



## Uitvoering decreet eerstelijnsgezondheidszorg en preventiedecreet

### INLEIDING :

Alles heeft zo zijn tijd. Geen redelijk mens die dit gezegde in twijfel zal trekken. Maar dat pas na 3 jaar (sic) na het van kracht worden van een decreet, een minister de tijd rijp acht om een belangrijk uitvoeringsbesluit te schrijven, lijkt van het redelijke te veel. Het decreet op de eerstelijnsgezondheidszorg dateert inderdaad van 3 maart 2004 en nu pas stelt de minister in haar inleiding dat de oprichting van de SEL's **prioritair** zou zijn.

Niettegenstaande dus de minister lange tijd gehad heeft om haar uitvoeringsbesluit gestalte te geven, blijkt de korte tekst van haar voorstel haastig in elkaar gestoken te zijn en wordt hij op het einde (bij de 'afronding') zelfs abrupt afgebroken zonder het nog te hebben over de 'act' zelf.

Niettegenstaande dit schijnbare kunst- en vliegwerk is de tekst minstens op één vlak zeer duidelijk : de bestaande en door vele actoren verguisde overlegstructuren, worden opnieuw bestendigd en komen in de toekomst zo mogelijk nog sterker naar voor. Waar velen van mening zijn dat de bestaande structuren die de coördinatie en het overleg rond het bed van de patiënt beogen, hun doel missen, volhardt de minister in haar opzet om het aanbodgestuurde beleid verder te zetten.

Organisaties met een groot geografisch bereik (zo zijn er wel meerdere in de welzijnssector), zien zich verplicht om personeel af te vaardigen in tal van overlegorganen. De vele vergadermomenten nemen vaak kostbare tijd af van de eigenlijke dienstverlening en scoren vaak niet het effect dat er wordt samen gewerkt, over de grenzen van de eigen diensten heen. In tegendeel wordt alleen de zuilgebonden samenwerking versterkt en klitten de aan elkaar gelieerde diensten nog meer samen dan vroeger.

We kunnen er niet om heen en trouwens de minister heeft het in vorige beleidsbrieven reeds bevestigd : zij baseert haar model op hetgeen in Scandinavië reeds langer beproefd werd. Wij geraken als lezer stilaan geïrriteerd wanneer we voor de zoveelste keer merken dat het Scandinavisch model als ideaal naar voor geschoven wordt. Allereerst blijkt dat dit systeem veel duurder is dan het onze, ondermeer vanwege de bureaucratische uitbouw.

Maar zo mogelijk het belangrijkste probleem is dat men er stevast aan voorbij gaat dat de Scandinavische overheid een heel andere rol vervult en dat deze rol historisch gegroeid is. De overheid is daar immers op tal van terreinen initiatiefnemer, zo ook op het vlak van welzijns- en gezondheidszorg. Het zijn meestal gemeentelijke of hoogstens intercommunale organisaties die daar instaan voor de zorgenverstrekking. Zodoende vind je er per geografische omschrijving één overheidsgestuurde structuur die alle activiteiten terzake organiseert. De patiënt kan niet anders dan zich tot deze structuur te wenden en hij heeft niet de minste inspraak in het model dat gehanteerd wordt. Het systeem is er met andere woorden



sterk gereguleerd en druist in tegen de filosofie van de vrije sociale zorgmarkt. Het laat de sociaal ondernemer die zoekt naar effectiviteit en efficiëntie geen enkele bewegingsvrijheid. De enige sociale correctie die gehanteerd wordt, verloopt via de politieke weg. In een dergelijke structuur is het maar normaal dat de zorgenverstrekking, over de disciplines heen, gecoördineerd (gestuurd door de overheid) gebeurt.

Hier in Vlaanderen is een en ander historisch anders gegroeid en heb je te maken met verschillende autonome actoren die in eenzelfde gebied opereren. Zomaar het Scandinavisch model gaan implementeren, getuigt dus van weinig realiteitszin. Vlaanderen heeft al lang geleden voor een ander model gekozen.

Bovendien : de vraag stelt zich of de Vlaamse patiënt onverdeeld gelukkig is met dergelijk model. Wij menen alvast het antwoord op deze vraag te kennen... Vlaanderen is niet gediend met een 'wijkgezondheidszorgmodel', een aantal uitzonderingen niet te na gesproken.

Waar de minister het vandaan haalt om zich bij het uitschrijven van het besluit te baseren op 'breed gedragen aanbevelingen en acties' is ons (en wellicht een groot deel van de sector) een raadsel.

Ook de wetenschappelijke onderbouwing durven wij in vraag stellen. Niet omdat we twijfelen aan de deskundigheid van onze universiteiten, wel integendeel. Wel omdat we onze vragen hebben bij de opdracht die de professoren voorgeschoteld krijgen. Wanneer hen immers niet gevraagd wordt om het systeem zelf tegen het licht te houden, dan zullen ze zich onthouden van commentaar op het voortbestaan ervan. Zij willen hun (betalende) opdrachtgever immers niet voor het hoofd stoten. Ze zullen dus doorgaans hun onderzoek beperken tot de terreinen die hun opdrachtgever belangrijk acht en er dus voor passen om het geesteskind van hun opdrachtgever onderuit te halen.

#### KRITIEKEN :

1. Het voorstel getuigt van weinig originaliteit. De minister bouwt verder op de bestaande structuren en probeert de zaken te betonneren door daar nog een bovenstructuur bovenop te plaatsen. De nieuw op te richten Vlaamse Hoge Raad dreigt een nieuwe praatbarak te worden.  
Wie denkt dat deze verdere structurering tot meer duidelijkheid en transparantie leidt, heeft het mis : de veelheid aan overlegstructuren veroorzaakt het tegendeel.
2. Het voorstel plaatst het middenveld buiten spel.  
Niet alleen wordt de Vlaamse Hoge Raad vrij eenzijdig samengesteld, met name door vertegenwoordigers van actoren uit de gezondheidszorg en niet de nog veel talrijkere welzijnszorg, tevens wordt haar bevoegdheid beperkt tot het geven van adviezen aan het raadgevend comité bij het agentschap Zorg en Gezondheid. Zelfs deze laatste heeft bij ons weten geen beslissingsbevoegdheid en is enkel de ambtelijke uitvoerder van elders genomen beleidsbeslissingen.



Waarom heeft men er eigenlijk schrik van om het globale gezondheids- en welzijnsbeleid in handen te geven van een Extern Verzelfstandigd Agentschap (EVA) waarin een raad van bestuur, bestaande uit vertegenwoordigers van dat middenveld, reële beslissingsbevoegdheid heeft?

Deze EVA houdt ons inziens de garantie in van een pluralistisch forum dat als het goed werkt, tot depolitisering van de zorgmarkt kan leiden.

We pleiten er dus voor om de praktijkervaring van het middenveld een meerwaarde te laten zijn.

3. De Hoge Raad bestaat, wat de actoren betreft, enkel en alleen uit gezondheidswerkers, daar waar het de minister haar bedoeling is om de gehele zorgsector via gecoördineerde zorgtrajecten te betrekken. Van waar dan die eenzijdigheid bij de samenstelling van de Raad?
4. Het voorstel betekent bovendien de etatisering van de eerstelijnsgezondheidszorg. Gepersonaliseerde zorgdoelen zullen immers door de overheid afgestemd worden en zullen op termijn moeten leiden tot één zorgschaal. Het is een verdienste van de minister om de bestaande netwerken via kruisverbanden tot eenduidigheid te brengen. Ze schiet evenwel haar eigen doelstelling voorbij wanneer ze ook de individuele zorgcoördinatie van de patiënt probeert te reguleren. Alles wordt bovendien verankerd in structuren via hoofd- en bijhuizen die alles in modellen gieten. Het communisme is in de welzijnszorg blijkbaar aan een reveil toe.
5. Het gehele gezondheids- en welzijnsbeleid in Vlaanderen is weliswaar complex, maar staat tot nader order garant voor een kwaliteitsvolle dienstverlening. Beleidsmakers in dit land doen verdienstelijke pogingen om samenhang in het geheel te brengen, maar dreigen daarbij het aantrekkelijke van ons systeem teniet te doen. Zij proberen immers om de complexe materie in te bedden in een web van overlegstructuren waar het zelfs voor de betrokken actoren op de duur moeilijk geworden is om zijn weg in te vinden. Het resulteert in twee mogelijkheden : ofwel haakt men af omdat men onvoldoende tijd en middelen kan besteden aan vaak oeverloos overleg (meestal de kleine verstrekkers), ofwel maakt men medewerkers vrij om deel te nemen aan de overleggesprekken (de zogenaamde beroepsvergaders van grote instituten). Eigenlijk is het resultaat van beide opties identiek : op het terrein, naast het bed van de bed van de patiënt, verandert er zo goed als niets.

De bestaande SIT's zullen wellicht opgaan in 61 SEL's. Los daarvan (want federaal geregeld) zijn er nog de Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging (GDT). Er zijn ook de bestaande 78 deelsIT's, de LOGO's, de palliatieve netwerken, de zorgbakens uit het woonzorgdecreet, de 107 zorgregio's, de 101 huisartsenkringen, de regionale en lokale dienstencentra. En we vergeten er nog een aantal op te noemen die nochtans perfect in het rijtje zouden passen.

Dit alles moet dan weer ingebed worden in het lokaal sociaal beleid dat hier en daar ook de steun krijgt van provinciale zorgplatforms.



In 15 regio's wil de minister nu ook Vlaamse huizen voor de Eerste lijn oprichten...

Kan er eindelijk een poging ondernomen worden om alles eenduidiger te maken? Is het normaal dat je je als dienstverlener in verschillende structuren moet engageren die allemaal dezelfde doelstelling nastreven?

Zou het niet nuttiger zijn om eerst eens ernstig te inventariseren wat er allemaal reeds bestaat in plaats van steeds verder te bouwen op de wildgroei op het terrein?

Het zou bij dit alles goed zijn om ook de patiënt zelf eens te bevragen over hoe en in welke mate hij met al dat overleg ook beter geworden is.

Zou het niet nuttig zijn om een objectieve outcome-meting te verrichten? Met andere woorden : welke effecten werden op het terrein reeds gescoord?

6. In plaats van de patiënt en zijn omgeving meer zelfmanagement te bieden, is alles geregeld vanuit structuren. De minister trekt de lijn door van het jarenlang gevoerde instellingengestuurd beleid. Meer nog : schuchtere pogingen om een meer vraaggestuurd beleid in te voeren worden meteen van de tafel geveegd en de klok wordt meteen 20 jaar terug gedraaid.

Heeft men er ook hier schrik van om de gebruiker zelf te laten bepalen welke dienstverlening hij wenst en welke actoren hij daar liefst voor aanspreekt?

7. Het voorstel van de Minister getuigt van weinig samenhang. Haar tekst lijkt onafgewerkt en er wordt als het ware op het einde een overzichtje aan vast geplakt. Het is alsof er op het kabinet nog een laatste opkuis diende te gebeuren.

Maar er is meer :

- Zo moet het langverwachte preventiebeleid nog steeds op uitvoeringsbesluiten wachten.

- Eerstelijnsgezondheidszorg heeft blijkbaar enkel te maken met fysieke gezondheid, terwijl psychisch en sociaal welbevinden niet ter sprake komen.

Het zou de minister sieren om in haar 'opkuis' ook deze materies te betrekken.

8. Het onderwerp maakt weerom pijnlijk duidelijk dat ons federaal model mangelt.. Minstens zouden we wensen dat gezondheidszorg en welzijnszorg op elkaar afgestemd zouden zijn, los van het staatsniveau van waaruit een en ander gestuurd wordt.

Door in Vlaanderen structuur na structuur op te zetten, geraken we steeds verder verwijderd van het federale model. Op federaal niveau daarentegen voert men een ware stellingenoorlog als reactie tegen het defederaal geweld vanuit de gemeenschappen.

Karikaturaal in dat verband is de beslissing van minister Demotte om geen Vlaamse verzorgenden te erkennen voor het uitvoeren van terugbetaalbare zorgverstrekkingen en daarvoor enkel 'zijn' zorgkundigen te erkennen. Nochtans strookt het takenpakket perfect met hun opleiding en competentie. Geen mens, behalve een gepolitiseerd minister die denkt vanuit belangengroepen, zal hier de hogere zin van begrijpen.



9. De nota heeft het over de financiering van de coördinatoren en (zij het summier) over de manier waarop een en ander zal moeten gebeuren. Er wordt niet ingegaan op wie dit allemaal zal moeten uitvoeren.  
Er worden met andere woorden nieuwe geldstromen gecreëerd om structuren mee te betalen, terwijl de eigenlijke dienstverlening, die sinds jaren middelen te kort komt, in de kou blijft.
10. De nota ademt een drang uit om alles te willen kapselen en reguleren. In niets straalt ze verfrissende vernieuwing uit.  
Zou het kunnen dat de organisaties die tot dezelfde gezindheid van de minister behoren, zich goed en veilig voelen bij een behoud van het bestaande?  
Zeker wanneer 'hun' minister er bovendien voor zorgt dat hun bestaan decennialang gewaarborgd blijft?

#### Conclusie :

Solidariteit voor het Gezin verwerpt om de hierboven aangehaalde redenen resoluut het voorgestelde model. Globaal genomen is haar argumentatie terug te brengen tot 3 hoofdredenen :

1. Vanwege een groot gebrek aan realiteitszin en toetsing van het terrein.
2. Vanwege een totale miskennis van het vraaggestuurd model dat nochtans de vrije keuze van de gebruiker zou waarborgen.
3. Vanwege het terugdraaien van de klok en het naar voor schuiven van een oubollig geëtatiseerd model. De noodzakelijke modernisering van de sector krijgt weerom geen kans.

Gent, 9 mei 2007.