

Advies

Voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg

Brussel, 15 oktober 2018

Adviesvraag: Voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders

Adviesvrager: Jo Vandeurzen - Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Ontvangst adviesvraag: 20 september 2018

Adviestermijn: 30 dagen

Decretale opdracht: SERV-decreet 7 mei 2004 art. 11 (overlegfunctie)

Goedkeuring raad: 15 oktober 2018

Contactpersoon: Kristel Bogaerts - kbogaerts@serv.be



De heer Jo VANDEURZEN
Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Ellipsgebouw
Koning Albert II-laan 35 bus 90
1030 BRUSSEL

contactpersoon
Kristel Bogaerts
kbogaerts@serv.be

ons kenmerk
SERV_BR_20181015_organisatie_eerstelijnszorg_ADV

Brussel
15 oktober 2018

Decreet organisatie eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders

Mijnheer de minister

De SERV verwelkomt het decreet over de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders, als een eerste stap in de concretisering van de beleidsvisietekst over een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn. Voor de raad is de eerstelijnszorg een belangrijke schakel in het hele zorgcontinuüm. Het belang van een verbeterde organisatie van de eerstelijnszorg is zeer groot.

De SERV adviseert in dit dossier louter selectief op een aantal elementen die voor hem een bijzondere sociaal-economische relevantie hebben, in het kader van dit decreet zelf en/of met het oog op de verdere operationalisering in uitvoeringsbesluiten.

■ Zelfzorg en mantelzorg aanvullend bij basishulpverlening

De raad plaatst eerst bedenkingen bij de sterke focus op zelfzorg en mantelzorg. Vaak hebben de meeste kwetsbare personen een beperkte gezondheidsgeletterdheid en een beperkt netwerk om op terug te vallen met het oog op zelfzorg en mantelzorg. Daarom is het voor de raad belangrijk dat in de eerstelijnszorg deze laatste zorgvormen beschouwd worden als aanvullend bij het professionele aanbod van basishulpverlening rond sociale, psychische en medische problemen.

■ Randvoorwaarden bij mantelzorg

Ook vanuit de combinatie van zorg en arbeid verwees de SERV eerder al naar belangrijke grenzen en randvoorwaarden. De SERV vroeg daar aandacht voor de grenzen aan mantelzorg, zowel aan de zorgzijde als aan de economische zijde. Het is ook nodig om de mantelzorgers op lokaal en bovenlokaal niveau goed te ondersteunen, onder andere bij de combinatie met arbeid. De kansengroepen moeten duidelijk in beeld blijven met specifieke acties en communicatie.

■ **Waarborg voor financiële toegankelijkheid en verminderen van ongelijkheid**

Men erkent de steeds groter wordende sociale gezondheidskloof in onze land. In het decreet lezen we onder werkingsprincipes (5°B) dat de toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid in de eerstelijnszorg een doelstelling is bij de planning, organisatie en uitvoering van de eerstelijnszorg. Maar hoe wil dit decreet sociale ongelijkheden verminderen en financiële toegankelijkheid waarborgen?

■ **Troeven digitalisering benutten**

De raad verwijst naar zijn [visie, aanbevelingen en acties](#) rond de transitie naar een digitale samenleving. Daarin wordt onder andere gepleit voor het gebruik van de digitalisering om de gezondheidsgeletterdheid van burgers te vergroten. Daarvoor is het nodig om een duidelijke visie te formuleren over wat men van burgers verwacht op het vlak van gezondheidsgeletterdheid, om in interactie met verschillende doelgroepen bestaande barrières in kaart te brengen (zowel bij de burgers als in de vormgeving van de zorg en de digitale toepassingen) en om te leren uit internationale goede praktijken. Die kennis moet worden ingezet om processen in de zorg en de digitale toepassingen aan te passen zodat ze aansluiten bij verschillende doelgroepen. Ook het formuleren van ambitieuze kwantitatieve doelstellingen om de gezondheidsongelijkheid te verkleinen, blijft nodig. Ook daarvoor kan digitalisering ingezet worden. Dat kan via initiatieven om o.a. de toegang tot de eerstelijnszorg via digitale weg (bv. via het burgerloket) te verbeteren, om de bestaande digitale platformen (bv. e-health, vitalink) bekender te maken (bv. via de bedrijfscoaches van Gezond Leven) en om gericht in te zetten op preventieve acties via het gebruik van beschikbare gegevens (op geaggregeerd en/of op individueel niveau).

■ **Integrale uitvoering enkel gegarandeerd bij duidelijk financieel kader**

De SERV toont zich bezorgd over het ontbreken van een duidelijk financieel kader voor de nieuwe organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders. Door de impact van de uitvoering en voorziene subsidiëringen niet op voorhand grondig te becijferen wordt er onzekerheid gecreeërd over de integrale uitvoering van de hervormde organisatie van de eerstelijnszorg. Alleen bij een integrale uitvoering kan immers een betere eerstelijnszorg gegarandeerd worden.

■ **Inzet van vrijwilligers en verenigingswerkers is aanvullend**

In de memorie van toelichting wordt er vlot de link gelegd tussen informele zorg en verenigingswerk. De verenigingswerker is beperkt tot een lijst van uit te voeren activiteiten en dient te voldoen aan specifieke kwaliteitsvereisten. Het is geen evidentie dat verenigingswerkers een prominente plaats krijgen toegewezen in de (informele) hulpverlening, gezien dat ze een afgebakende taak hebben. Het is voor de raad belangrijk dat de inzet van vrijwilligers en verenigingswerkers enkel aanvullend en ondersteunend kan zijn. Dit is nodig om voldoende continuïteit en professionaliteit in de zorg te blijven waarborgen.

Hoogachtend



Pieter Kerremans
administrateur-generaal



Hans Maertens
voorzitter

~~Handwritten scribble~~

~~Handwritten scribble~~

De heer Jo Vandeurzen
Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Ellipsgebouw
Koning Albert II-laan 35 bus 90
B-1030 BRUSSEL

KABINETSAANWIJZER VLAAMS MINISTER VANDEURZEN	
IN	20180718 - 26790
6 NOV 2018	
Medew.	CV
UIT	

contactpersoon

Gunter Naets
gnaets@serv.be

ons kenmerk

SARWGG_BR_20181030_Advies_Eerstelij

Brussel

30 oktober 2018

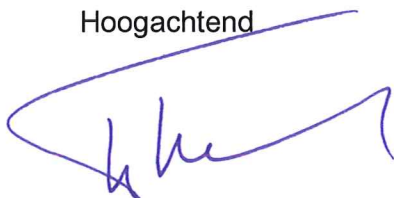
Advies over het voorontwerp van decreet met betrekking tot de eerstelij

Mijnheer de minister

U vindt hierbij het advies van de SAR WGG over het voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders.

De raad is graag bereid u dit advies toe te lichten

Hoogachtend



Gunter Naets
secretaris



Jan De Maeseneer
voorzitter

Handwritten signature or scribble.



Advies

Voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders

Brussel, 30 oktober 2018

Voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg,
de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de
eerstelijnszorgaanbieders

Adviesvraag: Voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders

Adviesvrager: Jo Vandeurzen - Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Ontvangst adviesvraag: 20 september 2018

Adviestermijn: 40 dagen

Decretale opdracht: SAR-functie

Goedkeuring raad: 30 oktober 2018

Contactpersoon: Barbara Krekels - bkrekels@serv.be

Inhoud

Inhoud	3
Krachtlijnen	4
Advies	6
Situering	6
1 Algemene appreciatie	6
1.1 Visie op eerstelijnszorg	6
1.2 Kansen en valkuilen voor de uitvoering van het decreet	9
2 Bespreking van het voorontwerp van decreet	11
2.1 Definities	11
2.2 Werkingsprincipes	12
2.3 Organisatie van de eerstelijnszorg voor persoon met zorg en ondersteuningsbehoefte	13
2.4 Ondersteuning van eerstelijnszorgaanbieders	14
2.5 Zorgraden	15
2.6 Regionale zorgplatformen	17
2.7 Partnerorganisaties	19
2.8 Organisaties met terreinwerking	20
2.9 Projecten	20
2.10 Brussel	20

Krachtlijnen

Visie op eerstelijnszorg

Voor de raad betekent dit hervormingstraject een belangrijke oefening in het versterken en het meer zichtbaar en kwaliteitsvoller maken van de eerste lijn. Het is goed dat alle partners op het terrein door dit voorontwerp van decreet aangespoord worden om samen aan tafel te gaan.

De SAR WGG is van mening dat de actuele ontwikkelingen in het denken over de rol en het belang van de eerstelijnszorg goed vertaald zijn in dit voorontwerp van decreet. Het zet Vlaanderen ook internationaal op de kaart als regio met beleidsaandacht voor een innovatieve eerstelijnszorg. Na een lange voorbereiding, waar samen met alle betrokkenen werd nagedacht over de organisatie van de eerste lijn, is het goed dat dit decreet nu kan goedgekeurd worden. De reorganisatie kan dan echt ingang vinden.

De raad onderschrijft de ambitie van het voorontwerp van decreet, met name de eerste lijn versterken en een betere samenwerking en integratie in de eerste lijn realiseren. Het voorontwerp van decreet verlaat de strikt medische invalshoek en vertrekt veeleer vanuit een bio- psychosociaal model waarbij de veelheid van aspecten binnen gezondheid en welzijn meer als een geheel worden benaderd. De persoonsgerichte en geïntegreerde aanpak en de integratie van welzijn en gezondheid komen goed uit de verf in de tekst. De raad ondersteunt dit ten zeerste.

De raad is van mening dat het decreet er moet komen, wat niet wegneemt dat er nog verbeterpunten zijn. Zo meent de raad dat er nog te weinig nadruk ligt op de verschuiving van reactieve zorg en ondersteuning naar een populatiegerichte, proactieve benadering. De raad ziet immers in de eerstelijnszone een mogelijkheid tot integratie van eerstelijnszorg (Primary Care) en volksgezondheid (Public Health). Een nauwere samenwerking in de eerste lijn met de actoren van preventieve gezondheidszorg zal zorgen voor meer continuïteit in zorg en ondersteuning.

Voor de SAR WGG zit het sluitstuk van een populatiegerichte benadering in het verantwoordelijk stellen (accountability) van de eerstelijnszone voor een bepaalde populatie. Op dat vlak leest het voorontwerp van decreet echter nog zeer vrijblijvend. Het voorziet enkel in mogelijkheid om stimulansen te voorzien voor interdisciplinaire samenwerking in praktijkvoering (artikel 8). We lezen geen garanties voor een werkelijke samenwerking. Dit blijft voorlopig een belangrijk manco in het decreet: de link tussen het aanzetten tot samenwerking en de opdracht of het doel van die samenwerking, met name een toegankelijke, kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg en ondersteuning voor iedereen.

De raad mist in het voorontwerp van decreet linken naar andere grote trajecten zoals de Vlaamse sociale bescherming (VSB), het decreet betreffende de woonzorg, het decreet op de geestelijke gezondheid, het preventiedecreet, ...

Kansen en valkuilen voor de uitvoering van het decreet

Voorliggend voorontwerp van decreet zet de structuren uit voor de reorganisatie van de eerstelijnszorg. Het legt daarbij een legistische basis voor een aantal nieuwe concepten en geeft tegelijk een nieuwe inbedding aan bestaande regelingen. Een vereenvoudiging van de structuren was één van de doelstellingen van het hervormingstraject. De raad blijft na het lezen van dit voorontwerp van decreet toch bezorgd of de nieuwe structuur wel tot administratieve vereenvoudiging zal leiden. Zo vraagt de raad zich bijvoorbeeld af of het creëren van 75 nieuwe vzw's niet een al te zware belasting zal betekenen voor het werkveld.

Voor de raad is het een grote bekommernis dat de beschikbare middelen vooral naar de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte gaan en niet naar het opzetten van de structuren. De raad leest niet welke middelen de Vlaamse Regering zal vrijmaken voor het welslagen van deze transitie en stelt vast dat er nu nog veel beroep gedaan wordt op voluntarisme.

De huidige staatsstructuur maakt dat de Vlaamse overheid hoe dan ook de samenwerking met het federale niveau nodig zal hebben om van deze reorganisatie een succes te maken. Ook de beroepsgroepen die door het federale niveau gefinancierd worden, zullen de omslag moeten maken naar meer geïntegreerde zorg en ondersteuning. Het zou daarom goed zijn dat de Vlaamse overheid in dit decreet de mogelijkheid zou voorzien om samenwerkingsakkoorden met de federale overheid af te sluiten.

De raad merkt op dat de Vlaamse regering wel volledig bevoegd is voor het domein welzijn. Ook daar is het nodig te investeren, bijvoorbeeld, om het geïntegreerd breed onthaal een sterke start te geven.

Er zal spoedig werk moeten gemaakt worden van de concretisering in uitvoeringsbesluiten en van een duidelijk tijdspad voor de uitvoering zodat de dynamiek op het terrein gevoed blijft. De SAR WGG vraagt dat de Vlaamse Regering voor de uitvoering een uitgewerkt pad voorlegt met duidelijke engagementen, opleveringen en een concrete tijdshorizon.

Bespreking van het voorontwerp van decreet

In het tweede deel van het advies volgt een artikelsgewijze bespreking van het voorontwerp van decreet.

Advies

Situering

De Strategische adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, gezondheids- en gezinsbeleid (SAR WGG) ontving op 20 september 2018 een adviesvraag van de Vlaamse minister voor welzijn, volksgezondheid en gezin, Jo Vandeurzen over het voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders. De adviestermijn loopt tot eind oktober 2018.

Op 27 april 2017 bracht de SAR WGG al advies uit over de conceptnota 'een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn'. De conceptnota volgde op de conferentie eerstelijnszorg van 16 februari 2017 die grondig werd voorbereid via een participatief traject waarbij onder andere belanghebbende eerstelijnsorganisaties, voorzieningen, beroepsgroepen, deskundigen uit de sector en gebruikers werden betrokken.

De raad vergaderde over het voorliggende voorontwerp van decreet op 27 september, op 9 oktober en op 25 oktober 2018. Het advies van de SAR WGG werd bij consensus aangenomen op 30 oktober 2019.

1 Algemene appreciatie

Voor de raad betekent het hervormingstraject - dat in voorliggend voorontwerp van decreet vertaald wordt - een belangrijke oefening in het versterken en het meer zichtbaar en kwaliteitsvoller maken van de eerste lijn. Het is goed dat alle partners op het terrein door dit voorontwerp van decreet aangespoord worden om samen aan tafel te gaan. Dat is een eerste stap. Het zijn de actoren op het terrein die uiteindelijk samen een toegankelijke en kwaliteitsvolle geïntegreerde zorg en ondersteuning in de eerste lijn tot stand moeten brengen.

1.1 Visie op eerstelijnszorg

De SAR WGG is van mening dat de actuele ontwikkelingen in het denken over de rol en het belang van de eerstelijnszorg goed vertaald zijn in dit voorontwerp van decreet. Het zet Vlaanderen ook internationaal op de kaart als regio met beleidsaandacht voor een innovatieve eerstelijnszorg. Na een lange voorbereiding, waar samen met alle betrokkenen werd nagedacht over de organisatie van de eerste lijn, is het goed dat dit decreet nu kan goedgekeurd worden. De reorganisatie kan dan echt ingang vinden.

De raad onderschrijft de ambitie van het voorontwerp van decreet, met name de eerste lijn versterken en een betere samenwerking en integratie in de eerste lijn realiseren. Het voorontwerp van decreet verlaat de strikt medische invalshoek en vertrekt veeleer vanuit een bio-psykosociaal model waarbij de veelheid van aspecten binnen gezondheid en welzijn meer als een geheel worden benaderd. De persoonsgerichte en geïntegreerde aanpak en de integratie van welzijn en gezondheid komen goed uit de verf in de tekst. De raad ondersteunt dit ten zeerste.

De raad meent echter dat er nog te weinig nadruk ligt op de verschuiving van reactieve zorg en ondersteuning naar een populatiegerichte, proactieve benadering. Deze benadering sluit ook aan bij het beleid van de Wereldgezondheidsorganisatie rond Universal Health Coverage en bij de

Duurzame Ontwikkelingsdoelen (SDG 3) van de Verenigde Naties. De raad stelt voor om een verwijzing naar deze internationale kaders op te nemen op pagina 8 van de memorie van toelichting.

Preventie en de eerste lijn

De raad ziet immers in de eerstelijnszone een mogelijkheid tot integratie van eerstelijnszorg (Primary Care) en volksgezondheid (Public Health). Die integratie wordt gezien als een essentieel aspect van een populatiegerichte benadering. Een nauwere samenwerking in de eerste lijn met de actoren van de preventieve gezondheidszorg zal zorgen voor meer continuïteit in zorg en ondersteuning, die vertrekt vanuit preventie, vroeg-detectie en vroeg-interventie, en ook schade beperkende maatregelen omvat.

De raad vraagt daarom om in dit voorontwerp van decreet preventie, vroeg-detectie en vroeg-interventie duidelijker in te schrijven in de organisatie van de eerstelijnszorg. Zowel op lokaal, regionaal als Vlaams niveau moet preventie en vroeg-interventie een prominente rol innemen om de gezondheidsdoelstellingen van het strategisch plan 'De Vlaming leeft gezonder in 2025' te bereiken. De hervorming van de eerstelijnszorg is een uitgelezen kans om de maatschappelijke winst, doeltreffendheid en kosteneffectiviteit die gepaard gaat met preventie en vroeg-interventie optimaal te verankeren in de eerste lijn. De raad wijst erop dat het hierbij niet alleen om primaire preventie gaat, ook een secundaire en tertiaire preventie, waarbij proactief gehandeld wordt om problemen te voorkomen, kunnen een belangrijke maatschappelijke winst betekenen.

In de conceptnota 'Een geïntegreerde zorg in de eerste lijn' kwamen preventie en gezondheidspromotie duidelijk aan bod als opdracht voor de zorgactoren in de eerste lijn, maar het werd nogal smal ingevuld: *Een preventief beleid voeren in zorg en welzijn houdt in dat de zorgaanbieders oog hebben voor preventie en daarbij ondersteund worden om de methodieken uit het preventieve gezondheidsbeleid toe te passen binnen hun praktijkvoering (conceptnota p. 22)*. Uit de feedback op de gezondheidsconferentie (16&17 december 2016) is gebleken dat het niet genoeg is om bepaalde methodieken uit te werken. De focus moet meer gelegd worden op de ondersteuning van de implementatie en het inzetten van middelen. Er moet ook veel meer in overleg met de eerstelijnsactoren afgesproken worden wat de eerste lijn precies kan opnemen en wat de eerstelijnsactoren nodig hebben om dit in de praktijk te brengen.

- Om dit te realiseren wordt preventie best zo dicht mogelijk bij het lokale niveau gebracht. De raad is dan ook van mening dat de Logo's operationeel moeten functioneren op het niveau van de eerstelijnszones. Het zou voor bredere equipes zorgen die ook rond preventie een sterke lokale werking kunnen ontwikkelen. Op die manier zou het beleid ook een echte opening creëren naar health in all policies op het niveau waar ook de lokale besturen actief zijn (SAR WGG, 27 april 2017, pp.15-16).
- De raad vraagt daarnaast om in de eerstelijnszones ook de actoren die inzetten op zorg en ondersteuning vanaf de eerste levensjaren te betrekken. Een goede start in het leven kan een wereld van verschil maken op het vlak van welzijn en gezondheid. Continuïteit van zorg begint dan ook bij de eerste zes levensjaren. Daarom meent de raad dat naast de Huizen van het Kind ook de Consultatiebureaus Kind en Gezin en de CLB in de zorgraad vertegenwoordigd moeten zijn.

Accountability

Voor de SAR WGG zit het sluitstuk van een populatiegerichte benadering in het verantwoordelijk stellen (accountability) van de eerstelijnszone voor een bepaalde populatie. Alleen wanneer de professionals op het terrein echt samen verantwoordelijkheid zullen opnemen voor een bepaalde populatie zal er werkelijk een toegankelijke en integrale zorg en ondersteuning ontstaan.

Op dat vlak leest het voorontwerp van decreet echter nog zeer vrijblijvend. Het voorziet enkel in mogelijkheid om stimulansen te voorzien voor interdisciplinaire samenwerking in praktijkvoering (artikel 8). We lezen geen garanties voor een werkelijke samenwerking. Dit blijft voorlopig een belangrijk manco in het decreet: de link tussen het aanzetten tot samenwerking en de opdracht of het doel van die samenwerking, met name een toegankelijke, kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg en ondersteuning voor iedereen. We lezen in de werkingsprincipes wel over quadruple aim, maar dit wordt elders in het voorontwerp van decreet niet hard gemaakt door concrete maatregelen of stimulansen.

In zijn advies over de conceptnota 'een geïntegreerde zorgverlening op de eerste lijn' stelde de raad al dat, door een netwerk van zorgverleners de verantwoordelijkheid te geven om de zorg en ondersteuning samen op te nemen voor een bepaalde populatie, kan worden vermeden dat (vaak extra kwetsbare) burgers en/of per personen met een zorgbehoefte door de mazen van het net (blijven) vallen. De raad wees er toen al op dat dit één van de belangrijke hefboomen is die de Vlaamse Regering in handen heeft om de gezondheidskloof te dichten en de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning te bevorderen. De raad vond het dan ook een gemiste kans dat dit in de conceptnota niet werd vooropgesteld. (SAR WGG, 27 april 2017, p. 15; SAR WGG, 21 december 2017 *Voorstel voor een Vlaamse gezondheidsdoelstelling over het verkleinen van de sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn*).

De raad benadrukt vandaag de noodzaak om deze 'accountability' duidelijk te formuleren op de twee niveaus: op meso-niveau door een performante werking van de eerstelijnszone, op micro-niveau door een netwerk van zorgverleners, verantwoordelijk voor de zorg en ondersteuning voor een bepaalde populatie.

Bruggen naar andere lijnen en trajecten

De raad stelt ook vast dat de samenwerking met de andere lijnen met dit voorontwerp van decreet onduidelijk blijft. We hebben een sterk eerstelijnsdecreet nodig, dat duidelijke linken met andere lijnen legt met het oog op een efficiënte lijn-overstijgende samenwerking. Een sterk decreet over de eerste lijn is immers een essentieel 'eigenstandig' onderdeel van een kwaliteitsvolle en toegankelijk integrale (langdurige) zorg en ondersteuning in de eerste lijn, die in een goed model van getrapte zorg en ondersteuning is ingebed. De raad denkt niet dat - zoals in de memorie van toelichting wordt gesteld op p.4 - een decreet over de eerstelijnszorg slechts als een tussenstap naar één 'sectoroverschrijdend decreet langdurige zorg en ondersteuning' moet worden gezien.

De raad mist in het voorontwerp van decreet linken naar andere grote trajecten zoals de Vlaamse sociale bescherming (VSB), het decreet betreffende de woonzorg, het decreet op de geestelijke gezondheid, het preventiedecreet, In zijn advies over het decreet betreffende de woonzorg (31 mei 2018, p.7) schreef de raad al dat er bij het uitschrijven en uitrollen van deze trajecten zeer sterk over moet gewaakt worden dat alles op zijn plaats valt, in elkaar haakt en dat er geen hiaten/gaten vallen, noch tegenstrijdigheden ontstaan.

1.2 Kansen en valkuilen voor de uitvoering van het decreet

Voorliggend voorontwerp van decreet zet de structuren uit voor de reorganisatie van de eerstelijnszorg. Het legt daarbij een legistische basis voor een aantal nieuwe concepten en geeft tegelijk een nieuwe inbedding aan bestaande regelingen. Een vereenvoudiging van de structuren was één van de doelstellingen van het hervormingstraject. De raad blijft na het lezen van dit voorontwerp van decreet toch bezorgd of de nieuwe structuur wel tot administratieve vereenvoudiging zal leiden. Zo vraagt de raad zich bijvoorbeeld af of het creëren van 75 nieuwe vzw's niet een al te zware belasting zal betekenen voor het werkveld. Door nieuwe concepten en oude regelingen/systemen in één decreet onderdak te geven, dreigen de innovatieve keuzes die aan de basis liggen van de hervormingen te worden ondergesneeuwd. Bij de uitvoering zal het van groot belang zijn dat de verschillende partners op de verschillende organisatieniveaus efficiënt kunnen bijdragen aan een geïntegreerde zorg en ondersteuning.

De raad merkt ook op dat het belangrijk is snelheid te maken voor de uitvoering van dit decreet. In de praktijk zijn de eerstelijnszones gevormd, zijn er instructies uitgestuurd voor de zorgraden, en zijn er heel wat verwachtingen gecreëerd. Er zal dan ook spoedig werk moeten gemaakt worden van de concretisering in uitvoeringsbesluiten en van een duidelijk tijdspad voor de uitvoering zodat de dynamiek op het terrein gevoed blijft.

Het voorontwerp van decreet laat immers nog erg veel open voor de uitvoering. Verdere invulling kan pas uitwijzen of de burger en de persoon met zorgbehoefte uiteindelijk op het terrein meer integrale zorg en ondersteuning zal ervaren. Ook voor de actoren op het terrein is het nog koffiedik kijken op welke manier bepaalde concepten zullen worden uitgevoerd. Die uitvoering zal een belangrijke impact hebben op de werking van de actoren in de eerste lijn, zoals bijvoorbeeld de organisatie en de financiering van het interdisciplinair overleg, zorgcoördinatie, casemanagement, de werking van de zorgraden, de uitwerking van de regionale zorgzones,....

Door een gebrek aan invulling in dit voorontwerp van decreet blijft ook de onduidelijkheid bestaan over de verhouding en de interactie tussen zorgraden, regionale zorgplatformen en het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn en over de afstemming tussen de eerstelijnszones en het lokaal sociaal beleid.

De raad leest niet welke middelen de Vlaamse Regering zal vrijmaken voor het welslagen van deze transitie en stelt vast dat er nu nog veel beroep gedaan wordt op voluntarisme. Is er nagegaan wat de weerslag op werking van organisaties en individuele zorgverstrekkers zal zijn? Is er nagegaan welke de impact op de werklust voor het betrokken personeel zal zijn? Krijgen de actoren hiervoor extra middelen? Hoeveel VTE zullen er nu effectief beschikbaar zijn voor de ondersteuning van de zorgraden?

Voor de raad is het een grote bekommernis dat de beschikbare middelen vooral naar de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte gaan en niet naar het opzetten van de structuren. Vanuit efficiëntieoverwegingen lijkt het de raad daarom meer aangewezen om het personeel dat de zorgraden zal ondersteunen in loondienst bij het Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn onder te brengen, die dan naar feitelijke verenigingen (de zorgraden) kunnen worden gedetacheerd. Op die manier hoeven de zorgraden zich niet bezig te houden met arbeidsvoorwaarden, lonen en statuten en kan de aandacht volledig gaan naar de organisatie van de zorg en ondersteuning en

naar de ondersteuning van de zorgactoren. Lokaal kunnen de feitelijke verenigingen interageren met lokale besturen.

De huidige staatsstructuur maakt dat de Vlaamse overheid hoe dan ook de samenwerking met het federale niveau nodig zal hebben om van deze reorganisatie een succes te maken. Ook de beroepsgroepen die door het federale niveau gefinancierd worden, zullen de omslag moeten maken naar meer geïntegreerde zorg en ondersteuning. Het zou daarom goed zijn dat de Vlaamse overheid in dit decreet de mogelijkheid zou voorzien om samenwerkingsakkoorden met de federale overheid af te sluiten.

De raad merkt op dat de Vlaamse Regering wel volledig bevoegd is voor het domein welzijn. Ook daar is het nodig te investeren, bijvoorbeeld, om het geïntegreerd breed onthaal een sterke start te geven.

De SAR WGG vraagt dat de Vlaamse Regering voor de uitvoering een uitgewerkt pad voorlegt met duidelijke engagementen, opleveringen en een concrete tijdshorizon.

2 Bespreking van het voorontwerp van decreet

2.1 Definities

Artikel 2 definieert de termen die in het decreet worden gebruikt.

- 1° Eerstelijnszone. De eerstelijnszone wordt omschreven als 'het werkgebied van de zorgraad, vermeld in artikel 13'. Omdat het een sleutelbegrip is in het decreet vraagt de raad om dit meer uitgebreid te definiëren. Het lijkt bovendien wat ongelukkig om de definitie van een eerstelijnszone afhankelijk te maken van een zorgraad. Initieel was die zorgraad niet de driver voor het vormen van die zones. Er zaten een ander traject en een andere logica achter die in de definitie aandacht verdienen.

De raad stelt volgende definitie voor: een eerstelijnszone is een geografisch omschreven aaneensluitend gebied, begrensd door gemeentegrenzen en met minstens 70000 inwoners, waarbinnen de populatie gecoördineerde eerstelijnszorg geniet die door de zorgraad van de eerstelijnszone wordt ondersteund; de eerstelijnszone is het werkgebied van de zorgraad, vermeld in artikel 13.

- 16° Zorg- en ondersteuningsdoel. Het concept wordt hier goed omschreven. Toch vraagt de raad om er in het ganse voorontwerp van decreet en in de memorie van toelichting over te waken dat er geen conceptuele verwarring ontstaat tussen zorg- en ondersteuningsdoelen en de levensdoelen van mensen. Doelgerichte zorg en ondersteuning gaat over levensdoelen van mensen die het vertrekpunt van zorg en ondersteuning vormen. Dit zou bijvoorbeeld heel helder zijn wanneer deze 'levensdoelen' het eerste scherm zouden vullen in het elektronisch dossier van personen met een zorg- en ondersteuningsbehoefte. Zorg- en ondersteuningsdoelen worden geformuleerd in een zorg- en ondersteuningsplan en zijn een operationalisering van levensdoelen.
- 17° Zorg en ondersteuningsvraag. Het voorontwerp van decreet vertrekt van 'de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag'. De SAR WGG heeft er in vele adviezen reeds op gewezen dat de mogelijkheid om een zorgbehoefte of zorgnood in een zorgvraag om te zetten, niet voor iedereen vanzelfsprekend is en vaak ook sociaal ongelijk verdeeld is. Het vertrekpunt van zorg en ondersteuning is dan ook steeds de persoon met een zorg- en ondersteuningsbehoefte, ook al wordt deze behoefte niet altijd als een heldere vraag geformuleerd. Dit geldt niet enkel voor preventieve interventies, maar ook in de curatieve zorg waarbij uiteraard steeds het recht op zelfbeschikking dient te worden gerespecteerd (cfr. 'aanklappende benadering' waarnaar verwezen wordt op p.7 van de MvT).

De term 'de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag', die heel vaak in de tekst voorkomt, moet worden vervangen door 'de persoon met een zorg- en ondersteuningsbehoefte'.

- In relatie tot artikel 8 lijkt het voor de raad belangrijk hier ook het onderscheid tussen 'multidisciplinair' en 'interdisciplinair' te definiëren. Dit staat goed beschreven in de memorie van toelichting op pagina 9: *Het houdt in dat zorghandelingen niet enkel gesteld worden om bepaalde problemen, ziekten of aandoeningen te gaan oplossen, maar dat de zorg in functie wordt gesteld van wat een persoon nog wil realiseren of kunnen met de vastgestelde problemen, ziekten of aandoeningen. Een doel kan door de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag zelf, zijn informele zorg, de zorgaanbieders of een combinatie van deze drie categorieën gerealiseerd worden. Het werken aan zorg- en ondersteuningsdoelen kan dus een multidisciplinaire aanpak vergen. Elk zorgdoel wordt in een multidisciplinaire aanpak door een bepaalde zorgaanbieder opgenomen en gerealiseerd en vereist geen samenwerking met andere zorgaanbieders. Interdisciplinaire samenwerking gaat nog een stap verder. Een interdisciplinaire samenwerking komt dan tot stand vanuit de geformuleerde zorgdoelen, die niet kunnen gerealiseerd worden vanuit 1 discipline of organisatie. Bepaalde zorgdoelen vragen een bij uitstek intensieve samenwerking tussen zorgaanbieders en tussen de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag en de zorgaanbieders. In dergelijke samenwerking worden inzichten vanuit verschillende invalshoeken, disciplines en ervaringen gecombineerd. Het kan daarbij voor de zorgaanbieders ook leiden tot inzichten in de discipline van een andere zorgaanbieder.*

2.2 Werkingsprincipes

Artikel 4 beschrijft de werkingsprincipes voor de eerstelijnszorg.

- 2° het centraal stellen van de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte. De raad vraagt om hier ook het principe van 'doelgerichte zorg en ondersteuning' expliciet te maken.
- 5° In het vijfde werkingsprincipe worden de vier doelstellingen van het 'Quadruple aim'-raamwerk naar voor geschoven. De tweede doelstelling is de gezondheid en het welzijn van de bevolking verbeteren "met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid". Ook in de memorie van toelichting (p.2) wordt gesteld dat *een goed georganiseerde eerstelijnszorg ook sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid kan verminderen door de toegankelijkheid van zorg te optimaliseren en een signaalfunctie op te nemen.* Hierop heeft ook de raad in eerdere adviezen al gewezen. Het blijft echter onduidelijk hoe voorliggend decreet er toe zal bijdragen? Welke maatregelen neemt Vlaanderen om de financiële toegankelijkheid van de eerstelijnszorg te waarborgen? En hoe wordt de signaalfunctie ingebouwd? Eén van de belangrijkste hefboomen hiervoor is voor de raad het aanspreken van de verantwoordelijkheid van alle actoren op niveau van de zorggraad. Zij zijn samen verantwoordelijk om een toegankelijke zorg te waarborgen voor iedereen in het werkgebied (eerstelijnszone) (cfr. Algemene appreciatie).
- 6° Het zesde werkingsprincipe integreert het kwaliteitsdenken in de eerstelijnszorg en verwijst naar de uitgangspunten van Maatschappelijk Verantwoorde Zorg. De raad meent dat in het lijstje van opgesomde uitgangspunten relevantie toegevoegd moet worden. Ook innovatie en duurzaamheid zijn componenten van kwaliteit en mogen hier vermeld worden.

In de memorie van toelichting wordt erop gewezen dat er geen afzonderlijk luik rond kwaliteit in dit voorontwerp van decreet wordt voorzien. De memorie van toelichting verwijst naar Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg en naar het toekomstige Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL), die op Vlaams niveau invulling zullen geven aan het kwaliteitsbeleid in de eerste lijn, en naar de federale evolutie naar een wet rond kwaliteitszorg.

Toch meent de raad dat in het decreet over de organisatie van de eerstelijnszorg minimaal ook moet worden voorzien dat **de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte moet klacht kunnen neerleggen over de organisatie van zijn zorg en de samenwerking tussen zijn zorgverleners**. In artikel 11, 4^a) wordt wel vermeld dat de zorgraden een opdracht hebben om de eerstelijnszorgaanbieders te ondersteunen bij het klachtenbeleid, maar het **klachtenbeleid** zelf is niet opgenomen. Het klachtenbeleid moet toegankelijk, laagdrempelig en integraal zijn. Er dient een stapsgewijs traject van klachtenbemiddeling tot afdwingbare klachtenbehandeling mogelijk te zijn. Omdat Vlaanderen hier bevoegd voor is, vraagt de raad om dit in het decreet op te nemen. De raad vraagt tegelijk om werk te maken van samenwerkingsakkoorden met het federale niveau om tot een integraal klachtenbeleid te komen.

Ook in het vijfde werkingsprincipe (5^o) wordt als eerste doelstelling van quadruple aim verwezen naar het optimaliseren van de kwaliteit van de eerstelijnszorg zoals de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood die ervaart. Het zal belangrijk zijn om ook wat kwaliteit betreft een 'lijn overstijgend' kader uit te werken en afstemming te garanderen. Vragen zoals 'Wie bepaalt indicatoren en ijkpunten?', 'Welke koppelingen worden gemaakt met andere regelgeving?' enz. dienen hier beantwoord te worden.

- 7^o Het nastreven van geïntegreerde zorg en ondersteuning via het delen van gegevens. De raad meent dat met betrekking tot gegevensdeling een meer toekomstgericht perspectief moet gehanteerd worden. De voorgestelde vorm van gegevensdeling, waarbij informatie via beveiligde snelwegen wordt doorgestuurd, is voorbijgestreefd. Alle zorg- en ondersteuningsverleners en de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte (met zijn naaste omgeving) moeten rechtstreeks informatie kunnen plaatsen in het elektronisch patiëntendossier (EPD) met respect voor de GDPR. De persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte moet zijn levensdoelen rechtstreeks in het EPD kunnen plaatsen (zie Tange et. Al.).

2.3 Organisatie van de eerstelijnszorg voor persoon met zorg en ondersteuningsbehoefte

In artikel 5 wordt erop gewezen dat de organisatie van de eerstelijnszorg moet gebeuren met respect voor de levensdoelen van die persoon, alsook zijn zelfzorgvermogen, zijn keuzevrijheid en zijn wens en vermogen tot zelfregie. De raad merkt op dat keuzevrijheid een belangrijk principe is maar binnen de toekomstige organisatie van de eerste lijn een scope zal moeten kennen die niet haaks staat op het solidariteitsprincipe. De raad verwijst hierbij naar de algemene appreciatie waar gepleit wordt voor meer accountability van de eerstelijnszone voor een bepaalde populatie en het werken met eerstelijnsnetwerken voor een duidelijk omschreven groep van burgers. De keuzevrijheid van de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte zal binnen dit concept de gepaste ruimte moeten krijgen.

In artikel 6 wordt naar het zorg- en ondersteuningsplan verwezen. Dat plan wordt door een zorgteam, waarvan ook de persoon met een zorg- en ondersteuningsbehoefte deel uitmaakt, opgemaakt. De raad vindt het goed dat hier expliciet vermeld wordt dat, naast de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte of zijn vertegenwoordiger, ook eerstelijnszorgaanbieders kunnen verzoeken om een zorg- en ondersteuningsplan op te maken. Door de professionals hier zelf ook verantwoordelijkheden te geven, maakt men werk van de idee van 'accountability' op het micro-niveau.

In artikel 6 wordt ook gesteld dat de Vlaamse Regering nadere regels kan bepalen met betrekking tot het zorg- en ondersteuningsplan en het opstellen ervan. De raad meent dat dit niet echt een opdracht is waarover de Vlaamse Regering zich moet buigen.

Artikel 6 handelt verder over het multidisciplinair overleg en de zorgcoördinatie. Artikel 7 behandelt het casemanagement. De raad stelt voor in artikel 6§2 de term 'multidisciplinair' door 'interdisciplinair' te vervangen.

Het uitgangspunt dat zorgcoördinatie in principe gebeurt door iemand in het zorgteam die geaccepteerd en aangeduid is door de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte, is goed. Casemanagement moet slechts in uitzonderlijke gevallen ingeschakeld worden.

De raad heeft enkele bezorgheden voor de uitvoering van deze artikels. Zowel in het geval van zorgcoördinatie (art. 6 §4) als van casemanagement (art. 7 §4) kan financiering voorzien worden. De raad denkt dat het belangrijk is beide opdrachten te financieren. Omdat zorgcoördinatie in de meeste gevallen volstaat, moet er bewaakt worden dat er, omwille van de financiering, niet té snel zal beslist worden dat een casemanager nodig is. In het voorontwerp van decreet is er immers geen financiering voorzien voor de ondersteuning van het overleg in het interdisciplinaire team. De zorgcoördinator zal dit op zich moeten nemen.

Momenteel bestaat er wel een functie van overlegcoördinator in het kader van multidisciplinair overleg. Zonder expliciet te pleiten voor het behoud van deze functie, merkt de raad wel op dat het een achteruitgang zal zijn als men van de betrokken zorgverleners verwacht dat ze het overleg opnieuw zelf gaan organiseren. De zorgcoördinator is diegene die in het team voor de bilaterale afstemming zorgt. Wanneer er bredere vragen zijn binnen het team en wanneer een overleg moet worden georganiseerd met veel zorgverleners rond de tafel is het een belangrijke meerwaarde dat iemand die niet als hulpverlener betrokken is dat kan organiseren (datum zoeken, vergadering leiden, voor verslaggeving zorgen,...). Het gaat in dit geval dus over het faciliteren van het overleg, niet over casemanagement. Indien dit niet meer wordt voorzien, komt het terug bij de zorgcoördinator terecht (vb. een huisarts of maatschappelijk werker), die niet steeds de tijd heeft om dit goed op te nemen. De raad meent dat dit momenteel een essentieel aspect is van een goed werkende zorgketting. Wanneer teams gaande weg in meer stabiele netwerken gaan functioneren en mekaar daardoor beter kennen, zal dit op termijn minder nodig zijn.

2.4 Ondersteuning van eerstelijnszorgaanbieders

Het voorontwerp van decreet voorziet via artikel 8 in de mogelijkheid om stimulansen te voorzien voor interdisciplinaire samenwerking in praktijkvoering. De raad is tevreden dat hier het concept interdisciplinaire zorg en ondersteuning duidelijk ontwikkeld wordt (ook in het onderscheid met multidisciplinaire zorg). Met de term wordt terecht gekozen voor een meer doorgedreven vorm van samenwerking die op integrale zorg en ondersteuning aanstuurt.

De memorie van toelichting beschrijft op pagina 12 ook nog de intentie om vanuit Vlaanderen ook multidisciplinaire groepspraktijken en wijkgezondheidscentra te ondersteunen met VIPA-subsidies. Ook bij complexe zorg (artikel 7 casemanagement) worden er wel stappen vooruit gezet (samenwerken in team).

Deze elementen in het voorontwerp van decreet ziet de raad als een stap richting meer 'netwerkzorg' rond de patiënt. Toch oordeelt de raad dat de interdisciplinaire samenwerking in het voorontwerp van decreet nog veel te vrijblijvend is (cfr. concept accountability in de algemene appreciatie).

De raad merkt nog op dat de bewering (op p. 12 van de memorie van toelichting) niet klopt dat het opzet van multidisciplinaire groepspraktijken en van wijkgezondheidscentra in wezen gelijkaardig zou zijn. Er zijn immers fundamentele verschillen: wijkgezondheidscentra zijn beter toegankelijk en bereiken meer kwetsbare doelgroepen (38 % van de ingeschreven patiënten hebben een Voorkeurtarief, dus een laag inkomen). Wijkgezondheidscentra verzorgen een ingeschreven populatie en krijgen één geïntegreerd bedrag voor huisartsen, verpleegkundigen, kinésitherapeuten. Dit bevordert subsidiariteit en competentie-sharing. Wijkgezondheidscentra werken met een geïntegreerd dossier, en alle disciplines zorgen voor dezelfde populatie. Tenslotte hebben ze in Vlaanderen ook disciplines als maatschappelijk werk en gezondheidspromotie in het team. De raad verwijst nog naar het onderzoek van het IMA (Intermutualistisch Agentschap) (8 december 2017) *Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België: een update*.

2.5 Zorgraden

In de memorie van toelichting staat op pagina 3 dat de zorgraden belangrijke opdrachten krijgen inzake ondersteuning van informele zorg, buurtgerichte zorg en geïntegreerd breed onthaal, lokaal sociaal beleid, zorgorganisatie op bevolkingsniveau binnen de eerstelijnszone, preventie, digitalisering, innovatie en kwaliteitsbeleid.

De verbinding van de eerstelijnszorg met buurtgerichte zorg, geïntegreerd breed onthaal en lokaal sociaal beleid moet duidelijker geschetst worden. De raad meent dat het belangrijk is dat de lokale besturen in dit verhaal hun rol en verantwoordelijkheden opnemen.

In artikel 11 worden de opdrachten van de zorgraden beschreven.

- De zorgraad krijgt via artikel 11 1° de opdracht om de organisatie en het aanbod van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning af te stemmen op de zorg- en ondersteuningsbehoeften, binnen het werkgebied van de zorgraad.
 - De raad vraagt hoe dit interfereert met de programmatie op Vlaams niveau. Zal men daarvan kunnen afwijken? Betekent dit dat wanneer op het niveau van de eerstelijnszone een onevenwicht vastgesteld wordt tussen vraag en aanbod, de eerstelijnszone er op één of andere manier op kan ingrijpen, ook wanneer dat niet past in de Vlaamse programmatie? Het is onvoldoende duidelijk wat de reikwijdte hiervan is, en wat de verhouding is of zal zijn ten aanzien van het lokaal sociaal beleid dat de individuele lokale besturen in de eerstelijnszone zullen uitbouwen.
 - Naast de zorgraden, hebben ook de regionale zorgplatformen en het lokaal sociaal beleid opdrachten met betrekking tot de afstemming van vraag en aanbod.
 - Het regionaal zorgplatform krijgt via artikel 16, 1° de opdracht *om het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin te adviseren over de afstemming van het aanbod aan zorg en ondersteuning op de behoeften van de bevolking binnen zijn werkgebied*.

- Het lokaal bestuur heeft de opdracht om het aanbod aan lokale sociale hulp- en dienstverlening maximaal af te stemmen op de lokale behoeften (decreet betreffende het lokaal sociaal beleid van 9 februari 2018, Art. 7.§ 1.). Deze opdracht heeft minstens betrekking op het bevorderen van overleg en afstemming tussen de lokale actoren om te komen tot een complementair aanbod aan lokale sociale hulp- en dienstverlening.
- De raad vraagt zich af hoe dit alles in elkaar zal haken? Niet alleen is de wisselwerking met het lokaal sociaal beleid niet duidelijk, ook de wisselwerking tussen de zorgraad en het regionaal zorgplatform wordt niet helder weergegeven. De zorgraden worden in artikel 17 vermeld als lid van de regionale zorgplatformen, maar het is vreemd dat de relatie tussen de zorgraden en de regionale zorgplatforms niet verder wordt gespecificeerd. De regionale zorgplatformen zullen immers aan het beleidsdomein WVG doorgeven hoe vraag en aanbod op elkaar moeten worden afgestemd (artikel 16, 1°). Het is ook vreemd dat de regionale zorgplatformen advies moeten geven aan het beleidsdomein WVG, maar niet rechtstreeks aan het Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn. De link met of verwijzing naar VIVEL met de zorgraden ontbreekt volledig. Hoe zal dit 'orgaan' gevoed worden van onderuit zodat er geen blinde beslissingen genomen worden? Het nemen van beslissingen of geven van adviezen in verband met een passend aanbod gebeurt best in dialoog, het communiceren van noodzakelijke gezondheidsdata wordt best afgestemd enz..
- Om een duidelijker kader voor de afstemming van vraag en aanbod te krijgen, verwijst de raad naar zijn advies over het nieuw Vlaams Ziekenhuislandschap van 31 oktober 2016. Daar heeft de raad gepleit voor de totstandkoming van een globale zorgstrategische planning over de lijnen en sectoren heen. Daarin kunnen de zorgraden via de regionale zorgplatforms hun bijdrage doen (zie ook 2.6).

De zorgraad krijgt via artikel 11, 2° de opdracht om een integraal en inclusief lokaal sociaal beleid als vermeld in artikel 4 van het decreet van 9 februari 2018 betreffende het lokaal sociaal beleid, te ondersteunen.

- Wat betekent deze 'ondersteuning' precies? Het is voor de raad onduidelijk welke verhouding de zorgraden zullen hebben tot het lokaal sociaal beleid van de individuele lokale besturen. Moet een gemeentelijk lokaal sociaal beleid (LSB) op de zorgraad worden besproken/afgetoetst? Wat betekent dat voor de lokale afspraken en participatie? Wat gebeurt er bij onverenigbaarheden tussen de individuele plannen van gemeenten op niveau van de zorgraad? De raad vraagt dat de ruimte van het lokaal bestuur om haar eigen lokaal sociaal beleid uit te bouwen wordt bewaakt.
- Ook over het geïntegreerd breed onthaal (GBO) zijn er veel vragen. De SAR WGG heeft al geadviseerd over het Besluit van de Vlaamse Regering met betrekking tot het geïntegreerd breed onthaal (30 augustus 2018). De raad vraagt daar om op zijn minst een koppeling te maken met de eerstelijnszones in het kader van het hervormingstraject van de eerstelijnsgezondheidszorg. Er is duidelijkheid nodig over hoe de twee trajecten voor betere samenwerking op elkaar afgestemd kunnen worden. Wat is de positie van het geïntegreerd breed onthaal ten opzichte van de taken en de rollen van de Zorgraad? Wat is de rol en positie van dit samenwerkingsverband binnen de eerstelijnszone? De doelstellingen van het geïntegreerd breed onthaal van verschillende gemeenten/steden in een zelfde eerstelijnszone moeten in dialoog tussen de gemeenten en de

eerstelijnszone worden besproken, maar de uitwerking van het geïntegreerd breed onthaal moet wel lokaal gebeuren met participatie van de gebruikers. Bovendien zou de link met de eerstelijnszones, naast het verbreden van de samenwerking naar andere actoren (achterliggend aanbod), ook de uitrol van het geïntegreerd breed onthaal over gans Vlaanderen kunnen stimuleren.

- De raad vraagt aan de Vlaamse Regering om snel duidelijk te maken hoe deze opdracht zal afgestemd worden met het decreet lokaal sociaal beleid en het besluit over het geïntegreerd breed onthaal.

In artikel 11 wordt de sociale kaart gedefinieerd als *de gegevensbank, beheerd door het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*. De raad meent dat het departement de sociale kaart wel moet faciliteren maar niet zelf beheren.

Artikel 12 behandelt de samenstelling van de zorgraden. De raad geeft hier volgende bezorgdheid mee. Het is goed dat er op een diverse samenstelling ingezet wordt. Het is ook goed dat men eventuele noden op bevolkingsniveau in kaart wilt brengen. Maar zullen de behoeften van minder vertegenwoordigde groepen (in de zorgraden) voldoende gecapteerd worden? Wanneer een raad wordt samengesteld, zullen er immers altijd een aantal perspectieven zijn, vaak van meer kwetsbare burgers die minder goed georganiseerd zijn, die niet aan bod komen. Men zal hierbij echter moeten bewaken dat elke stem gelijkwaardig is en steeds de vraag moeten stellen of men de stem en noden van ook minder vertegenwoordigde groepen voldoende capteert.

2.6 Regionale zorgplatformen

In hoofdstuk 6 worden de regionale zorgplatformen besproken. De raad volgt de idee in de memorie van toelichting (p.3) dat zolang de zorgraden en het Vlaams instituut geen stabiele werking en organisatie vertonen, de regionale zorgplatformen niet definitief kunnen vastgelegd worden. Dat verklaart de conceptueel nog zwakke uitwerking in het voorontwerp van decreet. Anderzijds mag het wachten op de ontwikkelingen inzake de geestelijke gezondheidsnetwerken en ziekenhuisnetwerken geen excuus zijn om de kat uit de boom te blijven kijken. Er moet snel voortgang gemaakt worden met de uitvoering en werking van de eerstelijnszones en van het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn, zodat ook de regionale zorgzones snel vorm kunnen krijgen. Nu is het erg onduidelijk met welke structuren het gespecialiseerde aanbod in overleg moet gaan. Op welk niveau moet de afstemming tussen het gespecialiseerde aanbod en de eerste lijn gebeuren: op het niveau van de zorgraden (art 11,1°c) of op het niveau van de regionale zorgplatformen (art 16,2°)?

Wat de regionale zorgzones betreft, legt de raad zijn advies over de Conceptnota geïntegreerde zorg in de eerste lijn terug op tafel (pp. 17-21):

De SAR WGG meent dat de rationalisatie en reorganisatie van de eerste lijn (zoals in de conceptnota beschreven) nog verder moet gaan door als einddoel slechts twee ondersteuningsniveaus voor de eerste lijn voorop te stellen, met name het Vlaamse niveau en het niveau van de eerstelijnszone. Daarnaast worden er *drie overlegniveaus* voorzien, op het Vlaamse niveau, op het niveau van de regionale zorgzone en op het niveau van de eerstelijnszones.

- Een ondersteuningsniveau zorgt voor de ondersteuning van de operationele processen die de eerstelijnszone goed doen werken. Dit gebeurt op het Vlaamse niveau door 'ontwikkeling en innovatie' en op het niveau van de eerstelijnszone door 'facilitering en implementatie'.
 - Een overlegniveau is het niveau waar afstemming plaatsvindt, waar informatie wordt uitgewisseld en waar afspraken worden gemaakt, onder meer over de strategische zorgplanning voor een regio. (p.17)
- ▀ Bij een groot hervormingsproces, zoals de reorganisatie van de eerste lijn, zijn disruptieve elementen in de beslissingen onvermijdelijk, maar tegelijk moeten we voldoende rekening houden met de noden en bekommernissen van de professionals op het terrein zodat ze mee kunnen én willen stappen in dit positief veranderingstraject. Daarom pleit de raad ervoor om dit einddoel via de weg van de geleidelijkheid te bewandelen én te bereiken, met respect voor en in overleg met de bestaande structuren die vandaag goed werk leveren. Voor elk van de huidige structuren kan in het kader van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning worden nagegaan op welk niveau welke expertise kan worden ingekanteld.
- ▀ Voor de raad is het niveau van de regionale zorgzone dus een overlegniveau – en geen ondersteuningsniveau - waar informatie-uitwisseling en afstemming tussen aanbod en behoefte kan plaatsvinden en waar afspraken worden gemaakt, onder meer over het regionaal globaal zorg strategisch plan. In zijn advies over het nieuw Vlaams ziekenhuislandschap (31 oktober 2016) heeft de SAR WGG al een pleidooi gehouden voor een globale zorg strategische planning over de verschillende lijnen en over sectoren heen. Globaal betekent onder meer dat die zorg strategische planning zowel de domeinen gezondheid als welzijn betreft.

Het is belangrijk dat in de opdrachten van alle participerende actoren (zowel de eerstelijnszones, de ziekenhuisnetwerken als de sectoren welzijn en geestelijke gezondheidszorg) wordt ingeschreven dat alle actoren in de regionale zorgzone moeten worden betrokken bij het uittekenen van een strategische planning.

De raad meent dat samenwerking van eerstelijnszones en regionale zorgplatformen in het kader van deze zorgstrategische planning meer aandacht verdient.

- ▀ De raad meent bovendien dat om het onderscheid tussen 'ondersteuning' en 'overleg' goed te maken, duidelijk moet geopteerd worden om het ontwikkelen en ter beschikking stellen van expertise op het Vlaamse niveau (ondersteuningsniveau) te brengen. Expertise betekent hier innovatie, evaluatie, ontwikkeling van nieuwe methodieken en protocollen. Daarin moeten de expertise en de signalen van het terrein worden meegenomen. Opdrachten die betrekking hebben op de concrete ondersteuning van de 'zorg en ondersteuning' op het terrein horen eerder thuis op een lokaal niveau dicht bij de burger.

De raad meent dan ook dat alle expertisecentra best op het niveau van het Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn zouden gebracht worden voor wat betreft de expertisecomponent van hun werking. Sommige expertisecentra hebben vandaag ook een ondersteunende zorgcomponent in hun werking. Deze opdrachten zouden in een geleidelijk en overlegd proces best naar het niveau van de eerstelijnszones gebracht worden. Daar kunnen de krachten gebundeld worden om vanuit een generalistisch perspectief zorg en ondersteuning te bieden aan de persoon met zorgbehoefte, de mantelzorger en de professionals. Op die manier vermijden we dat er 'inequity by disease' ontstaat door een te specifieke/categoriale insteek (SAR WGG, 27 april 2017, pp. 20-21).

De raad stelt vast dat in artikel 15 de mogelijkheid wordt voorzien om de regionale zorgplatformen te subsidiëren en herhaalt hier zijn bekommernis uit de algemene appreciatie (deel 1) dat de beschikbare middelen voor het hervormingstraject zoveel mogelijk aan de persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte zouden toekomen.

Artikel 16 Deze strategische zorgplanning zou beter gebeuren met ziekenhuizen, netwerken geestelijke gezondheidszorg en eerstelijnszones, ... op basis van relevante demografische, epidemiologische, sociaaleconomische data (zie voorgaande).

In *artikel 17* komt de samenstelling van de regionale zorgplatformen aan bod:

We lezen dat Logo's, expertisecentra, netwerken GG, ... lid zullen zijn van de regionale zorgplatformen. De raad meent dat een meer doorgedreven integratie van die afzonderlijke spelers wenselijk is.

Artikel 17, 1° Logo's: De raad vindt het goed dat preventie en gezondheidspromotie duidelijk aan bod komen als opdracht voor de eerste lijn. De focus moet nu gelegd worden op de implementatie en het inzetten van middelen. Daarvoor wordt preventie best zo dicht mogelijk bij het lokale niveau gebracht. De raad is dan ook van mening dat de Logo's operationeel moeten functioneren op het niveau van de eerstelijnszones.

Artikel 17, 2° Palliatieve netwerken en samenwerkingsverbanden voor palliatieve zorg: De raad denkt dat in de toekomst steeds meer mensen thuis zullen sterven. Op dat moment zal men de palliatieve netwerken beter op het niveau van de eerstelijnszones positioneren. Expertiseontwikkeling in dit domein, hoort thuis op Vlaamse niveau.

Artikel 17, 3° Erkende regionale expertisecentra dementie: De raad meent dat de expertisecentra dementie wat betreft de expertisecomponent van hun werking thuis horen op het Vlaamse niveau en wat de ondersteunende component van hun werking op het niveau van de eerstelijnszones. Door deze organisaties nu bij het regionale overlegniveau op te nemen, wordt 'inequity by disease' geïnstalleerd. Het is niet opportuun om voor elke aandoening een expertisecentrum op te richten. Wat betreft de zorgfunctie moet de expertise naar de eerstelijnszones gebracht worden.

Artikel 18 De term 'regionale zorgzone' is een ongelukkige benaming omdat die suggereert dat er op dat niveau zorg wordt verstrekt. De regionale zorgplatformen zullen hoofdzakelijk overleg voeren. Het 'werkgebied van een zorgplatform' is de correcte omschrijving van de territoriale component van de regionale zorgplatformen.

2.7 Partnerorganisaties

In artikel 19 wordt de mogelijkheid voorzien om partnerorganisaties te erkennen en subsidiëren.

De memorie van toelichting stelt op pagina 3 dat daarmee duidelijk op de oprichting van een Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn gedoeld wordt, maar stelt dat het voorlopig onduidelijk is of dit de enige partnerorganisatie zal zijn. Om die reden wordt het Instituut niet rechtstreeks ingeschreven in het voorontwerp van decreet maar wel vastgehaakt aan een algemener hoofdstuk rond partnerorganisaties. De raad meent dat deze constructie, hoewel ze pragmatisch te begrijpen valt, conceptueel heel zwak staat. In de memorie van toelichting worden bij artikel 19

(pagina 17) al meteen enkele voorbeelden van toekomstige partnerorganisaties, naast het VIVEL, gegeven, Zoals het Vlaams Expertisecentrum Dementie, LEIF, de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, en het Vlaams patiëntenplatform.

De voorbeelden lijken de raad wat vreemd. Het VIVEL staat in dezelfde lijst als het expertisecentrum dementie en LEIF. Deze organisaties zijn tegelijk ook partner binnen VIVEL. Waarom krijgen zij het predicaat 'partnerorganisatie' en anderen niet? Wat met alle andere segmenten van eerstelijnszorg en de organisaties die daar expertise hebben? Worden ze allemaal partnerorganisatie?

Vanuit een institutioneel standpunt is het niet erg sterk dat het VIVEL een partnerorganisatie is, zoals alle anderen, daar waar VIVEL precies coördinatie en afstemming tot stand moet brengen.

2.8 Organisaties met terreinwerking

Op basis van artikel 20 kan de Vlaamse Regering organisaties met terreinwerking erkennen en subsidiëren. Het is goed dat er op die manier de ruimte blijft om initiatieven op het terrein te ondersteunen. Tegelijk moet het de ambitie zijn om op termijn meer middelen te investeren in innovatieve projecten van de eerstelijnszones zelf. Door de eerstelijnszones te versterken wordt immers ook terreinwerking ondersteund.

2.9 Projecten

Op basis van artikel 22 kan de Vlaamse Regering subsidie verlenen voor projecten. De raad meent dat het ook hier is aangewezen om extra middelen voor innovatie voornamelijk te investeren in performante eerstelijnszones.

2.10 Brussel

De raad vraagt welke uitwerking van dit decreet de Vlaamse Regering in Brussel voor ogen heeft. Brussel wordt één grote eerstelijnszone, maar hoe ziet Vlaanderen de samenwerking in zo een groot gebied? En betreft dit enkel de samenwerking tussen de zogenaamde 'Vlaamse' actoren? Momenteel ligt er op GGC-niveau ook een ontwerpordonnantie eerste lijn op tafel. In hoeverre zijn beide plannen op elkaar afgestemd?

In afwachting van een geïntegreerd eerstelijnsbeleid in Brussel, pleit de raad ervoor om te werken aan een Vlaams eerstelijnsbeleid voor Brussel, dat zoveel mogelijk is afgestemd en zoveel mogelijk de samenwerking zoekt met andere eerstelijnsactoren over de taal- en/of gemeenschapsgrenzen heen.



Advies nr. 122/2018 van 7 november 2018

Betreft: Voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders (CO-A-2018-117)

De Gegevensbeschermingsautoriteit (hierna de Autoriteit);

Gelet op de wet van 3 december 2017 tot oprichting van de Gegevensbeschermingsautoriteit, inzonderheid de artikelen 23 en 26;

Gelet op de Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (hierna AVG);

Gelet op het verzoek om advies van Dhr. Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, ontvangen op 24 september 2018;

Gelet op het verslag van de Voorzitter;

Brengt op 7 november 2018 het volgende advies uit:

I. VOORWERP VAN DE ADVIESAANVRAAG

1. De Vlaamse minister van welzijn, volksgezondheid en gezin, de aanvrager, vraagt het advies van de Autoriteit over een voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders (hierna: het ontwerpdecreet).

Context

2. Het ontwerpdecreet wil een kader opstellen voor de herinrichting van eerstelijnszorg binnen de Vlaamse Gemeenschap. Eerstelijnszorg richt zich op personen die toegankelijke, ambulante en algemene zorg en ondersteuning nodig hebben voor gezondheids- of welzijnsgerelateerde problemen. Het ontwerpdecreet benadrukt het zelfbeschikkingsrecht van de hulpbehoevende persoon als één van haar cruciale werkingsprincipes en streeft naar een hogere betrokkenheid van deze persoon bij beslissingen over zijn of haar zorg- en ondersteuningsnoden.
3. Om deze doelstelling te bereiken wil het ontwerpdecreet een reorganisatie doorvoeren van de samenwerkingsverbanden tussen de verschillende eerstelijnszorgaanbieders die inspelen op deze specifieke zorg- en ondersteuningsnoden. Onder de noemer eerstelijnszorgaanbieders vallen *i.a.* centra voor kortverblijf, oppashulp, maaltijdbedeling, huisartsen, kinesitherapeuten, OCMW's en verpleegkundigen etc..... Het gaat bijgevolg om een zeer breed netwerk van dienst-verleners waarvan het decreet de onderlinge samenwerking wil optimaliseren.
4. Concreet zou het nieuwe kader voor de eerstelijnszorg er als volgt uitzien:
 - bij een kortdurende zorgvraag moeten zorgaanbieders samenwerkingsafspraken maken om de zorg- en ondersteuningsdoelen van de zorgbehoevende persoon te bereiken;
 - bij een langdurige of complexe zorgvraag moeten de zorgaanbieders zich organiseren in een zorgteam rondom de zorgbehoevende persoon die optreedt als zorgcoördinator¹. Dit zorgteam staat in voor de uitvoering van het zorg- en ondersteuningsplan van de persoon;
 - per eerstelijnszone van ten minste 70 000 inwoners, richt het ontwerpdecreet multidisciplinaire zorgraden op die instaan voor de organisatie van de eerstelijnszorg en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders. De zorgraden bevatten o.a. een vertegenwoordiging van de lokale besturen, de eerstelijnszorgaanbieders, de zorgbehoevende personen zelf en de erkende verenigingen voor mantelzorgers en -gebruikers;

¹ De zorgbehoevende persoon die deze taak niet op zich wenst te nemen kan een ander lid van het zorgteam aanduiden om deze rol waar te nemen.

- op een intermediair niveau richt het ontwerpdecreet regionale zorgplatformen op die een aantal bestaande overlegplatformen op termijn zouden moeten integreren.
 - tot slot voorziet het ontwerpdecreet in de mogelijkheid om een Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn op te richten als centraal expertisecentrum en organisaties met terreinwerking, zoals huisartsenkringen, te erkennen en subsidiëren.
5. Zowel het advies van de Inspecteur-generaal Financiën als het advies van de SERV² leggen de nadruk op de nood aan informaticatools om een performante informatiedoorstroming tot stand te kunnen brengen tussen de verschillende zorgaanbieders en het zorgaanbod beter te ontsluiten naar de zorgbehoevende personen toe. De memorie van toelichting bij het ontwerpdecreet erkent deze noodzaak en onderstreept dat het wil inzetten op digitale gegevensdeling. Deze gegevensdeling zou zich enten op de zorgrelaties tussen de zorgbehoevende persoon en de zorgaanbieders. Deze gegevensdeling is essentieel om te komen tot een geïntegreerde organisatie van de zorg en ondersteuning.

II. ONDERZOEK VAN DE ADVIESAANVRAAG

1. Doeleinde

6. Volgens artikel 5.1.b) AVG is de verwerking van persoonsgegevens uitsluitend toegestaan voor welbepaalde uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden.
7. Krachtens artikel 22 van de Grondwet zijn de nagestreefde doeleinden essentiële elementen die de formele wet of het decreet zelf moeten vastleggen³. Artikel 3 van het ontwerpdecreet omschrijft het algemene doeleinde van het decreet: "*Dit decreet regelt de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders*". Daarnaast omschrijft artikel 4 van het ontwerpdecreet de werkingsprincipes van de eerstelijnszorg:
- het nastreven van een geïntegreerde zorg en ondersteuning;
 - het centraal stellen van de zorgbehoevende persoon;
 - het versterken van het zelfvermogen van zorgbehoevende personen;

² Sociaal Economische Raad van Vlaanderen, Advies over het voorontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, 15 oktober 2018, te raadplegen via deze link: <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/voorontwerp-van-decreet-betreffende-de-organisatie-van-de-eerstelijnszorg-advies-serv-1>

³ Advies nr. 34/2018 van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, rechtsvoorganger van de Autoriteit, van 11 april 2018, randnummer 31, te raadplegen via deze link : https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be/sites/privacycommission/files/documents/advies_34_2018.pdf

- het inzetten op zorggeletterdheid.
8. Om deze overkoepelende doelstellingen te realiseren voorziet het ontwerpdecreet onder meer in de oprichting van zorgteams, zorgraden, zorgplatforms en partnerinstellingen.
 9. De Autoriteit stelt vast de doelstellingen van het ontwerpdecreet welbepaald, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigd zijn.

2. Rechtsgrondslag

10. Elke verwerking van persoonsgegevens moet bovendien steunen op een rechtsgrondslag in de zin van artikel 6 AVG. De verwerking van bijzondere categorieën van persoonsgegevens, waaronder gegevens over gezondheid, volgens artikel 9.1 AVG, is principieel verboden, tenzij de verwerkingsverantwoordelijke zich kan beroepen op één van de rechtvaardigingsgronden van artikel 9.2 AVG.
11. Voor de verwerking van persoonsgegevens die niet behoren tot de bijzondere categorieën van artikel 9 AVG, kan het ontwerpdecreet steunen op artikel 6.1.e) AVG als rechtsgrond: de vervulling van een taak van algemeen belang. Het ontwerpdecreet moet dit preciseren.
12. De gegevensstromen die het ontwerpdecreet in het leven roept veronderstellen de verwerking van gezondheidsgegevens. Krachtens artikel 4.7° van het ontwerpdecreet worden gegevens van zorgbehoevende personen bij voorkeur op digitale wijze gedeeld. Ook in de memorie van toelichting wordt aangegeven dat de zorg- en ondersteuningsplannen gedigitaliseerd moeten worden om de opvolging en bijsturing van de zorg te vergemakkelijken. Een digitaal zorg- en ondersteuningsplan moet de samenwerking tussen alle actoren in het zorgproces faciliteren.
13. De verwerking van gezondheidsgegevens vereist de aanduiding van een rechtsgrond in de zin van artikel 9.2 AVG. Het ontwerpdecreet moet deze rechtsgrond uitdrukkelijk opnemen. Een mogelijke rechtsgrond zou artikel 9.2.h) AVG kunnen zijn. Dit artikel maakt de verwerking van gezondheidsgegevens mogelijk voor "[...] *het verstrekken van gezondheidszorg of sociale diensten of behandelingen dan wel het beheren van gezondheidszorgstelsels en -diensten of sociale stelsels en diensten [...]*". In dit geval moeten de gezondheidsgegevens verwerkt worden "*door of onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar die [...] aan het beroepsgeheim is gebonden, of door een andere persoon die [...] tot geheimhouding is*

*gehouden*⁴. Het ontwerpdecreet moet dus kunnen aantonen krachtens welke wetgeving de verschillende zorgaanbieders door een geheimhoudingsplicht gehouden zijn⁵.

14. Tot slot wijst de Autoriteit op de bijkomende vereisten voor de verwerking van gezondheidsgegevens die voortvloeien uit artikel 9 van de wet van 30 juli 2018.

3. Proportionaliteit

15. Artikel 5.1.c) AVG bepaalt dat persoonsgegevens beperkt moeten zijn tot wat noodzakelijk is voor de doeleinden waarvoor zij worden verwerkt („minimale gegevensverwerking”).

16. Het voorontwerp van decreet roept een aantal nieuwe gegevensstromen in het leven, maar bepaalt niet welke categorieën gegevens voor welke doeleinden zouden worden uitgewisseld. Bovendien is de definitie van begrip “eerstelijnszorgaanbieder” uitermate breed waardoor het ontwerpdecreet niet toelaat om duidelijk af te bakenen welke actoren gezondheidsgegevens zullen uitwisselen.

17. De Autoriteit is van mening dat de huidige omschrijving van de categorieën van gegevens niet toelaat om de proportionaliteit van de gegevensverwerking te beoordelen. Het vastleggen van de relevante gegevenscategorieën moet behoorlijk wettelijk omkaderd moet zijn. Zo stelde de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer in haar advies 34/2017 dat de categorieën van persoonsgegevens essentiële elementen zijn die krachtens artikel 22 van de Grondwet in de formele wet of het decreet zelf moeten worden bepaald⁶. Na het bepalen van de categorieën van persoonsgegevens in het ontwerpdecreet zelf, kunnen deze meer in detail uitgewerkt worden, ofwel in een uitvoeringsbesluit, ofwel door een beraadslaging van het informatieveiligheidscomité opgericht door artikel 2 van de wet van 5 september 2018⁷.

4. Bewaartermijn

18. Volgens artikel 5.1.e) AVG mogen persoonsgegevens niet langer worden bewaard, in een vorm die het mogelijk maakt de betrokkenen te identificeren, dan noodzakelijk voor de verwezenlijking van de doeleinden waarvoor zij worden verwerkt.

⁴Artikel 9, lid 3 AVG.

⁵Artikel 9,1° van de wet van 30 juli 2018 *betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens* herhaalt deze vereiste.

⁶ Advies 34/2018 van de Commissie van 11 april 2018, randnummer 31, te raadplegen via [deze link](#).

⁷ Wet van 5 september 2018 *tot oprichting van het informatieveiligheidscomité en tot wijziging van diverse wetten betreffende de uitvoering van verordening (EU) 2016/679 van 27 april 2016 van het Europees Parlement en de Raad betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van richtlijn 95/46/EG, BS 10 september 2018.*

19. Het ontwerpdecreet voorziet niet in een bewaartermijn voor de persoonsgegevens die de zorgaanbieders verwerken in het kader van de eerstelijnszorg. De aanvrager moet de tekst op dit punt verduidelijken door ofwel te verwijzen naar bestaande bewaartermijnen in andere toepasselijke wetgeving, dan wel door te voorzien in een specifieke bewaartermijn voor de verwerkingen die eigen zijn aan het ontwerpdecreet zelf.

5. Verantwoordelijkheid

20. Artikel 4(7) AVG bepaalt dat wanneer de doelstellingen van en de middelen voor de verwerking in het Unierecht of het lidstatelijke recht worden vastgesteld, daarin kan worden bepaald wie de verwerkingsverantwoordelijke is of volgens welke criteria deze wordt aangewezen.
21. Het ontwerpdecreet bepaalt niet wie optreedt als verwerkingsverantwoordelijke binnen een zorgteam of in het kader van de samenwerkingsafspraken tussen de zorgaanbieders. Hoewel de Autoriteit erkent dat dit geen gemakkelijke opgave is gelet op het gedecentraliseerde netwerk van (eerstelijns)zorgaanbieders dat de zorgbehoevende persoon omkadert, moet het ontwerpdecreet duidelijkheid verschaffen op dit punt, zodat de zorgbehoevende een eenduidig aanspreekpunt heeft voor vragen in verband met de verwerking van zijn of haar persoonsgegevens. De Autoriteit wijst op de mogelijkheid dat de zorgaanbieders gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken zijn die ingevolge artikel 26 een onderlinge regeling moeten treffen die hun respectieve verantwoordelijkheden bepaalt.
22. De Autoriteit wijst op de plicht van de verwerkingsverantwoordelijke om na te gaan of de aanstelling van een functionaris voor de gegevensbescherming (artikel 37 AVG) en/of het doorvoeren van een gegevensbeschermingseffectenbeoordeling (artikel 35 AVG) al dan niet noodzakelijk is. Rekening houdende met de complexiteit van de verwerkingen, het grote aantal van verschillende spelers en de verwerking van gezondheidsgegevens verdient dit punt bijzondere aandacht van de aanvrager⁸.

6. Rechten van de betrokkene

23. De Autoriteit wijst de verwerkingsverantwoordelijken op hun plicht om – conform met de transparantieplicht van artikel 12 AVG – de zorgbehoevende persoon in makkelijk te begrijpen bewoordingen te informeren over de verwerkingen van zijn of haar persoonsgegevens in het

⁸ Zie in dit verband ook artikel 23 van de wet van 30 juli 2018 *betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens*.

kader van de eerstelijnszorg. Krachtens de artikelen 13 en 14 AVG moeten de verwerkingsverantwoordelijken onder meer toelichting verstrekken over de rechten van de betrokkene (in het bijzonder het recht van inzage en rectificatie), de andere diensten waarmee de verstrekte informatie zal worden gedeeld en de bron van de persoonsgegevens die niet rechtstreeks bij de betrokkene worden opgevraagd. De Autoriteit sluit zich aan bij het advies van de SERV om te voorzien in een betere digitale ontsluiting van informatie naar de burger toe om de zorggeletterdheid te doen toenemen. Deze oefening kan meteen ook aangegrepen worden om te voldoen aan de informatieverplichtingen die voortvloeien uit de AVG.

III. BESLUIT

24. De Autoriteit is van mening dat het ontwerpdecreet niet de noodzakelijke waarborgen biedt wat de bescherming van de persoonsgegevens van de betrokkenen betreft, gelet op het feit dat:

- het geen rechtsgrond heeft voor de verwerking van gezondheidsgegevens (randnummer 13);
- het nalaat de categorieën van de verwerkte gegevens te bepalen (randnummer 17)
- het noch een verwerkingsverantwoordelijke aanduidt, noch een bewaartermijn vastlegt (randnummers 18 t.e.m. 22)

OM DEZE REDENEN

Brengt de Autoriteit een ongunstig advies uit over het ontwerpbesluit.

De wnd. Administrateur,

De Voorzitter,

(get.) An Machtens

(get.) Willem Debeuckelaere