schema toont vooral dat discussies over decentralisatie altijd ook de machtsverhoudingen raken tussen de publieke en de private sectoren (non-profit en profit) en de verhoudingen binnen de grote zorgorganisaties.



De lokale besturen zijn maar een deel van 'het lokale regime' en van de lokaal – centrale verhoudingen

3. Bouwstenen voor de bestuurlijke opgave

Het veld van welzijn en zorg is vanuit bestuurlijk oogpunt bijzonder complex georganiseerd, zeker als we zowel de zorg in de meer beperkte betekenis als het sociaal beleid in de ruimste betekenis samen willen nemen en als we zowel op preventieve als op curatieve aspecten willen ingaan. De breedheid van invalshoeken, van doelgroepen, van thema's,... kenmerkt zeker deze maatschappelijke velden. De absolute keuzevrijheid die mensen hebben draagt zeker ook nog eens bij tot de complexiteit en de organiseerbaarheid van de zorg.

In het hoofdstuk over sociaal beleid wijzen we op de toegenomen beleidsaandacht voor de regierol van lokale besturen op het vlak van kinderopvang, sociale huisvesting, activering,... In dat hoofdstuk hebben we het ook over het lokaal sociaal beleid dat door de integratie van de OCMW's in de lokale besturen (sinds 2019) in een sterk veranderd institutioneel kader is ingebed. Het 'Geïntegreerd Breed Onthaal' (GBO) mikt op betere samenwerking tussen het lokaal bestuur, het CAW en de mutualiteiten. Vanuit de Vlaamse overheid zijn de Huizen van het Kind opgericht, samen met de lokale besturen. Het Agentschap Opgroeien is actief met Overkop-huizen voor kinderen en jongeren met problemen op het vlak van geestelijke gezondheid en met '1Gezin, 1Plan' wil het Agentschap inzetten op meer geïntegreerde en beter afgestemde ondersteuning van gezinnen. De lokale dienstencentra werken op lokaal niveau en op het wijkniveau binnen een Vlaams decretaal kader en spelen op de eerste lijn zeker ook een belangrijke rol. En dit alles is zeker nog geen volledige inventarisatie van alle lokale initiatieven. De focus op de interactie tussen zorg en welzijn rond een breedheid van mogelijke thema's en doelgroepen bemoeilijkt een volledig overzicht.

De rode draad doorheen al deze initiatieven en voor ons doel cruciaal, is de toenemende aandacht voor de lokale samenwerking rond zorgvragen. In wat hieronder volgt lichten we daar een aantal relevante problematieken of ontwikkelingen uit die we meer en beter uitwerken dan in de eerste versie van dit hoofdstuk (eerder gepubliceerd eind 2023):

- De interne organisatie van de zorgactoren, inclusief de spontane of informele netwerking op het veld in relatie tot de meer formele vormen van organisatienetwerken zoals in zorgraden in de eerstelijnszones;
- Een analyse van de eerstelijnszones op basis van de meest recente evoluties;
- Een analyse van de ziekenhuisnetwerken en van de rol van de ziekenhuizen op de eerste lijn en op de tweede lijn;
- Een analyse van de federale netwerken voor geestelijke gezondheidszorg (voor volwassenen; voor kinderen en jongeren) en de samenwerking in dat veld tussen federale en Vlaamse overheden;
- De analyse van het concept van de Regionale Zorgzones;
- De kritische analyse van de rol van de lokale besturen en van de organisatie van de Vlaamse overheid (Departement Zorg; Agentschap Opgroeien).

α. ZORGORGANISATIES EN VRIJE BEROEPEN IN SPONTANE EN FORMELE ZORGNETWERKEN

Door de discussie met zorgorganisaties over onze eerste versie van het hoofdstuk over de eerstelijnszorg (december 2023) kregen we een beter en een meer genuanceerd inzicht in de houding van en de interne evoluties in zorgorganisaties en vrije beroepen. Hun percepties op het veld, hun ervaringen in het veld en hun interne organisatieveranderingen komen wellicht te weinig aan bod in het debat.

Alle betrokken organisaties en vrije beroepen in de zorg (huisartsen, thuisverplegers,...) ervaren de stijging van het aantal zorgvragen en de toegenomen complexiteit van de zorgvragen. Ze erkennen de nood aan integratie en afstemming maar verwijzen ook naar de druk op de organisaties door de stijgende vraag, besparingen in de sectoren, de moeilijke zoektocht naar geschikt personeel. Sommige organisaties zijn ook betrokken (geweest) in fusie- operaties die zelf weer veel interne energie vragen.

De organisaties geven aan hun werking aan te passen aan de zorgvragen door zelf contact te nemen met zorgberoepen of andere organisaties. Zo komen informele netwerken tot stand rond patiënten. Een organisatie als Familiehulp heeft een grondige interne reorganisatie opgezet vanuit de principes van het innovatief werken. De organisatie heeft zich onder andere meer gebiedsgericht georganiseerd, op het niveau van de referentieregio's en de afbakening van de eerstelijnszones. Het is echter helemaal niet evident, ook niet voor grote organisaties als Familiehulp, om voor elke eerstelijnszone personeel vrij te maken.

De druk op de vrije beroepen of zelfstandige zorgverleners is groot, zeker op zij die op individuele basis werken. Investeren in formele netwerken is absoluut niet evident en het prestatiegerichte financieringssysteem in de zorg stimuleert hen daarbij niet. Waar huisartsenpraktijken ontstaan, zien we meer interne netwerken tussen de specialisaties die in de huisartsenpraktijken aanwezig zijn en is aanwezigheid in formele zorgnetwerken iets gemakkelijker te organiseren maar ook dan is dat zelden een echte prioriteit.

De belangrijkste vaststelling is dat er informele netwerken bestaan, die weinig zichtbaar zijn en zich eerder in de grijze zone tussen organisaties en vrije beroepen bevinden. Ze geven aan dat organisaties de druk voelen tot meer samenwerking en zich daaraan proberen aan te passen door spontane of informele netwerken rond de veldwerkers van de organisaties. De vraag is hoe we die spontane evoluties moeten inschatten en hoe die zich verhouden tot de meer formeel georganiseerde netwerken zoals zorgraden in de eerstelijnszones: werken en hoe werken de praktijken van de informele netwerken door op die formele netwerken en omgekeerd: in welke mate en hoe dragen formele netwerken bij tot de ondersteuning van de informele netwerken? Dat roept ook vragen op naar de wijze van 'metasturing' van netwerken door overheden: die is nu vaak gericht op structuren (bijvoorbeeld in vzw – vorm) en op de formele netwerken, eerder dan op de feitelijke processen in het veld.

b. DE EERSTELIJSZONES EN DE ZORGRADEN

Eerstelijnszorg en de eerstelijnszones (ELZ's)

Eerstelijnszorg is nabije, laagdrempelige en toegankelijke zorg. Het zit tussen enerzijds de nulde lijn van de zelfzorg en anderzijds de tweede lijn van ambulante gespecialiseerde zorg en de zorg in het ziekenhuis. Op de eerste lijn zien we onder meer huisartsen, kinesitherapeuten, tandartsen, diëtisten, vroedvrouwen, verpleegkundigen, ergotherapeuten, eerstelijnspsychologen, maatschappelijk assistenten, apothekers, enzovoort.

Op die eerste lijn is geïntegreerde zorg nodig, tussen al die zorgberoepen, maar ook tussen sensibilisering, preventie, diagnose, behandeling, opvolging en revalidatie (Vandeurzen en Steyaert, 2022).

Die eerste lijn staat onder druk: meer mensen met chronische ziektes, mensen die langdurige zorg nodig hebben, patiënten die sneller naar huis keren door de kortere opnames in het ziekenhuis. Dat leidde in 2017 tot de start voor een hervorming naar een gedecentraliseerde geïntegreerde eerstelijnszorg⁴.

De Vlaamse overheid richtte **60 eerstelijnszones** op (ELZ), telkens voor 70.000 tot circa 130.000 inwoners. De zorgraad stuurt de zone aan: in die raad zitten alle partners uit de eerste lijn: lokale besturen, gezondheidsberoepen, actoren uit de welzijnszorg en hulpvragers. Andere partners kunnen aansluiten.



Figuur: de eerstelijnszones in Vlaanderen (Agentschap Binnenlands Bestuur, 2023)

Koppeling met welzijnszorg

De koppeling met de welzijnszorg zit in het concept van de eerstelijnszones en dat brengt, althans theoretisch en op papier, de noodzaak mee tot relaties met het beleid inzake kansarmoede, met woonzorg, met het probleem van toegankelijkheid van zorg, de automatische rechtenverkenning en participatie van hulpvragers.

Daarom ligt ook de koppeling met het **geïntegreerd breed onthaal (GBO)** voor de hand. Dat betekent dat, in principe, de persoon met een zorgnood centraal staat. Het GBO verbindt lokale besturen, de Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW) en de mutualiteiten. De basis van het netwerk op de eerste lijn is de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een groep mensen (Steunpunt Mens en Samenleving, 2023).

Iedere persoon moet toegang hebben tot een interprofessioneel eerstelijnsnetwerk. De instap is de inschrijving in een huisartspraktijk. Meer dan 95% van de Vlaamse bevolking heeft een huisarts en 70% van de Vlaamse bevolking heeft een globaal medisch dossier in een huisartspraktijk⁵.

Een eerstelijnsnetwerk heeft in landelijke gebieden minstens 5.000 ingeschreven burgers, in stedelijke gebieden minstens 10.000. Iedere huisarts, apotheker, straathoekwerker, elk OCMW of CAW moet mensen naar het netwerk toeleiden.

⁴ Zie het WHO-rapport: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7497-47264-69316>

⁵ Zie RIZIV en publicatie in Artsenkrant: www.artsenkrant.com

De werking steunt op een omgevingsanalyse om kwetsbare doelgroepen te detecteren en om hen te kunnen benaderen, bijvoorbeeld in het kader van de automatische rechtenverkenning (zie de REMI-tool van de OCMW's: REferentiebudget voor een Minimaal Inkomen).

Ondertussen zijn al mooie voorbeelden ontstaan van samenwerking op die eerste lijn, die evenwel in verschillende gradaties soms wel maar ook soms niets te maken hebben met de zorggraden en eerstelijnszones. Dat sluit deels aan bij wat we hierboven de informele netwerken hebben genoemd:

- de geïntegreerde interprofessionele wijkgezondheidscentra: huisartsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, kinesitherapeuten, eerstelijnspsychologen, gezondheidspromotoren, e.a. bieden zorg aan wie zich inschrijft (www.vwgc.be);
- de vaccinatiecentra in de coronaperiode;
- de 13 pilootprojecten met zogenoemde 'brede eerstelijnspraktijken' in huisartsarme regio's, samenwerkingsverbanden tussen het lokaal bestuur en de huisartsenpraktijk (bv. Pioen in Vorselaar);
- de zorg- en welzijns-campusen (De Zuidkaai in Eeklo, Portavida in Genk, Nieuwenbos in Dilbeek, welzijns-campus Brecht, Egmont in Zottegem, zorgcampus Duffel, Asster in Sint-Truiden);
- eerstelijnsgezondheidscentrum De Bildings in een kwetsbare wijk in Kortrijk, en voorbeelden in Merchtem en Hoeilaart tussen huisartsen en lokale besturen;
- de inzet van zogenoemde *community health workers* in een aantal steden;
- het programma 'zorgzame buurten' (bv. Geel: informeel buurtzorgnetwerk verbonden met formele zorgverstrekkers).

De kinderziektes

De samenwerking in de ELZ is pril en stoot op nogal wat problemen, waarvan de vraag evenwel ook stilaan is of dit echte kinderziektes zijn met gerechtvaardigde hoop op beterschap en meer volwassenheid en betere resultaten van de netwerking, dan wel of het gaat om structurele problemen verbonden met de structurele vormgeving van de samenwerking:

- De ELZ's zijn bijna alleen bezig geweest met COVID-19⁶ en worstelden met structuren en administratie die samengaan met de oprichting van een verplichte vzw-structuur per ELZ. Dat zorgt voor onnodige overhead en zorgt er mee voor dat de coördinatoren te weinig ingebed zijn in hun onmiddellijke omgeving.
- Er is een groot personeelsverloop bij de coördinatoren van de eerstelijnszones en er staan heel wat vacatures open. Een verklaring daarvoor is onder andere dat het om vrij geïsoleerde posities gaat, met weinig collega's waardoor coördinatoren wat opgesloten zitten in hun eigen organisatie.
- De Vlaamse overheid had zogenoemde transitiecoaches aangesteld die de netwerken in de opstart moesten ondersteunen in zogenoemde veranderfora. Die ondersteuning is, deels door corona, te vroeg afgebroken waardoor heel wat eerstelijnszones geen inhoudelijk plan en gemeenschappelijke doelstellingen hebben.
- In principe zijn allerlei koppelingen nodig tussen zorg, welzijn en bijvoorbeeld veiligheid, vrije tijd, hulpverlening, onderwijs... De meeste ELZ's hebben daar geen traditie, noch ervaring mee. In de praktijk domineren de zorgactoren en de aspecten die met zorg te maken hebben. Tussen deze organisaties spelen ook vormen van concurrentie om marktaandeel.

⁶ Zie studie Steunpunt WVG 'Evaluatie van de aanpak van de COVID-19-crisis en beleidsaanbevelingen voor de organisatie van het zorglandschap' (mei 2022).

- Niet elk lokaal bestuur zat in het bestuursorgaan van de zorgraad. De ziekenhuizen zijn ook niet overal vertegenwoordigd. Het eerstelijnsdecreet is ondertussen wel herzien en reikt bepaalde oplossingen aan. Zo zouden nu wel alle lokale besturen vertegenwoordigd zijn.
- Bestuursleden, voorzitters en coördinatoren van de ELZ's krijgen weinig ondersteuning. Het steunpunt VIVEL kreeg wel de opdracht tot ondersteuning, maar het is onduidelijk wat hun rol is. Niet in elke ELZ zitten voldoende deskundige en gemotiveerde beleidsverantwoordelijken met een mandaat van de respectieve organisaties.⁷

De conclusie is dat de zorgraden na de Coronaperiode hun tweede adem zoeken. In de crisisperiode moest snel samengewerkt worden, voor een zeer concreet doel (vaccinatie) en dat werkte erg motiverend: dit was uitvoeringsgericht en het resultaat was zichtbaar en stimulerend. Nu dat crisisgevoel verdwenen is, is het lastig om aan het reguliere profiel te werken op basis van minder concrete, minder dwingende doelen dan deze bij een acute crisis.

Het risico is groot dat veel zorgraden zich als netwerken presenteren maar eerder als 'praatbarakken' worden aangevoeld, al is er zeker nuance nodig en is dit als algemene conclusie over alle zorgraden heen zeker veel te ongenueanceerd. Waar al betere samenwerking bestond, is die sfeer meestal wel voelbaar in de zorgraden maar waar dat niet het geval is of was, is dat evenzeer voelbaar. De koppeling tussen de informele netwerken in het veld, waar we het hierboven over hadden, en de formele setting van de netwerken in de zorgraden is overal een punt van zorg. Hoe kan de zorgraad zo werken dat de praktijken in het veld beter ondersteund worden en hoe kunnen de ervaringen vanuit het veld doorstromen naar de formele setting van het netwerk en bijdragen tot betere samenwerking?

We hadden het er hierboven over dat de werking van de transitiecoaches vanuit de Vlaamse overheid veel te snel is stopgezet waardoor veel zorgraden ondersteuning misten in de cruciale fase van de opbouw van het netwerk. De permanente ondersteuning is op veel plaatsen nu ook nog altijd beperkt. De zeer gebrekkige capaciteit voor deze zorgraden is ondertussen nagenoeg overal een algemeen probleem.

In haar rol als 'meta-stuurder' van de lokale zorgraden heeft de Vlaamse overheid zich te bureaucratisch, te top-down en te uniform denkend opgesteld en dat doet ze nog altijd. Dat werkt door op de zorgraden. Zo was er in het veld zeker geen vraag om van de zorgraden vzw's te maken. De opgelegde opdeling van de samenstelling van de zorgraden in vier clusters was evenmin een vraag van onderuit. Het typeert de wijze waarop de Vlaamse overheid lokale netwerken mandateert en organiseert. We voegen er wel aan toe dat de druk vanuit de non-profitorganisaties om overal vertegenwoordigd te zijn en ook hun keuze voor een zwak mandaat van de zorgraden hierbij ook meespeelt, aansluitend bij het schema dat we hierboven hebben gebruikt om de interactie tussen publieke en private organisaties weer te geven.

C. ZIEKENHUIZEN EN ZIEKENHUISNETWERKEN

Er zijn in Vlaanderen 51 ziekenhuizen, met 91 vestigingsplaatsen. Die zijn voor 30% publiek, 70% is georganiseerd in vzw-vormen die door fusies tot stand zijn gekomen. We hebben het in deze bijdrage over de 'locoregionale ziekenhuizen' met een overwegend beperkt regiobereik. De academische ziekenhuizen vallen buiten het bestek van onze opdracht.

In de federale ziekenhuiswet van 2019, die sedert 2020 van kracht is, is het aantal ziekenhuisnetwerken bepaald op 25. Het is de federale overheid die de ziekenhuisnetwerken erkent en daar de vorm en structuur van bepaalt: ze hebben rechtspersoonlijkheid (in vzw-vorm) (zie art 17/2 en art 157/1). De Vlaamse overheid

⁷ Wanneer meer competenties en middelen voor lokale gezondheidszorg in steden en gemeenten nodig zijn, is een investering nodig in 'capacity building'. Dat is mogelijk ook een rol voor de VVSG in samenwerking met het eengemaakte Departement Zorg van de Vlaamse overheid.

neemt deze federale erkenning over. Een locoregionaal ziekenhuisnetwerk is voor de Vlaamse overheid 'een door de Vlaamse gemeenschap erkende duurzame juridisch geformaliseerde samenwerking met rechtspersoonlijkheid tussen minstens twee op het openblik van de oprichting van het locoregionale ziekenhuisnetwerk afzonderlijk erkende niet-psychiatrische ziekenhuizen die zich binnen een geografisch aansluitend gebied bevinden en die complementair en rationeel locoregionale zorgopdrachten aanbieden' (zie begrippen in nota 'Zorgstrategische plan Vlaanderen', 2021). Die erkenning geldt voor 7 jaar, vanaf 1 januari 2021 (nota Vlaamse overheid, ziekenhuisnetwerken, 2019). In de voorwaarden voor de erkenning van het zorgstrategisch plan, waarvoor dus de Vlaamse gemeenschap bevoegd is, staat dat er 'afstemming moet zijn met relevante zorgpartners: voor de eerste lijn met de eerstelijnszones tot oprichting van de regionale zorgplatformen; met de geestelijke gezondheidszorg met de lokale netwerken' (zie hieronder). Deze voorwaarden voor afstemming vanuit de Vlaamse overheid tonen alvast dat de ziekenhuizen geacht worden zich actief te verbinden met de zorgnetwerken in hun werkgebied. De ziekenhuisnetwerken moeten tussen de betrokken ziekenhuizen een complementair en efficiënt georganiseerd aanbod uitwerken in en voor een aansluitend gebied.

Er zijn 25 ziekenhuisnetwerken, waarvan 13 in Vlaanderen.

Kritische analyse van de ziekenhuisnetwerken

In de federale ziekenhuiswetgeving zijn ziekenhuisassociaties en ziekenhuisgroeperingen al langer opgenomen, telkens met rechtspersoonlijkheid. Waarom moest er voor het ziekenhuisnetwerk een nieuwe juridische vorm worden gebruikt? Veel doelstellingen lijken ook door deze onderlinge overeenkomsten te realiseren. Is het onderliggende doel, zoals sommigen dat interpreteren, eventueel om het ziekenhuisnetwerk als opstap te gebruiken om te evolueren naar fusies van ziekenhuizen?

Ziekenhuizen zijn intern complexe organisaties met uiteenlopende belangenstructuren binnen de organisatie: er is het bestuur, de directie, de artsen, de diensthoofden,... Daar komt nu nog het bestuur van het netwerk bij, met een eigen voorzitter, een dagelijks bestuur (waar dat bestaat), de medische raad, een overleg van de directeurs, het overleg van de directeurs en van de hoofdartsen,... Er zijn ziekenhuisnetwerken waar de leden van de raad van bestuur elkaar nog nooit hebben ontmoet, daar domineren dus andere actoren (meestal de artsen).

De ziekenhuisnetwerken krijgen nu een vzw – vorm, met dus een eigen bestuur en met een algemene vergadering die nu meestal puur formeel wordt opgevat, dus niet als een breed forum voor en met allerlei belanghebbenden. De voorzitter moet een onafhankelijk persoon zijn, en daar zitten nogal wat mensen met naam en faam tussen uit het bedrijfsleven, die zich een positie zoeken en niet altijd gelukkig lijken te zijn met hun wat onduidelijke rol en de onduidelijke positie van het bestuur van het netwerk.

Sommigen zien het ziekenhuisnetwerk als een soort holding met de ziekenhuizen als aparte afdelingen, maar de realiteit in het veld staat daar nog ver vanaf. De ziekenhuisnetwerken zijn op dit moment zwakke structuren en hier en daar staan de netwerken onder druk door spontane fusiebewegingen tussen ziekenhuizen. Artsen en artsengroepspraktijken maken hun eigen afspraken tussen artsen van verschillende ziekenhuisnetwerken onderling, los van de formele ziekenhuisnetwerken.

Uit eerste analyses blijkt dat de ziekenhuisnetwerken nauwelijks vanuit een eigen dynamiek functioneren. Dat heeft te maken met de regelgeving maar zeker ook met de houdingen in het veld, met de strijd tussen ziekenhuizen en artsen. Er lijkt ook een sterke dynamiek te zijn om de netwerken vooral niet te veel sturingscapaciteit te geven. Veel heeft dus te maken met belangenstructuren binnen de ziekenhuizen zelf die elke sterke top – down sturing afwijzen. Volgende elementen bepalen de kwaliteit van deze netwerken:

- De motieven tot oprichting van een netwerk lopen sterk uiteen, maar ze zijn zelden geïnspireerd vanuit een algemeen zorgbelang. Ideologische motieven spelen zeker ook nog mee;

- Bij de netwerken spelen traditionele verhoudingen die vaak al jaren de verhoudingen bepalen naargelang grootte, achtergrond, erkenningen, reputatie,...
- De huidige minister heeft de netwerken geërfd van zijn voorganger en lijkt maar een koele minnaar van het concept. Dat helpt uiteraard niet;
- Soms lopen nog fusie – operaties en wacht men af vooraleer eventueel actiever te worden op het niveau van het netwerk;
- Het ziekenhuisnetwerk wordt als een verplicht nummer gezien waarvan de meerwaarde niet duidelijk is;
- Kleinere ziekenhuizen vrezen de dominantie van grote ziekenhuizen. Waar de ziekenhuizen ongeveer even groot zijn, speelt dan weer de onderlinge concurrentie;
- Doorheen dit alles speelt het mechanisme van de financiering van ziekenhuizen een belangrijke sturende rol: dat is nu vooral gericht op prestatiefinanciering per soort zorg en specialisme. De financiële situatie van de ziekenhuizen verschilt ook onderling, wat ook kan wegen op het netwerk. In sommige netwerken zochten financieel gezonde ziekenhuizen elkaar op;
- De verwachtingen t.a.v. de besturen van de netwerken en de rol van de voorzitter roepen nog veel vragen op en zijn sterk afhankelijk van de onderlinge verhoudingen en van de houding van de artsen en hoofdartsen. Er is geen aparte financiering voor het bestuur van het netwerk voorzien, evenmin middelen voor personeel;
- De netwerken zouden vooral bezig zijn met de dure gespecialiseerde zorg. Dat is iets waar ze meer en sneller een gemeenschappelijk belang kunnen bereiken omdat daar de onderlinge afhankelijkheid speelt. Over de basiszorg een gemeenschappelijk belang realiseren is veel moeilijker.

Er zijn weinig hulpbronnen vanuit de federale overheid om de netwerking te versterken. Dat wordt vanuit het veld van de ziekenhuizen ook niet gewenst en zij dringen er eerder op aan de netwerking van onderuit te laten groeien en op basis van vrijwilligheid. De belangrijkste vorm van ‘meta sturing’ lijkt nu van de Vlaamse overheid te kunnen komen, via de Regionale Zorgstrategische Planning die een voorwaarde is voor erkenning van ziekenhuizen. Dat zou impact kunnen hebben. De Vlaamse overheid legt daarbij zelf geen erkenningsnormen op maar volgt de erkenning vanwege de federale overheid. Ziekenhuizen krijgen echter pas subsidies voor infrastructuur (VIPA) als ze een individueel zorgstrategisch plan hebben voor de Vlaamse overheid en dat geldt pas als het netwerk een LRZP heeft (een locoregionaal zorgstrategisch plan). Daarnaast bestaat ook een zogenaamd thematisch zorgstrategisch plan, waarvan blijkbaar toch ook een effect vanwege de Vlaamse overheid uitgaat (behandeld in de commissie zorgstrategie). Het lijkt er evenwel op dat de Vlaamse overheid haar sturingscapaciteit niet wenst of durft te gebruiken.

In een standpunt naar aanleiding van de presentatie van het onderzoeksrapport over de ziekenhuisnetwerken (Voets, J., ea 2024) pleit Zorgnet-Icuro voor het afschaffen van de ziekenhuisnetwerken wegens een te geringe effectiviteit.

Ziekenhuizen en zorgnetwerken op de eerstelijns

De belangrijkste vaststelling voor ons doel is dat ziekenhuizen steeds meer, vanuit eigen dynamiek en vanuit impulsen vanuit de overheden, tot een naar buiten gerichte opstelling evolueren, daarin worden gestimuleerd en steeds meer worden op aangesproken. Dat geldt voor de eerstelijnszorg en hun betrokkenheid in de eerstelijnszones en zorgraden; voor de betrokkenheid bij de netwerken geestelijke gezondheidszorg en andere zorgnetwerken (bv. palliatieve zorg); voor de relaties tussen de ziekenhuizen die meer gericht zijn op specialisatie en efficiëntiewinsten voor de spreiding van gespecialiseerde diensten.

Ziekenhuizen zijn op deze manier in verschillende soorten netwerken betrokken en het formeel gestructureerde ziekenhuisnetwerk op zich valt daarmee niet samen en voegt daar weinig dynamiek aan toe. Het ziekenhuisnetwerk zou vooral relevant moeten zijn voor de afspraken over specialisatie maar blijkt net

daarin weinig effectief te zijn. Elk ziekenhuis is zelf ook apart betrokken in netwerken in de eigen directe territoriale omgeving: in de zorgraden voor de eerstelijnszorg; in de netwerken geestelijke gezondheid voor volwassenen en kinderen en jongeren, in de verplichte samenwerking met de woonzorgcentra.

Uit de gesprekken kunnen we afleiden dat sommige ziekenhuizen (maar lang niet alle) zich ook meer profileren als regisseurs in de eerstelijnszones en daarin ook investeren. Ze hebben daar belang bij, gegeven de verkorte opnames in de ziekenhuizen. Het lijkt er ook op dat ziekenhuizen bij de andere zorgactoren een sterkere legitimiteit hebben dan lokale besturen, zeker omdat de eerstelijnszorgnetwerken nu eerder zorggericht zijn en veel minder op welzijnszorg gericht zijn, waarbij eerder taken en bevoegdheden van lokale besturen centraal zouden staan.

Volgens Zorgnet-Icuro engageert de ziekenhuissector zich om de ziekenhuiszorg op het niveau van de regio te organiseren en stappen te willen zetten naar één regiodefinitie om met de ziekenhuizen, ouderenzorg, geestelijke gezondheid, eerstelijnszones, ... te realiseren. De verwachting is dat 'de overheid dit oplegt'. De sector wil zich engageren om netwerken te laten evolueren naar organisaties die zorg bieden in een regio en 'als ziekenhuizen zijn wij bereid om mee dat traject naar een zorgregio te ondersteunen in cocreatie met de overheid en de andere zorgpartners' (Zorgnet-Icuro, juni 2024). Die zorgregio lijkt te verwijzen naar de referentieregio's van de Vlaamse overheid en de regionale zorgzones, die nu evenwel niet helemaal en overal op elkaar aansluiten. We komen daar hieronder op terug.

d. DE FEDERALE EN VLAAMSE NETWERKEN VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

De netwerken voor geestelijke gezondheid hebben al een relatief lange geschiedenis. De 'Gids naar een betere GGZ door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken' werd ondertekend door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid in 2010 en was daarvoor het startsein. In een eerste fase ging het om volwassenen en jongeren vanaf 16 jaar. In 2012 werd het 'nieuw geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren' (van 0 tot 18 jaar) bekrachtigd in een gemeenschappelijke verklaring, aangevuld in 2014. In de visienota over kinderen en jongeren staan zeven uitgangspunten, waarvan we de belangrijkste vermelden: een globale aanpak; vroegdetectie en preventie; behandeling in eigen omgeving en de belangrijke rol van eerstelijnsgezondheidswerkers en het herdenken van de rol van de ziekenhuizen (in een context van ontschotting van de zorg)... Op basis daarvan is een Nationaal Plan voor een Nieuw Geestelijk Gezondheidsbeleid voor Kinderen en Jongeren 2015-2020 uitgewerkt. De toepassing vereist 'maximale samenwerking tussen het beleid van de federale overheid en de gemeenschaps- en gewestoverheden en op de werkvloer is eveneens intensieve samenwerking en afstemming noodzakelijk' (p6). In het Nationaal Plan staan strategische en operationele doelstellingen en de acties opgesomd. Ze gaan, samengevat, over het realiseren van een geïntegreerd, intersectoraal geestelijk gezondheidsbeleid en welzijnszorg, gesteund op sterke netwerking en op participatie van de doelgroep en op een sterke strategie, leiderschap, informatie, outreaching, promotie en evaluatie. Belangrijk is dat dit beleid breder gaat dan de sector van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg: het gaat om een breed perspectief op zogenaamde 'sectorexterne' partners (p13). In 2022 bereikten de federale overheid en de gewesten en gemeenschappen een bijkomend akkoord over een zorgmodel voor eetstoornissen bij kinderen en jongeren als 'transversaal project geïntegreerde zorg'. Binnen de netwerken voor kinderen en jongeren wordt daarvoor een zorgteam samengesteld. De overeenkomst daarvoor loopt tot eind 2028 en daarvoor is een apart budget per netwerk voorzien (maximaal 237.543 euro). Belangrijk tot slot van deze zeer summiere beschrijving is dat vanaf 1 april 2024 via de netwerken voorzien wordt in vergoede sessies voor psychologische ondersteuning, binnen een overeenkomst met het RIZIV.

In de IMC werd overeengekomen 'dat de investeringen van de federale overheid en de gemeenschappen en gewesten complementair aan elkaar zijn. De deeltentiteiten engageren zich om hun bijkomende recurrente

investeringen niet af te bouwen en de tijdelijke projecten tijdens de COVID-19-crisis aan te houden. Om dubbelfinanciering te vermijden worden o.b.v. de quota per netwerk controlemechanismen voorzien. Deze worden bilateraal tussen de federale overheid en de gemeenschappen en gewesten afgesproken'. (RIZIV overeenkomst, p3).

Er zijn 32 netwerken voor geestelijke gezondheidszorg in België (11 voor kinderen en jongeren; 20 voor volwassenen en 1 netwerk voor de beide in de Duitstalige gemeenschap). Er is een netwerkorganisatie voor kinderen en jongeren per Vlaamse provincie en er zijn een paar netwerken voor volwassenen per Vlaamse provincie.

De regelgeving voor deze netwerken is ingebed in de ziekenhuiswetgeving (KB van 2008; art 11 en art 107 van de ziekenhuiswetgeving) en het zijn ook ziekenhuizen die de contracterende partij zijn met de federale overheid voor het instaan van de netwerkcoördinatie, netwerkpsychiaters, participatiecoaches,... en met de organisaties die in het netwerk taken opnemen. In artikel 11 van de ziekenhuiswet worden de zorgnetwerken en de zorgcircuits omschreven. Een netwerk is 'een geheel van zorgaanbieders, zorgverstrekkers, instellingen en diensten die samen voor een door hen nader te omschrijven doelgroep van patiënten en binnen een door hen te motiveren gebiedsomschrijving één of meerdere zorgcircuits aanbieden in het kader van een instellingsoverstijgende juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst'. Een zorgcircuit is 'een geheel van zorgprogramma's en andere zorgvoorzieningen die de bedoelde doelgroep of subdoelgroep achtereenvolgens kan doorlopen'. Elk netwerk moet enkele minimale functies vervullen: activiteiten inzake preventie, promotie, vroegdetectie, screening en diagnosestelling; ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen; rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie; intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is; specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu daartoe niet in staat is.

Het netwerk steunt op een netwerkovereenkomst. Het is niet de bedoeling een bepaald netwerkmodel op te leggen. 'Een veelvoud van modellen kan een meerwaarde betekenen bij het zoeken naar het meest aangewezen model in functie van efficiëntie en effectiviteit' (De Gids, 2010: 12). Er is voor de netwerken kinderen en jongeren alleen bepaald dat maximum een derde van de leden uit de geestelijke gezondheidszorg komt; maximum een derde uit de gezondheidszorg en welzijnssectoren en maximum een derde uit sectoren die niet tot de geestelijke gezondheidszorg behoren (onderwijs, vertegenwoordigers van kinderen en jongeren, sport,...). Daarmee is duidelijk dat het geestelijke gezondheidsbeleid 'breder gaat dan de sector van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg' (ibidem: 13). Die evenredige samenstelling is nu echter slechts in weinig netwerken de realiteit. De kern wordt nog steeds gevormd door de partners uit de geestelijke gezondheid en welzijnsactoren. Het gaat in de meeste netwerken om pogingen om ook breder te werken.

In de overeenkomst tussen de minister en de ziekenhuizen wordt het profiel van de netwerkcoördinatie en van de participatiecoach (voor kinderen en jongeren) omschreven, aan welke competenties die moeten voldoen en wordt opgesomd wat er allemaal in de netwerkovereenkomst moet staan. De contracten met de ziekenhuizen voor de gezondheidszorg met volwassenen kaderen in de afbouw van bedden voor psychiatrische patiënten. De ziekenhuizen behouden deze middelen maar moeten ze nu in mobiele teams en in netwerken en zorgcircuits investeren, waarbij ze hun erkenning behouden (daarvoor is de normering in de ziekenhuiswetgeving ook aangepast). De terugbetaling van ziektekosten is geregeld door overeenkomsten met het RIZIV en alleen deze psychologen en psychiaters vallen onder deze regeling die daartoe een overeenkomst met het netwerk in hun gebied hebben gesloten (zie bron: drie soorten RIZIV-overeenkomsten). In deze overeenkomsten wordt in detail omschreven hoe de zorgtrajecten moeten

functioneren binnen het netwerk, aan welke voorwaarden de individuele hulp en de groepssessies moeten voldoen, hoe aan de kwaliteitscultuur binnen het netwerk wordt gewerkt, hoe de tevredenheid van patiënten en familie wordt gemeten en opgevolgd en hoe de financiering vanuit het RIZIV wordt geregeld.

Per netwerk voor volwassenen en voor kinderen en jongeren zijn vanuit de federale overheid meerdere substantiële subsidies per jaar voorzien, afhankelijk van de omvang van het netwerk. Ook vanuit de Vlaamse overheid gaat het om aanzienlijke subsidies op jaarbasis.

De netwerken werken met een netwerkcoördinator en met referentiepersonen die voor de trajecten met patiënten verantwoordelijk zijn.

De netwerken voor kinderen en jongeren, net als deze voor volwassenen, organiseren de netwerkcoördinatie, werken met gemandateerden per organisatie, stellen een netwerkcomité samen. Vanuit de federale overheid wordt vorming en ondersteuning voorzien, ook in intervisiegroepen en wetenschappelijke begeleiding en evaluatie.

Uit overzichten van één van de kleinere provinciale netwerken blijkt dat het netwerk op jaarbasis 165 aanmeldingen voor de langdurige, mobiele zorg voor kinderen en jongeren met een complexe problematiek krijgt, vooral via de bijzondere jeugdzorg en de Centra voor Leerlingenbegeleiding. Van januari 2024 tot nu zijn er 97 nieuwe aanmeldingen en lopen er 203 trajecten met kinderen en jongeren. In datzelfde netwerk behandelt men gemiddeld 50 mobiele crisisinterventies per week. De aanmeldingen komen van psychologen en psychiaters, diensten in ziekenhuizen, huisartsen, bijzondere jeugdzorg, CLB's en scholen. Het gaat in hoofdzaak om relationele, emotionele, gedragsproblemen en problemen in de hulpverlening. Daarnaast wordt zwaar ingezet op het geven van consult en advies en de ondersteuning van eerstelijns werkers (vroegdetectie, vorming, toeleiding naar GGZ). Dit netwerk werkt met 69 voltijdse equivalenten, verdeeld over 118 medewerkers uit 18 organisaties: ziekenhuizen, revalidatiecentra, centra voor geestelijke gezondheidszorg, instellingen, CAW en zelfstandigen. Per medewerker worden voor de ingezette uren met de organisaties contracten gemaakt.

Elementen voor ons project

De 'meta sturing' vanuit de federale overheid voor deze netwerken is minder dwingend en minder op uniformiteit gericht dan deze van de Vlaamse overheid ten opzichte van de zorgraden. Er is geen formele structuur zoals een vzw-vorm opgelegd, er is geen verplichte uniforme samenstelling,... Opvallend is de sterke inbedding met de ziekenhuizen die als contracterende partij optreden. Dat leunt aan bij ons vorig punt over de toegenomen profilering van de rol van de ziekenhuizen in zorgnetwerken. Sturend naar de netwerking is zeker de verplichting om bij het netwerk aangesloten te zijn om voor terugbetaling vanuit het RIZIV in aanmerking te komen. En sturend is evenzeer dat de omvangrijke federale en Vlaamse budgetten naar het netwerk gaan en niet naar de aparte organisaties.

Dat alles wijst er op dat deze netwerken krachtiger en duurzamer functioneren en met een sterker mandaat werken dan de Vlaamse zorgraden. De ondersteuning van de netwerken vanuit het federale niveau is eveneens sterker en de ondersteuning van de netwerkcoördinatoren in de vorm van intervisie, evaluatie, wetenschappelijke begeleiding,... is beter en uitgebreider georganiseerd dan de Vlaamse ondersteuning van de coördinatoren van de zorgraden.

Al steunen deze netwerken op overeenkomsten tussen de Vlaamse en de federale overheid, in het veld blijken toch aparte circuits van netwerking te bestaan. In het BVR van 5 april 2019 voor de geestelijke gezondheidsnetwerken bijvoorbeeld worden ziekenhuizen niet als partners opgenomen terwijl ze in de federale regelgeving een centrale rol spelen. Tot voor kort moest aan beide overheden apart worden

gerapporteerd, volgens aparte criteria. De Vlaamse overheid heeft via het Agentschap Opgroeien ambities om per eerstelijnszone een 'OverKop-huis' op te richten, waarbij de CAW als regisseurs worden aangeduid. Dat loopt sterk parallel met de ambities van de federaal geïnitieerde netwerken en het gaat in de regio om dezelfde partners. De Vlaamse reguliere financiering van de geestelijke gezondheidszorg gaat evenzeer naar de netwerken naar analogie met de federale filosofie. Maar daarnaast werkt de Vlaamse overheid voor de welzijnsactoren vooral met projectsubsidies waarbij de afzonderlijke welzijnsorganisaties tegenover elkaar komen te staan in een meer concurrentiële positie. Met het programma '1 Gezin, 1 Plan' begint de Vlaamse overheid nu wel ook meer middelen te poolen vanuit een netwerkfilosofie.

Pas recent lijkt vooral de tegemoetkoming voor psychologische hulp (opgestart in 2021 en uitgebreid sedert april 2024) tot contacten te leiden tussen de netwerken geestelijke gezondheid en de zorggraden in de eerstelijnszones. Dat is al bij al nog maar zeer beperkt uitgebouwd, mede omwille van de hierboven geschetste problemen met de zorggraden. Het wijst er ook op dat de netwerking met de zogenaamde 'sectorexterne' partners ook in de geestelijke gezondheidszorg nog maar in beperkte mate ontwikkeld is.

De focus van deze netwerken is breed en open en omvat een ruime waaier aan mogelijke problematieken en doelgroepen. Opvallend, maar niet typisch voor deze netwerken, is het beperkte zicht op de resultaten van deze netwerken en op de effecten voor en ervaringen van de betrokken zorgvragers, ook na tien jaar netwerking. Recent konden de netwerken voor kinderen en jongeren een halftijdse 'referentiepersoon kwaliteit' aanwerven (via één van de netwerkpartners) die de zorgcontinuïteit moet opvolgen en die zelf wordt ondersteund en opgevolgd door wetenschappelijke medewerkers.

De werkgroep programmatie van het 'comité voor het nieuw geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren' was in een rapport (2022) erg kritisch over de toestand in ons land. De werkgroep had het over het 'fragmentaire en niet structureel beschikbare cijfermateriaal'; over de tekorten aan aanbod ten opzichte van de zorgnoden, 'zelfs indien we enkel de meest ernstige zorgnoden in rekening nemen' waardoor 'zelfs de jongeren met de meest ernstige problemen niet allemaal in de gespecialiseerde zorg terecht kunnen'; over de onevenwichtige territoriale spreiding van het aanbod; over de te korte of te weinig intensieve zorgperiodes die geen enkele interpretatie toelaat 'die echt adequate zorg impliceert'. Dat is een behoorlijk kritische evaluatie van(uit) de netwerken. In de aanbevelingen spreekt de werkgroep over de nood tot verdubbeling van het aanbod en de werkgroep vindt dat de netwerken voor kinderen en jongeren 'ruimte en flexibiliteit moeten krijgen tot reconversie en/of intensifiëring volgens lokale noden' (COMGGKJ, 2022). Dat vindt bevestiging in de signalen die we in het veld horen: de netwerking voor de geestelijke gezondheid tussen de betrokken organisaties, die elk nog altijd eigen belangen hebben en verdedigen, is zeker verbeterd maar er gaat nog teveel overhead naar de pogingen tot afstemming tussen of het naast elkaar bestaan van de Vlaamse en federale circuits. En de verbeterde netwerking wordt gerelativeerd zowel door het beperkte zicht op het effect van deze netwerken als op de scheve verhouding tussen de gerealiseerde netwerken, het te beperkte aanbod en de toegenomen zorgvragen. Zelfs de meest ideaal georganiseerde netwerking kan die structurele problematiek niet afdoende opvangen of 'oplossen'.

e. DE REGIONALE ZORGZONES

Over de 60 eerstelijnszones en de zorggraden hadden we het hierboven. Het decreet van 24 april 2019 was daarvoor de decretale basis. Het decreet bouwde ook de 'regionale zorgplatformen' in. In hoofdstuk 6 staan de opdrachten van de 'regionale zorgplatformen' (art 16); de samenstelling (art 17); de afbakening (art 18).

Een regionaal zorgplatform 'is een rechtspersoon die binnen haar werkgebied aan de onderlinge afstemming tussen en aan de ondersteuning van de leden van het regionaal zorgplatform werkt' (art 14). De Vlaamse overheid bepaalt de erkenningsvoorwaarden, de duur van de erkenning,... en bepaalt de subsidies en de

subsidievoorwaarden. Het regionaal zorgplatform voert minstens de volgende opdrachten uit: 1. Het beleidsdomein WVG adviseren over de afstemming van het aanbod van zorg en ondersteuning op de behoeften van de bevolking binnen het werkgebied; 2. De zorg en ondersteuning op elkaar afstemmen, zodat de zorgcontinuïteit voor de persoon met een zorg – en ondersteuningsvraag kan gegarandeerd worden; 3. Problemen, drempels of knelpunten behandelen die niet door zorgraden binnen hun werkgebied opgelost kunnen worden (art 16). In artikel 17 staat dat minstens lid moeten zijn van de regionale zorgplatformen: de LOGO's; de palliatieve netwerken; de erkende expertisecentra dementie; de geestelijke gezondheidsnetwerken; de zorgraden van het werkgebied; de verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag en van erkende verenigingen van mantelzorgers en gebruikers. Ziekenhuizen en hun samenwerkingsverbanden kunnen participeren, zonder dat zij evenwel lid moeten worden en zonder de bijhorende verplichtingen. Alvast deze laatste beperking lijkt niet helemaal conform de toegenomen rol die ziekenhuizen in netwerken spelen.

Tot nu toe is aan dit deel van het decreet geen uitvoering gegeven en blijft de vraag welke functie en rol deze regionale zorgplatformen kunnen of moeten vervullen. Zij bevinden zich op een schaal die qua omvang vergelijkbaar is met de 15 Vlaamse referentieregio's, maar daarmee qua exacte afbakening niet volledig maar toch redelijk samenvalt. Het Kenniscentrum pleit in haar rapport 'voor het zoveel mogelijk laten samenvallen van territoria' (2022) maar geeft tezelfdertijd aan dat dit niet eenvoudig is. In een adviesnota van VIVEL over de Regionale Zorgzones en regionale zorgplatformen n.a.v. de oprichting van referentieregio's (2021) luidt het 'om zoveel mogelijk de opdrachten van de regionale zorgplatformen te herbekijken en te laten indalen op het niveau van de eerstelijnszones en/of naar het Vlaamse niveau'. De lijst van opdrachten voor de RZZ is volgens de VIVEL te beperkend. Referentieregio's kunnen als bovenlokaal niveau dienen: 'het verbinden van zorg en welzijn aan andere sectoren die elkaar ontmoeten op het niveau van de referentieregio's is uniek en waardevol en komt uiteindelijk de burger ten goede', p3 van het advies). VIVEL sluit zich aan bij het pleidooi om in elk geval op regionaal niveau (RZZ) geen nieuwe juridische structuren op te richten, wat in het decreet in de huidige vorm wel opgelegd is.

In de discussie over het decreet werd het voorstel geopperd om het personeel van de eerstelijnszones te poolen op het niveau van de regionale zorgplatformen, maar dat voorstel haalde het niet.

De omvang van de regionale zorgzones tendeert in de richting van de ziekenhuisnetwerken maar die schalen komen op veel plaatsen niet overeen. We citeerden hierboven al het advies van Zorgnet-Icuro (2024) om de formele ziekenhuisnetwerken af te schaffen en om de ziekenhuisregio's en regionale zorgplatformen te laten samenvallen.

Een aantal zorggebonden netwerken valt ongeveer of volledig samenvallen met de referentieregio's, de meeste daarvan worden ook genoemd in het decreet:

- De meeste eerstelijnszones bevinden zich binnen de referentieregio's;
- De referentieregio is ongeveer het werkgebied van de huidige LOGO's (lokale gezondheidsoverleggen, zelf ook in herziening);
- De netwerken jeugdhulp, min of meer op het niveau van de referentieregio's;
- De netwerken geestelijke gezondheid en het welzijnswerk (CAW's);
- Netwerken voor verslavingshulp, palliatieve zorg;
- Een aantal ziekenhuisnetwerken, een aantal andere echter niet.

Het Agentschap Opgroeien wil naast een versterkte investering en een versterkte ambtelijke aanwezigheid in de eerstelijnszones (Huizen van het Kind op lokaal niveau en OverKop-huizen in eerstelijnszones, zie hieronder) investeren in de regionale zorgzones, vooral voor het verbeteren van het ketenmanagement in de jeugdhulp. Het Agentschap wil de verantwoordelijkheid op het niveau van het netwerk leggen (samengesteld vanuit Jeugdhulp; OverKop-huizen; Geestelijke Gezondheid, Centra Algemeen

Welzijnswerk,...). De financiering zou op termijn aan het netwerk worden gekoppeld. De regie zou bij het Agentschap liggen.

De afstemming van de regionale zorgzone en referentieregio's is nu zeker niet perfect, maar dat is toch de schaal waarop het Agentschap voor dat ketenmanagement wil inzetten.

Het tussentijdse besluit is dat het samenvallen van de ziekenhuisregio's en de regionale zorgplatformen op de schaal van de referentieregio's de meest logische weg is. Er lijkt evenwel ook consensus te zijn in het veld dat de regionale zorgplatformen geen afzonderlijke juridische structuur moeten krijgen.

Dit overzicht brengt ons tot enkele tussentijdse vaststellingen en aanbevelingen:

- *Het belang van het 'lokale regime' (de lokale samenwerking) wordt breed erkend en is de grondstroom van alle ontwikkelingen en initiatieven;*
- *Deze grondstroom leidt ook tot aanpassingen binnen zorgorganisaties en brengt vaak lastige interne veranderingsvraagstukken met zich mee. Dat perspectief, die ervaringen en de nood aan interne transitie binnen zorgorganisaties, verdienen meer aandacht;*
- *De focus op netwerken moet ook staan op de feitelijke informele netwerking rond zorgvragen in relatie tot de meer geformaliseerde netwerken zoals in de zorgraden. De interactie tussen beide verdient meer aandacht;*
- *De zorgraden in de eerstelijnszones moeten versterkt en beter ondersteund worden en zij moeten in een minder strak en uniform regulerend kader kunnen werken;*
- *Er is nood aan meer netwerkgerichte doelstellingen op het niveau van de eerstelijnszones, waarop ze beoordeeld worden, maar zonder operationele processen op te leggen;*
- *De financiering zou gedeeltelijk moeten verschuiven naar het niveau van de zorgraad en een deel van de financiering van zorgorganisaties en vrij beroepen zou gekoppeld moeten worden aan deelname in netwerken;*
- *Het is belangrijk de rol van de ziekenhuizen in de eerstelijnszones te erkennen en te versterken en alle ziekenhuizen aan te sporen die rol op te nemen via de Vlaamse sturing op de zorgstrategische plannen;*
- *Het is wenselijk om de schaal van de referentieregio's, de regionale zorgplatformen en de ziekenhuisnetwerken op elkaar af te stemmen in hetzelfde gebied. De huidige formeel gestructureerde ziekenhuisnetwerken uitgebouwd volgens de federale regelgeving werken nauwelijks en kunnen worden afgeschaft;*
- *Op het niveau van de referentieregio / regionaal zorgplatform / ziekenhuisnetwerk is er geen nood aan nieuwe juridische netwerkstructuren voor zorg en welzijn. Lichte netwerkvormen volstaan, gekoppeld aan de federaal en Vlaamse netwerken voor geestelijke gezondheidszorg en de netwerken in de Vlaamse Jeugdhulp;*
- *Tussen de Vlaamse en federale overheid zijn zeker stappen gezet naar betere samenwerking op netwerkniveau voor de geestelijke gezondheidszorg, maar in het veld blijven er heel wat frustraties over de doorwerking van twee systemen voor netwerking, de overlap, de aparte financiering, de aparte regelgeving, de aparte rapportering. Er is al sprake van een onderaanbod, zodat de overhead die naar dubbele netwerken gaat, nog meer ten koste gaat van het al onderontwikkeld aanbod.*

4. Focus op de lokale besturen en de interbestuurlijke verhoudingen

a. **WAT BETEKENT DIT VOOR HET LOKAAL BESTUUR?**

In de eerste versie van dit hoofdstuk stonden deze alinea's over het lokaal bestuur in de toekomstvisie op een versterkte eerstelijnszorg:

*Hierboven stond het 'profiel van het lokaal bestuur anno 2030-2040' al beschreven. Daarin staat een **uitgebreide taakstelling** met elementen van maatwerk, netwerking, integrale koppeling van beleidsdomeinen, actor- en regierollen.*

*Veel lokale besturen hebben **nu niet de bestuurskracht om die taken op te nemen**. Bestuurskracht betekent investeren in voldoende en competent personeel die eerstelijnszones opvolgen en daarin een centrale rol kunnen spelen. Bestuurskracht betekent voldoende capaciteit in de eigen organisatie van het lokaal bestuur om de werking van de ELZ te koppelen met het lokale beleid. Dat alles veronderstelt dat lokale besturen de zorggraad als een volwaardige partner erkennen (en omgekeerd) en dat is op veel plaatsen nog niet het geval. Lokale besturen zouden hun lokale sociale beleid dan moeten afstemmen op het overleg in de zorggraad en daar staan we nog ver van af. Maar, zoals aangegeven, ook in de ELZ zelf is nog veel werk te doen om tot doelstellingen en acties te komen.*

*Het mag dan al zo zijn dat de **decentrale eerstelijnszorg** op papier op een groot draagvlak kan rekenen, in de praktijk ziet lang niet iedereen die sterkere rol van de lokale besturen zitten. Dat botst met machtsverhoudingen bij ziekenfondsen, artsen ... Dat bleek en blijkt ook in discussies over de totstandkoming van de eerstelijnszones, over het voorzitterschap in ELZ's, discussies in het verzekeringscomité (federaal), bij discussies over een ander financieringsmodel, bij proefprojecten waarbij verpleegkundigen in huisartspraktijken (VIHP) op het niveau van buurten/lokale besturen ter beschikking zijn voor een hele populatie; bij de opstart van nieuwe brede eerstelijnspraktijken in verbinding met lokale besturen.*

*De verticale **machtsverhoudingen** domineren nog vaak op de horizontale samenwerking. Dat vertakt zich ook op het niveau van politieke kabinetten en administratie: niet zozeer lokaal, maar wel op Vlaams en federaal niveau.*

De bijkomende contacten in het kader van de vervolgoopdracht in 2024 hebben tot nuancering geleid van deze alinea's.

Ons toekomstbeeld op het binnenlands bestuur gaat uit van minder maar sterkere lokale besturen die over voldoende bestuurskracht beschikken. Dat betekent dat veel lokale besturen nu niet over die capaciteit beschikken in relatie tot de eerstelijnszones zoals ze nu functioneren. Over dat functioneren zijn we nu ook kritischer dan in de eerste versie van dit rapport. De ervaringen met de huidige lokale besturen domineren wel het beeld bij de zorgactoren en het is de huidige situatie die hun houding ten dele verklaart. Dat is begrijpelijk: als de capaciteit niet aanwezig is, is het lastig vertrouwen te hebben in de lokale besturen. En wat de Toekomstvisie brengt, is op dit moment onzeker.

De analyse van de zorggraden leert ook dat deze raden nu vooral gedomineerd worden door zorgagenda's. Dat raakt de lokale besturen zeker voor een deel, maar dat ligt toch al wat verder van de taken van lokale besturen. De koppeling met het ruimere sociale beleid, dat eerder wel in de basistaken van de lokale besturen zit, komt veel minder of nog niet aan bod in de zorggraden. Het is daarom niet onlogisch dat zorgorganisaties kritischer staan ten opzichte van een mogelijke regierol van lokale besturen inzake zorgnetwerken en zorgcircuits. Dat zou wellicht ten dele anders zijn mocht de koppeling met het sociaal beleid dominantier zijn

in de zorgraden. Dat is nu dus nauwelijks of niet het geval. Sterkere lokale besturen met meer competenties kunnen die koppeling ook zelf in de zorgraden sterker bepleiten.

Ons beeld van het lokaal bestuur is een rationeel toekomstbeeld. Zorgorganisaties ervaren in de praktijk hoe partijpolitieke houdingen op korte termijn vaak ook in lokale besturen het handelen verklaren. Daarom staan zorgorganisaties niet onterecht kritisch tegenover de potentiële rollen van het lokaal bestuur. Vaak spelen hier ook ideologische posities mee vanuit het verzuilde verleden van ons land. In lokale besturen die gedomineerd worden door N-VA staan de organisaties met een katholieke of socialistische geschiedenis kritischer tegenover het versterken van de rol van het lokaal bestuur. Soms wordt dat, al niet strategisch geïnspireerd, vermengd met de klassieke discussie over het niet combineerbaar zijn van de rollen van actor en van regisseur in hoofde van lokale besturen. De verhouding actor versus regie verschilt ook sterk van lokaal bestuur tot lokaal bestuur. In eerstelijnszones zijn er zowel lokale besturen met heel weinig eigen zorgaanbod tot lokale besturen met veel eigen aanbod. Die combinatie en differentiatie tussen lokale besturen binnen dezelfde eerstelijnszone maar met zorgorganisaties die in alle lokale besturen werken, zorgt voor extra complexiteit die de terughoudendheid van de zorgorganisaties ten opzichte van lokale besturen helpt verklaren.

De werking van veel zorgraden is voor veel verbetering vatbaar en die staat ten opzichte van de hooggestemde doelstellingen nog maar aan het begin, voor zover die problemen niet structureel blijken te zijn. Er is volgens ons nood aan een nieuwe impuls om voor nieuwe dynamiek te zorgen. In deze omstandigheden lijkt het dan ook zeer kunstmatig om nu hoogoplopende discussies te voeren over de regierol en over wie wat moet doen. Dat soort discussie ten opzichte van de beperkte actie in de zorgraden lijkt dan eerder over positiestrijd dan over inhoud te gaan.

De werking van de zorgraden hoeft ook niet allemaal uniform te zijn, noch in organisatie, noch in soort werking. We hebben in onze aanvulling op dit hoofdstuk al gewezen op het onderscheid tussen informele netwerken en formele netwerkorganisaties zoals de zorgraden. Het lijkt er op dat in het veld al allerlei bewegingen gaande zijn die de feitelijke netwerking versterken. Dat komt doordat zorgorganisaties zich aan de grote zorgvraag en toegenomen complexiteit moeten aanpassen door meer samen te werken. Sommige organisaties kunnen daarom in de praktijk feitelijke regierollen rond hulpvragen opnemen.

Het lijkt er op dat sommige ziekenhuizen zich ook meer opwerpen als regisseurs van de zorgvragen en zorgcircuits en dat zij daarbij ook door de zorgorganisaties aanvaard worden op basis van een grotere legitimiteit dan deze die de huidige lokale besturen nu in de zorg hebben. Om al die redenen zijn algemene discussies over wie de regie moet voeren, vrij zinloos en zijn ze ook inhoudelijk leeg. Er is een uitgebreide werkagenda als we voor allerlei zorgbehoevenden in zeer uiteenlopende situaties gepaste zorgcircuits willen uitbouwen. Soms is een beperkte netwerking binnen de zorg genoeg, soms is een uitgebreide netwerking aan de orde met welzijnsactoren en actoren in het sociale veld (onderwijs, welzijnsinstellingen, sociale huisvesting,...). Bij het tweede is een sterkere profilering van de lokale besturen meer aangewezen. Er bestaat met andere woorden wellicht niet één algemene regierol, maar het gaat eerder om een veelheid van allerlei regie-achtige activiteiten in wisselende situaties en voor wisselende trajecten. Soms kan een ziekenhuis aan zet zijn, dan weer een partner uit het netwerk of onderdelen van het lokaal bestuur. Zo'n benadering lijkt voor de stand van de zorgraden een meer werkbare invulling dan abstracte en algemene discussies over regie te voeren en dat te beschouwen als een vorm van toegekend monopolie. Dat soort discussies gaat ook meestal niet over inhoud maar over macht.

Deze nuancering betekent niet dat we rol van het lokaal bestuur minimaliseren. Waar de koppeling tussen zorg en welzijn aan de orde is (en dat meer zou moeten zijn), is de versterking van de rol van het lokaal bestuur in de zorgraden wel degelijk relevant. Dat moet dan evenwel gepaard gaan met een kritische analyse

van die rollen van het lokaal bestuur. Een lokaal bestuur moet niet zoveel mogelijk rollen willen claimen, maar kan wel helpen om zoveel mogelijk rollen goed in de zorggraad in te bedden. En we blijven de democratische positie van het lokaal bestuur in deze ook nog altijd bijzonder essentieel vinden. De werking van de zorggraad en de tevredenheid van de zorgvragers zouden veel meer dan nu het voorwerp moeten zijn van publiek debat en democratische discussie, in de schoot van de gemeenteraden. Dat betekent daarom niet dat het lokaal bestuur zoveel mogelijk zelf moet doen. Ook met een goed afgebakende rol van het lokaal bestuur is het verkozen lokaal bestuur de meest gelegitimeerde organisatie om de werking van de zorggraad en van alle zorgorganisaties vanuit de belangen van de lokale gemeenschappen kritisch op te volgen en te evalueren, waar mogelijk in directe samenspraak en in een goed georganiseerd publiek debat met zorgvragers of hun vertegenwoordigers.

Een belangrijk punt van evaluatie en aanbeveling verdient nog aparte en bijzondere aandacht en is gekoppeld aan de discussie over de rol van het lokaal bestuur. Het is overduidelijk dat in de velden van welzijn en zorg veel soorten netwerken actief zijn, zowel op het lokale als op het bovenlokale niveau. Heel wat initiatieven van de federale en/of Vlaamse overheid hebben dat gestimuleerd, naast allerlei autonome initiatieven vanuit de lokale besturen en/of lokale actoren. We beschouwen dit enerzijds als een positieve ontwikkeling, omdat dit het belang van het lokale niveau aantoont. Het is ook enigszins onvermijdelijk dat in een eerste fase van ontwikkeling veel bloemen bloeien en heel wat initiatieven worden genomen. Anderzijds roept dit zeker ook vragen op over de onderlinge verbanden, de verwevenheid tussen netwerken, de vaststelling dat dit vaak om dezelfde soorten organisaties gaat die in verschillende netwerken optreden. We zijn er ons van bewust dat het om een veelheid van soorten problematieken, situaties en doelgroepen gaat, die onmogelijk door één en hetzelfde netwerk op te vangen zijn. Dat neemt niet weg dat vanop enige afstand toch kritische vragen te stellen zijn. Veel netwerken werpen zich op als de eerste toegangspoort. De federale netwerken voor geestelijke gezondheidszorg doen dat bijvoorbeeld maar ondertussen is er ook het lokaal geïntegreerd breed onthaal, dat zich evenzeer als de unieke toegangspoort presenteert. En nogmaals: het is best mogelijk dat beide daarvoor goede motieven hebben en dat dit ook voor soorten doelgroepen aangewezen is. Het is evenwel ook niet uitgesloten dat dit voor hulpvragers helemaal niet zo duidelijk is of dat ze van het ene netwerk naar het andere worden verwezen, zonder dat aan hun hulpvragen tegemoet wordt gekomen. Het is niet omdat verantwoordelijken voor en in netwerken vinden dat ze goed werken, dat betrokkenen dat ook vinden.

Het is ook voor ons moeilijk om binnen onze opdracht nog meer harde aanbevelingen te maken over bepaalde netwerken. We missen vaak evaluaties van de werking van deze netwerken, die verder gaan dan wat coördinatoren van netwerken ons daar zelf over vertellen. Die evaluaties, zo hebben we vastgesteld, zijn er vaak ook gewoon niet. We formuleerden enkele kritische reflecties maar we missen het perspectief van burgers om daar harde uitspraken over te doen. Het is op dit punt dat we toch ook weer moeten wijzen op de democratische verantwoordelijkheid van lokale besturen. Zij staan voor het algemeen belang van mensen die zorg behoeven en zorg vragen. Het zou daarom ten zeerste wenselijk zijn dat er een systeem ontstaat waarbij lokale netwerken zoals de Huizen van het Kind, het GBO, de OverKop-huizen, de netwerken geestelijke gezondheidszorg,... geregeld op het lokale publieke forum verantwoording geven over wat zij doen, wie zij bereiken, met welke effecten dat gebeurt, best onderbouwd door ook de evaluatie vanuit het perspectief van de gebruikers te integreren en die stem te laten horen bij die publieke evaluatie. Dat hebben we nodig om beter onderbouwd naar de eventuele overlap, het eventuele dubbel werk, de kwaliteit en de prestaties van al die netwerken te kijken. De ruimte om dat op lokaal niveau aan te passen zou dan ook groter moeten zijn dan ze nu is.

b. WAT BETEKENT DIT VOOR DE VLAAMSE OVERHEID?

Op het niveau van de Vlaamse overheid is het besef van de **nood aan 'health in all policies'** aanwezig. De welzijnsadministraties Agentschap Opgroeien, Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, het Departement Zorg willen evolueren naar een geïntegreerd jeugd- en gezinsbeleid en verwoorden hun ambities in het *plan 'Vroeg en Nabij'*, met betrokkenheid van het Departement Onderwijs en Vorming en het Departement Cultuur, Jeugd en Media.

Het ontbreekt niet aan goede intenties, maar dat neemt niet weg dat de verkokering op het Vlaamse niveau nog vaak het dominante patroon is. De verschillende sectorale kokers krijgen via de eigen budgetten weinig stimulansen tot intersectorale samenwerking en tot horizontale koppeling op het lokale niveau via lokale netwerken. Op het lokale niveau werken de Vlaamse administraties vaak naast elkaar.

Welzijn en gezondheid meer homogeen clusteren lijkt een logisch principe, ook in het kader van het verbinden met essentiële beleidsdomeinen zoals wonen, werk, publieke ruimte en onderwijs. In het licht daarvan is de fusie naar één Vlaams Departement Zorg al een belangrijke stap.

De Vlaams-lokale verhoudingen zijn een onderdeel van die geïntegreerde benadering. **De zorgraden in de eerstelijnszones zouden voor het lokale maatwerk moeten zorgen.** De Vlaamse overheid moet dat faciliteren. Zij kenden een manke start: er was nog geen traditie van overleg en er was en is soms zelfs geen personeel om de zones uit te bouwen⁸. Ondertussen had de Vlaamse Regering de nota *'Slagkrachtige zorgraden door versterken rol lokale besturen, verhogen betrokkenheid welzijnsveld en actualisering van de opdracht'* goedgekeurd. Die nota legt de basis voor het bestuur, de afstemming met de lokale besturen voor het lokale sociale beleid, de uitbreiding van de zorggraad met andere relevante actoren (VAPH/Opgroeien) en een nieuw financieringsmodel⁹. Dat mag wat ons betreft niet betekenen dat de eerstelijnszones nu in steen gebeiteld zijn en per definitie niet meer veranderd zouden mogen worden. De evaluatie van de zorgraden in de eerstelijnszones (zie hierboven) moet kritisch zijn en er is lering nodig uit deze eerste generatie, op het vlak van de schaal, de samenstelling, de verhouding tussen lokale beleidsruimte en Vlaamse kaders en regelgeving. Niet het blijvend bestaan van de zorgraden in de huidige vorm moet domineren, maar de functie en de doelgerichtheid in functie van betere samenwerking.

Nu de coronacrisis (en de vaccinatiecentra) geen of amper energie meer opslorpen, is het tijd voor versnelling en nieuwe impulsen. Er ligt nog veel werk op de plank: concrete samenwerkingstrajecten, populatiemanagement (zicht krijgen op noden, versterken van de betrokkenheid van de hulpvragers). Na de herziening van het decreet is de rol voor lokale besturen in de zorgraden belangrijker en kan de governance definitief vorm krijgen. Het platform van een eerstelijnszone heeft dus zeker nog potentie om verder te evolueren. De betrokkenheid van de lokale besturen is cruciaal. Grotere gemeenten moeten in de ELZ samenwerken met kleinere gemeenten; er is maatwerk nodig tussen zones die op het vlak van de demografie heel verschillend zijn. **Zowel in de ELZ als bij de lokale besturen is versterking van bestuurskracht nodig.**

In het eerstelijnsdecreet is oorspronkelijk voorzien in een bovenbouw van een **regionaal zorgplatform** dat, ongeveer op het niveau van de 15 referentieregio's, voor afstemming zou moeten zorgen tussen de eerstelijnszones (bv. zorgstrategische planning). Een afstemming van alles is niet realistisch in het landschap van welzijn en zorg. Dat bevat daarvoor te veel sectoren, thema's en domeinen.

⁸ Steunpunt WVG (2022), Evaluatie van de aanpak van de COVID-19-crisis en beleidsaanbevelingen voor de organisatie van het zorglandschap.

⁹ Kerntaken van de zorggraad (na de wijziging van het decreet): 1. Organisatie en aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning afstemmen op de vraag - 2. Lokaal sociaal beleid ondersteunen - 3. Beroepsverenigingen ondersteunen - 4. Eerstelijnszorgaanbieders ondersteunen - 5. Meewerken aan Vlaamse gezondheidsdoelstellingen.

Op hoofdlijnen is dit samengevat onze visie:

- **Grotere lokale besturen** die meer bestuurskracht hebben voor de regierollen (geïntegreerd breed onthaal, BOA-decreet & Huis van het Kind, data en gegevensdeling, ouderenzorg).
- In de opstap naar fusies kunnen **referentiezones** functioneren. In hoofdstuk 4.3 in de publicatie “Toekomstvisie op het lokaal & binnenlands bestuur” werken we dat verder uit. De referentiezones zijn een combinatie van politiezones en de ELZ, met een minimale schaal van 70.000 tot 130.000 inwoners. Die zone steunt op de vertrouwdheid van bestaande samenwerking, op criteria voor centrumfuncties, binnen logische sociologische gehelen.
- Samenwerking op het niveau van de **referentieregio’s / de regionale zorgplatformen**. De ELZ’s kunnen de sector gezondheids- en welzijnszorg in het overleg op het niveau van de referentieregio vertegenwoordigen. De schaal van de referentieregio valt samen met het werkingsgebied van de huidige lokale gezondheidsoverleggen¹⁰ (LOGO’s), de netwerken jeugdhulp, de netwerken geestelijke gezondheid en het welzijnswerk (CAW)¹¹, de justitiële afdelingen (cf. justitiehuisen) en een aantal formele ziekenhuisnetwerken. Andere ziekenhuisnetwerken volgen echter een heel andere logica maar de toekomst van de formele ziekenhuisnetwerken staat zelf ter discussie (september 2024). Voor de afstemming met de zorgstrategische planning is de afstemming met de ziekenhuizen binnen de referentieregio in elk geval belangrijk.
- Er is op het niveau van de referentieregio’s geen nood aan juridische structuren. Dat is een functioneel niveau waar netwerkverbinders en specialisten nodig zijn. De Vlaamse overheid kan die ter beschikking stellen (bv. vanuit de fusie binnen het Departement WVG, het eerstelijnssteam ‘algemeen welzijnswerk’ en het voormalige Agentschap Zorg en Gezondheid (team eerstelijnszorg).

Het Agentschap Opgroeien neemt in het Departement Zorg een bijzondere plaats in, omwille van haar historisch sterke inbedding op het lokale niveau. Het lokale niveau is voor het Agentschap cruciaal voor alle zorg die met kinderen en jongeren te maken heeft. Het Agentschap heeft het plan om de rol van hun lokale teams te herdefiniëren en deze sterker in te schakelen in het ‘lokaal verhaal’ van de zorgraden in de eerstelijnszones. Dat gaat om 600 – 700 medewerkers (waarvan er natuurlijk wel al veel lokaal zijn ingebed) en het gaat om thema’s als: preventie; mishandeling; armoede; ouderschapsondersteuning,...

De eerstelijnszones zijn voor het Agentschap cruciaal: het Agentschap werkt aan een inventarisatie van het aanbod per ELZ en aan de verwerking van data voor elke ELZ. Wat bestaat er allemaal aan aanbod per ELZ? In 2025 willen ze werk maken van convenanten, zeker met de centrumsteden. De bedoeling is, onder andere, om per ELZ werk te maken van OverKop-huizen, die nu al op meerdere plaatsen vorm krijgen. Het BOA – decreet (gebiedsdekkende decentralisatie van buitenschoolse kinderopvang naar individuele gemeenten) zou eventueel uitgesteld worden tot 2028, voor de volle uitvoering.

Zowel het Departement Zorg als het Agentschap Opgroeien erkennen de nood aan de versterking van de lokale en bovenlokale netwerking. Ze zien ook in dat dit voor hun werking en organisatie een noodzakelijke omslag meebrengt, zowel op het niveau van de cultuur (denken vanuit het lokale) als in de organisatie (aanwezig zijn op het lokale niveau, in interactie staan met het lokale niveau). In de metasturing van de lokale netwerken valt bij het Departement Zorg nog een hiërarchische en bureaucratische houding op en lijkt er nog niet zoveel vertrouwen in de lokale netwerking. Het Agentschap Opgroeien is vanuit de lokale historiek van haar samenstellende delen, veel meer dan het Departement Zorg ingebed in het lokale niveau en met ambtenaren aanwezig op het lokale niveau. Initiatieven zoals de Huizen van het Kind en de OverKop-huizen

¹⁰ Al zijn die LOGO’s op dit moment voorwerp van een grondige hertekening. LOGO’s zouden zich ook nog meer op het niveau van de eerstelijnszones moeten richten en organiseren.

¹¹ Die hun eerstelijnsfunctie zouden moeten laten samenvallen, of minstens organiseren, op het niveau van de ELZ’s.

zijn daarvan illustraties. Maar ook bij het Agentschap Opgroeien is de sterkere investering in lokale netwerken en in haar organisatie nog voorwerp van een transitie. In het algemeen betekent dit dat er veel moet worden geïnvesteerd in capaciteit en competenties van de lokale netwerken, in ondersteuning van de lokale netwerken, in een decentrale aanwezigheid en houding van veel meer Vlaamse ambtenaren dan nu het geval is en in een aangepaste governance van het Agentschap op centraal niveau dat ruimte laat voor lokaal maatwerk, voor uiteenlopende dynamieken, voor gedifferentieerde praktijken. Ook voor het Agentschap is dat een cultuuromslag die nu al wel zichtbaar is maar nog heel wat transitiezorg zal meebrengen.

C. WAT BETEKENT DIT VOOR DE FEDERAAL-VLAAMSE VERHOUDINGEN?

➤ EEN HARDNEKKIG SYSTEEM

Elk systeem heeft de sterke tendens tot zelfbehoud. Het gezondheidssysteem is daarvan zeker een voorbeeld. Het past zich maar moeizaam aan nieuwe evoluties aan. **Welzijn en zorg zijn dan nog twee systemen**, met vergelijkbare tendensen tot behoud van de bereikte evenwichten. We zien dat op alle niveaus. Op het Vlaamse niveau is het voorlopig nog een open vraag wat de fusie tussen het Departement WVG en het Agentschap Zorg en Gezondheid tot één Departement Zorg kan betekenen. Op het lokale niveau is de integratie van het OCMW en de gemeente op veel punten en plaatsen nog lang niet zo ver dat de meerwaarde van die integratie in de praktijk blijkt. Het gaat om twee operaties tot systeemverandering dus, op twee overheidsniveaus en met nog open vragen over de effecten. Een ander onderdeel van het systeem is de verhouding tussen de federale en de Vlaamse bevoegdheden. Daarover gaat dit onderdeel.

Vooraf geven we nog eens uitdrukkelijk aan dat wij in deze tekst kijken en redeneren vanuit het lokale niveau, dat van de noodzakelijk meer effectieve en efficiënte afstemming op de eerste lijn. Ook in het debat over eventuele volgende stappen in de staatshervorming is dat altijd ons uitgangspunt.

➤ SAMENWERKING MET NON-PROFITORGANISATIES: DE NOOD AAN NETWERKING

Mensen met acute zorgnoden hebben geen boodschap aan de mededeling dat hun problemen opgelost zullen zijn, na eerst nog een volgende staatshervorming. Zo lang kunnen de meesten helaas niet wachten. Daarom is de inzet op verbeterde netwerking, op alle niveaus en tussen de niveaus, hoe dan ook, een noodzaak. Wie zich achter de zogezegde noodzaak van een staatshervorming verschuilt om ondertussen de eigen maatschappelijke verantwoordelijkheid in lokale netwerken niet op te nemen, pleegt schuldig verzuim.

Daarom is in de huidige situatie het inzetten op een verbeterde lokale netwerking de enig mogelijke en ook noodzakelijke en urgente denkpiste. Die kan ons wel aan heel eind op weg helpen. Dat vereist echter zowel van de lokale besturen als van de Vlaamse en federale overheid behoorlijk wat inspanningen. Lokale besturen zullen hun eigen interne werking kritisch tegen het licht moeten houden: draagt die bij tot of hindert die de afstemming op de eerste lijn? De integratie tussen OCMW en gemeente is daarvan een belangrijk onderdeel. De Vlaamse overheid kan op vele manieren de lokale netwerking stimuleren. In het hoofdstuk over het sociaal beleid wijzen we op het belang van het dereguleren van allerlei zogenoemde gemandateerde netwerken waarbij de Vlaamse overheid de organisatie van lokale netwerken vanuit een hoofdzakelijk sectorale invalshoek bepaalt. De deregulering van die netwerken moet de ruimte vergroten van lokale actoren om tot samenwerking te komen op maat van gebieden en cliënten. Aan dat proces moet ook de Vlaamse overheid zich aanpassen, zoals we dat in het voorgaande onderdeel hebben beschreven.

We wijzen in het hoofdstuk over het sociaal beleid ook op de centralisatie bij grote koepelorganisaties. Zij zouden hun lokale afdelingen moeten mandateren en ruimte geven om hun verantwoordelijkheid in lokale netwerken op te nemen. Die stappen zouden de lokale netwerking in de eerstelijnszones al sterk verbeteren.

In de huidige situatie, en zonder staats hervorming, zou de federale overheid zich ook sterker kunnen inschrijven in de logica van de lokale netwerking in de Vlaamse eerstelijnszones en hun tegenhangers in Wallonië en in het Brusselse gewest. Dat zou het leidende principe kunnen zijn in het zogenoemde ‘Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg’, dat nu maar moeizaam tot stand komt. Het zou dus voor de lokale netwerking al een stap vooruit zijn mochten de territoriale afbakeningen in de regio’s een erkende plaats krijgen in het federale beleid (eerstelijnszones en de regionale zorgplatformen in Vlaanderen en de Proxisanté in Wallonië). Dat zou voor vertrouwen kunnen zorgen waardoor er meer ruimte komt voor gedeelde beleidsdoelstellingen. Federale financiering en de federale organisatie van de zorg enten op deze territoriale zones zijn federale instrumenten om die doelstellingen te bereiken. Daarvoor is geen staats hervorming nodig.

Inzetten op netwerkcoördinatie en partnerschapsdenken kan misschien meer opleveren dan een volgend rondje staats hervorming. En, nogmaals: er is geen excuus denkbaar om daar op korte termijn niet op in te zetten. We hebben tijdens de coronacrisis gezien dat de rol van gemandateerde ambtenaren, zoals bijvoorbeeld coronacommissaris Facon, belangrijk was. Toen konden wel zaken die regulier blijkbaar niet mogelijk zijn. Ook interbestuurlijk samenwerken (federaal-Vlaams en Vlaams-lokaal) lukte dan redelijk. In crisisperiodes konden we de dysfuncties van het politiek systeem gedeeltelijk ontwrichten: de micropolitiek, de invloed van sociale media, de partijpolitieke opstelling, de kabinetten die interageren met de administratie. Toenemende crisissen in de zorg kunnen hopelijk dat soort druk permanent maken, al beseffen we dat dit uitermate cynisch klinkt. Patiëntenorganisaties kunnen zeker mee zorgen voor voldoende druk op het systeem.

➤ **EEN MEERLAGIGE REALITEIT**

We hadden het hierboven over de **omslag van (reactieve) curatie naar meer preventieve gezondheidszorg**. Het preventieplatform vertaalt het zo: *‘De impact van COVID-19 op onze maatschappij zou minder groot zijn mocht ons land in alle sectoren en op alle beleidsniveaus een performant preventief gezondheidsbeleid voeren, waardoor de gezondheidstoestand van de gemiddelde Belg beter zou zijn.’* Hier stoten we op wat volgens sommigen een constructiefout is in het huidige systeem van gezondheidszorg: preventie is een geregionaliseerde Vlaamse bevoegdheid, maar de effecten ervan tekenen zich vooral federaal af (vermindering van kosten voor de ziekteverzekering en sociale zekerheid).

Dat geldt dus ook voor de effecten van preventie op het lokale niveau. De eerste lijn is overwegend de bevoegdheid van de gemeenschappen, de tweede lijn overwegend die van de federale overheid. Meer investeren in de eerste lijn kan leiden tot effecten op de tweede lijn die kleiner, meer specialistisch kan zijn en meer ambulante zorg kan aanbieden.¹²

¹² De (federale) minister van Volksgezondheid zet de lijnen uit voor rekening van de federale regering. Daaronder valt de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid met ondersteuning van Sciensano en de Hoge Gezondheidsraad.

Zij zijn onder meer bevoegd voor de organisatie van de gezondheidszorg en de financiering van de ziekenhuizen.

> De Vlaamse minister van Welzijn en Volksgezondheid gaat samen met het Departement Zorg over o.a. preventiebeleid, woonzorgcentra, verzorgingstehuizen, centra voor dagverzorging, geestelijke gezondheidszorg, mensen met een beperking, eerstelijnszorg, hulp aan bejaarden.

> De Waalse gewestminister heeft dezelfde bevoegdheden hoewel Volksgezondheid een gemeenschapsbevoegdheid is. De Franstalige Gemeenschap heeft 2 bevoegde ministers: 1 gemeenschapsminister bevoegd voor kinderen en 1 voor wetenschappelijk onderzoek en universitaire ziekenhuizen.

Bij de Duitstalige Gemeenschap is één minister bevoegd.

> Tot slot zijn in het tweetalige Brusselse Hoofdstedelijke Gewest zowel de Franse Gemeenschap als Vlaanderen mede bevoegd. De ministers daar zijn bevoegd voor o.a. mensen met een beperking, ziekenhuisbeleid, ouderenbeleid en geestelijke gezondheidszorg. Daarbovenop is er nog een

➤ **MOETEN WE BEVOEGDHEDEN OP HETZELFDE NIVEAU BRENGEN OM DE EERSTELIJNSZORG TE VERSTERKEN?**

De bevoegdheden in de gezondheidszorg zijn versnipperd als een gevolg van de opeenvolgende staatshervormingen. In de recente COVID-19-pandemie bleek dit problematisch. Een federale coördinatie van beleid drong zich op. Ook buiten de crisis zijn de sociale interacties tussen de federale overheid, de gewesten en de gemeenschappen intens. Een goede coördinatie van zowel preventie als curatief beleid tussen regio's onderling en met de federale overheid is ook dan belangrijk.

Het verleden leert dat dit soort coördinatie niet eenvoudig te realiseren is. Er zijn weinig contacten tussen ministers van de federale overheid en de regio's. Er is ook geen hiërarchische relatie tussen de decreten van de regio's en de wetten van de federale overheid, zoals dat in Duitsland wel het geval is. Net omdat dit federaal-Vlaamse debat zo moeilijk loopt, pleiten we voor een versterking van het lokale niveau en de eerstelijnszones om de integratie van het beleid op maat van logische werkgebieden te realiseren. Deze responsabilisering vergt een flexibilisering van zowel het Vlaamse als het federale beleid. Het zou dus moeten kunnen dat de federale overheid in Vlaanderen werkt met eerstelijnszones en in Wallonië met de zogenoemde "réseaux loco-régionaux" van het Proxisanté-plan¹³.

Is dan een staatshervorming nodig? Als de flexibiliteit binnen de federale overheid om gedifferentieerd te werken, zich niet realiseert en er is het vertrouwen dat de Vlaamse overheid wél dergelijke flexibiliteit kan ontwikkelen, dan valt deze piste te overwegen. Er valt echter meer bestuurlijke kracht te halen bij een federale en Vlaamse overheid die zich voor haar bevoegdheden inschakelt in de visie van lokale autonomie en maatwerk. Een vorm van tussenweg tussen de netwerking en een globaal akkoord over de federaal-Vlaamse verhoudingen, zou kunnen zijn om op een pragmatische manier te werken aan een beter functionerende eerste lijn. We geven twee voorbeelden:

- De regioafbakening voor huisartsenkringen is een Vlaamse bevoegdheid. De wachtposten van de huisartsen zijn federaal gefinancierd. Zeker als we territoriaal afbakenen, is het logisch dat de regio die ook verantwoordelijk is voor de bestuurlijke organisatie, daar een prominente rol in speelt. Dat is ook de geest van het regiodecreet en het voorstel dat we doen in functie van de hervorming van de politiezones.
- De geestelijke gezondheidszorg is verdeeld over federale en Vlaamse bevoegdheden, daar hadden we het hierboven al uitgebreid al over. We hadden het over het gemeenschappelijke initiatief van minister Frank Vandenbroucke (federaal) en minister Hilde Crevits (Vlaams) in het najaar van 2023 waarbij ze de krachten bundelen om het zorgaanbod voor jongeren met mentale gezondheidsproblemen te versterken. De ministers bedden zo de psychologische zorg (federaal gefinancierd binnen de algemene ziekteverzekering) in bij Vlaamse voorzieningen die vandaag al inzetten op het bereiken van jongeren, bv. de OverKop-huizen. Een mooi coördinatie-initiatief zonder staatshervorming, zij het met nog tal van verbeterpunten, zoals hierboven toegelicht.

De Maeseneer (De Maeseneer, 2020), De Ridder (De Ridder, 2019) en ook Vandeurzen en Steyaert (Steyaert en Vandeurzen, 2022) doen suggesties voor een staatshervorming, maar geven ook aan dat dit voorwerp is

aparte staatssecretaris voor preventie, maar dan alleen voor Franstalige Brusselaars. Alleen binnen Brussel dus al 3 ministers/staatssecretarissen. Dat alles smeekt om coördinatie: de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

¹³ Zie ook www.proxisante.be – Uit het Waalse Regeerakkoord van 2019: *Une organisation territoriale de l'offre d'aide et de soins sera définie avec les acteurs de santé à partir des zones de soins de première ligne réparties sur l'ensemble du territoire wallon. Une cohérence entre la première ligne et les soins spécialisés, dont les futurs réseaux hospitaliers et les soins de santé mentale sera recherchée.*

voor politiek debat. Zo is er de keuze voor ofwel meer interbestuurlijk overleg (op basis van multidisciplinair overleg, populatie-onderzoek en case-management), dan wel een verdere regionalisering en creatie van homogene bevoegdheden daarin (Steyaert en Vandeurzen, 2022). **In onze benadering geven we aan dat de keuze voor beter interbestuurlijk overleg geen keuze kan zijn: het is een actuele noodzaak om nu tot betere lokale netwerking te komen, ongeacht volgende stappen in de staatshervorming.**

5. Besluit

Visienota's over de gezondheidszorg van de toekomst zijn er bij de vleet.¹⁴ In al die documenten staat een **sterke decentrale eerstelijnszorg** centraal. Lokale besturen zijn daarin als democratisch verkozen besturen een cruciale speler. De toegenomen verwachtingen naar lokale besturen maken vooral duidelijk dat veel Vlaamse lokale besturen nu niet de bestuurskracht hebben om op die verwachtingen te kunnen inspelen.

In de coronacrisis hebben de Vlaamse burgers de lokale besturen en de **eerstelijnszones** ontdekt en bleek plots hoe belangrijk die lokale besturen wel zijn, altijd evenwel in een nauw en onmisbaar samenspel met tal van lokale actoren. Het '*local activism*', de inzet van veel mensen voor een betere zorg, drijft het lokale niveau aan, hoe zeer dat ook vaak moet gebeuren in de prozaïsche werkelijkheid van veel belangen van beroepen, organisaties en sectoren.

Het **gebrek aan bestuurskracht en de grote variatie** tussen lokale besturen zijn soms terechte maar soms ook eerder strategische argumenten bij private organisaties om zich te verzetten tegen een meer actieve rol van lokale besturen. Daarom ook is de versterking van de bestuurskracht van de lokale besturen een prioriteit. In dit hoofdstuk schetsen we de nood aan die schaalvergroting, het belang van schaalvergroting en de mogelijkheden tot afstemming op het niveau van de eerstelijnszones en de referentieregio's.

Het is logisch dat de volledige organisatie en financiering van de zorg **beter op hetzelfde beleidsniveau** kan samenkomen. Dat is een politieke keuze. In dit hoofdstuk brachten we enkele elementen en voorstellen samen om dat debat te voeden.

Mensen met zorgnoden kunnen echter niet op een staatshervorming wachten. Hoe belangrijk de hervorming op centraal niveau ook is, dat ontslaat alle relevante actoren niet van de maatschappelijke verantwoordelijkheid om nu ook al tot een sterker engagement te komen en bij te dragen tot effectieve lokale netwerken rond de mensen die zorg nodig hebben. Dat moet niet (veel) later, maar nu al voorwerp zijn van betere afspraken tussen het Vlaamse en het federale niveau, vanuit de gemeenschappelijk gedeelde bekommernis om de afstemming op het niveau van de eerste lijn te verbeteren. Het Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg, dat momenteel in opmaak is, zou daartoe een aanzet kunnen zijn, al minstens om te komen tot heldere gemeenschappelijke doelstellingen waarin de versterking van de eerste lijn centraal staat, in het verlengde van en met respect voor de keuzes die de gemeenschappen nu al in die richting maken.

¹⁴ Zie onder andere het rapport 'Fair Society, Healthy Lives' van Sir Michael Marmot; het Witboek dat het RIZIV samen met Dokters van de Wereld heeft opgemaakt; 'Bakens voor de toekomst' die het RIZIV onder leiding van Jo De Cock heeft geformuleerd bij 50 jaar ziekteverzekering; de 'Agenda voor verandering' die de Koning Boudewijnstichting definieerde na een lang proces van dialoog met burgers en stakeholders; de 'position paper' gemaakt voor de Wereldgezondheidsorganisatie; het rapport rond 'Integrated Community Care.'

6. Bronnen

- Annemans, L., (2016), Je geld of je leven in de gezondheidszorg, ISBN 978-94-6131-506-9, Kalmthout: Pelckmans Uitgevers/Van Halewijck, 208 p.
- Bekaert, A., Denys, B., De Muynck, J., De Vriendt, T., Foriers, L., Moons, S., Peeters, T., Plas, G., Sablon, W., Teugels, H., Theys, F., Tomsin, W., Verhoeven, I., Vervaeke, C., Verté, D. (2016), Buurtgerichte zorg: de actief zorgzame buurt als toekomstmodel voor Vlaanderen en Brussel, Brussel: VVDC en Kenniscentrum Woonzorg.
- Comité voor het nieuw geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren (2022), werkgroep programmatie: gespecialiseerde GGZ voor kinderen en Jongeren in België: nood en aanbod, FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, Brussel.
- Cousaert, P., Briels, G. (2021), Lokaal besturen in de genetwerkte samenleving. Over regie voeren en het opzetten van organisatienetwerken in lokaal sociaal beleid, Brussel: Politeia, 224 p.
- De Maeseneer, J., De Munck, P., De Ridder, R., Godin, J., Hermesse, J., Sas, W., Vandenbroucke, F., & Van Parijs, P. (2020). Goede (staats)hervorming in gezondheidszorg vraagt betrokkenheid en expertise.
- De Maeseneer, J. (2019), Beleidsnota gezondheidszorg: perspectief 2030, De gezondheidszorg in België in 2030 - Naar een gedecentraliseerde gezondheidszorg in een solidaire samenleving, Gent: UGent, 48 p.
- De Ridder, R. (2019), Goed ziek. Hoe we onze gezondheidszorg veel beter kunnen maken, Van Halewijck.
- Dewolf, D., Wallyn, S., Creating 21st century primary care in Flanders and beyond, ISBN 978 92 890 5416 4, ©World Health Organization 2019 - <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325529>.
- Dursin, W. (2021), The role of government in the implementation of personal budget policies: access, organization and choice (doctoraat) - <https://biblio.ugent.be/publication/8712369>, Gent: UGent, 236 p.
- FOD Volksgezondheid, Project artikel 107 voor de financiering van een netwerkcoördinator en een zorgnetwerk binnen een specifiek werkingsgebied, s.d.
- FOD Volksgezondheid (2010), Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken, Brussel.
- FOD Volksgezondheid (2012), Gids naar een nieuw geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren, Brussel.
- FOD Volksgezondheid (2022), Nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren. Financiering van het netwerk. Brussel.
- Janssens, L. (2022), Interprofessionele aanpak van uitdagingen in de stad versus het platteland: Pioen – een multidisciplinair gezondheidshuis als antwoord op een precare gezondheidszorg in een huisartsarme plattelandsgemeente, Antwerpen: zomercursus Academie voor Eerste Lijn, 2022.
- Janssens, L. (2022), ‘Gezondheidshuis Pioen, een innovatieve en interdisciplinaire eerstelijns-groepspraktijk in Vorselaar’, in: VIEWZ, Visie en Expertise in Welzijn en Zorg, Brugge: Van den Broele, 5 p.
- Lambert, A.-S., Op de Beeck S., Herbaux D., Macq J., Rappe P., Schmitz O., Schoonvaere Q., Van Innis A.-L., Vandenbroeck P., De Groote J., Schoonaert L., Vercruyse H., Vlaemyck M., Bourgeois J., Lefèvre M., Van den Heede K., Benahmed N. (2022), Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België. Health Services

Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE): KCE Reports 359A. DOI: 10.57598/R359AS.

Misplon, S., De Coninck, S. (2016), Synthese van de eindrapporten van de werkgroepen i.f.v. de eerstelijnsconferentie, Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid, 71 p.

Möbius (2016), Geografische afbakening van de zorgregio's: eindrapport, Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid, 38 p.

Nuyens, Y. en De Maeseneer, J. (2014), Eerstelijnsgezondheidszorg: klaar voor de uitdaging? Wat met de nieuwe Vlaamse bevoegdheden? in: *Samenleving & Politiek*, Jaargang 21, 2014, nr. 1 (januari), 95-102.

RIZIV (2014), Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België, Brussel, Kluwer.

RIZIV, Overeenkomst tussen het comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV en het netwerk geestelijke gezondheid X betreffende de financiering van de psychologische functies in de eerste lijn via de netwerken geestelijke gezondheid, s.d.

RIZIV, Overeenkomst tussen het comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV en het netwerk geestelijke gezondheid kinderen en jongeren betreffende de financiering van het zorgtraject eetstoornissen, s.d.

Steunpunt Mens en Samenleving (2023), Druk op de eerste lijn – zie jij het bos nog door de bomen?, Brussel: SAM, maart 2023, 34 p..

Steunpunt WVG (2022), Evaluatie van de aanpak van de COVID-19-crisis en beleidsaanbevelingen voor de organisatie van het zorglandschap, Brussel: SWVG, mei 2022, 386 p.

Van Geertsom, J. (2018), Ten strijde tegen armoede - Het verhaal van mijn grote oorlog, in: VIEWZ Publicaties, Brugge: Van den Broele, 110 p.

Vancaillie, S., Duppen, D., Sevenants, A., Verschuere, B., De Graef, P., Raeymaeckers, P., Verté, D., Voets, J., De Sutter, A., Schokkaert, E., Van Regenmortel, M., Put, J., Van Audenhove, Ch., Gemmel, P., Declercq, A. (2022), Evaluatie van de aanpak van de COVID-19-crisis en de beleidsaanbevelingen voor de organisatie van het zorglandschap. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Vandeurzen, J., Steyaert, J. (2022), Geïntegreerde zorg: werken aan samenwerken, LannooCampus, 350p.

Verbeeren, P. en De Cock, J. (2014), Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België, RIZIV en Dokters van de Wereld, www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study69/pdf/witboek.pdf.

Verlinde, C. en De Maeseneer, J. (2017), De hervorming van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: we maken er samen werk van! Synthesenota Eerstelijnsgezondheidsconferentie van 16 februari 2017, Brussel: 25 p.

Verschuere, B., Hermans, K. (2020), Welzijn in Vlaanderen: beleid, bestuurlijke organisatie en uitdagingen, Brugge: Die Keure, 256 p.

Verté, E., Remmen, R., Tuinstra, A., e.a. (2021), Inspirerende bijdragen voor een sterke eerste lijn in Vlaanderen Conferentie Voor De Eerste Lijn 2021, Brussel: Academic and Scientific Publishers, 162 p.

Voets, J., Eeckloo, K., Vandewoude, K., Raus, K. en De Swaef, D., (2024), Locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken in Vlaanderen: een geslaagde samenwerkingsformule? Universiteit Gent.

Vlaamse overheid (2022), nota aan de Vlaamse regering 'Slagkrachtige zorgraden middels het versterken van de rol van de lokale besturen in de zorgraden, het verhogen van de betrokkenheid van het welzijnsveld en de actualisering van de opdrachten van de zorgraden', Brussel: Agentschap AZG, najaar 2022, 11 p.

Zorgnet-Icuro, interne oefening over geïntegreerde zorg en rol van ziekenhuizen daarin, juni 2024.