



**EERSTELIJSZONE  
GENT**



Vrijdag 22 maart 2024





# Zorgraad 22 maart 2024

Datum	22/03/2024
Locatie	WZC De Zilvermolen, Zwijnaarde
Aanwezig	Belkacem Aggoune, Bert Seys, Riet Konings, Jean Pierre Blondeel, Edwin Moerenhout, Esther Moyson, Koen Geirnaert, Katia Sette, Luc Langerock, Els Lecompte, Alain Slock, Isabelle Van de Steene, Sofie Vande Walle, Michèle Van Elslander, Samia Van Vooren, Ronald De Buck, Michaël De Graeve, Leen Van Zele Lid AV: Rosheen Demaret
Verontschuldigd	Sylvia Lis (volmacht aan Koen Geirnaert), Wim Sucaet (volmacht aan Belkacem Aggoune), Tim Lamon (volmacht aan Alain Slock), Hendrik De Rocker (volmacht aan Sofie Vande Walle), Katrien Van Goidsenhoven (volmacht aan Koen Geirnaert), Peter Vermassen, Leen Coppens, Filip Schepens, Thierry De Zutter, Jan De Maeseneer, Ilse De Neef
Niet aanwezig	Martijn Lambert, Annemie Viane, Geert Polfliet
Uitgenodigd	Kaat Pien, Koen Berwouts, Harriët Ten Kate
Verslaggever	Jora Mommerency & Marianne Vandewalle

## Agenda

Verwelkoming

Voorstelling VAPH-sector i.f.v. samenwerking in de eerstelijns

Toelichting nieuwe governance structuur

Varia

## Verwelkoming

- Het verslag wordt goedgekeurd.
- Een nieuwe signalenbundel is in de maak, beleidssignalen kunnen doorgestuurd worden tot eind april. Signalen doorsturen kan volgens de duidelijke signalenprocedure via [de website](#) of via mail naar de [signaalcoördinatoren](#). Daarnaast zijn ook goede voorbeelden die de druk op de eerstelijns verlagen of die geïntegreerd werken versterken nog steeds welkom [hier](#).
- Presentatie zorgraad: [zie link](#).

## Voorstelling VAPH-sector i.f.v. samenwerking in de eerstelijns

Spreeker: Riet Konings, directeur Voluit en Harriët Ten Kate, coördinator mobiel ambulante begeleiding Voluit.





Riet bouwde haar verhaal op aan de hand van het schema op sociale kaart van Gent:  
<https://socialekaartvangent.be/sectoren/mensen-met-een-beperking>

## Uitbreiding zorgraden met sector VAPH

### VN-Conventie personen met een handicap (2009)

België erkende de VN-conventie personen met een handicap in 2009. Die conventie vertrekt vanuit het principe dat personen met een handicap volwaardige mensen met gelijke rechten zijn. De basis voor dit schrijven is terug te vinden in het 'burgerschapmodel'. Dit is een inclusief sociaal model waarbij de klemtoon ligt op de mogelijkheden, de individuele vaardigheden, de persoonlijke autonomie en de sociale solidariteit.

De definitie op handicap is veel ruimer binnen de VN-conventie dan op heden binnen de VAPH gehanteerd wordt. (slide 2) Bijvoorbeeld: mensen ouder dan 65+ of chronisch zieke mensen behoren volgens de VN-conventie tot de doelgroep maar worden op heden nog niet meegenomen. Deze keuze is niet principieel maar vooral budgettair ingegeven. Een steeds grotere groep klopt aan bij VAPH maar de financiering is niet meegegroeid.

Je ziet wel een verruiming in het werkveld. Let wel: na de toegangspoort geraak je niet binnen zonder erkenning vanuit het VAPH.

De VN- conventie is een belangrijke hefboom om de doelgroep in de eerstelijns op te nemen.

*Vraag: het feit dat België de VN-conventie geratificeerd heeft, betekent dit dat het VAPH hiervoor veroordeeld kan worden?*

*Antwoord:* strikt genomen zou je naar de Raad van State kunnen trekken, het is zeker een spanningsveld.

Het perspectiefplan van Vandeurzen (slide 9) wou een antwoord zijn op de lange wachtlijsten. Echter op heden zijn:

- nog altijd 17.000 mensen wachtende op een budget, dit gaat zeker niet alleen over mensen met lage zorgprofielen, ook mensen met een zware zorgnood zijn wachtende.
- enkel de personen in prioragroep 1, zij met de meest dringende en zwaarste zorgnood krijgen hun budget toegewezen, zij wachten gemiddeld 18 maanden.
- mensen die niet opgenomen zijn in de prioragroep 1, wachten soms 20 jaar. Tenzij je plots in een schrijnende situatie terechtkomt en de noodprocedure wordt opgestart.

*Vraag: Er staan een 20.000-tal personen op de wachtlijst maar is het niet zo dat er ook nog een grote groep mensen niet op de wachtlijst staan?*

*Antwoord:* Dit klopt zeker. De aanvraagprocedure is ingewikkeld en vraagt veel inspanning. De vraag stelt zich of het de moeite is om een aanvraag te doen als je onvoldoende zorg nodig hebt en vermoedelijk op een wachtlijst blijft staan. Daarnaast zijn er in de rechtstreeks toegankelijke hulp geen gecentraliseerde wachtlijsten meer, een grote groep mensen wordt dus die niet gedetecteerd.





## Minderjarigen: vergunde zorgaanbieders (VZA)

RTH =  
rechtstreeks  
toegankelijke  
hulp

- **geen** toegangspoort
- vermoeden van een handicap of een handicap
- betoelaging VZA (erkenning in punten, prestatiegebonden)
- modules:
  - mobiele begeleiding
  - dagbesteding
  - verblijf
  - outreach

RTH betekent dat er nog geen erkenning moet zijn, een vermoeden van een handicap is voldoende om een hulpvraag te stellen en opvolging op te starten. Dit betekent niet dat er onmiddellijk hulp kan opgestart worden.

Verblijf staat ook bij RTH, dit gaat niet over een verblijf 24u/24u en 7d/7d op een heel jaar maar wel over kortverblijf max. 1 maand.

n-RTH = niet-  
rechtstreeks  
toegankelijke  
hulp

- toegangspoort
- erkenning van handicap door VAPH
- toewijs:
  - PAB = persoonlijk assistentiebudget
  - ZIN = "zorg in natura"
  - m.o.v. budgethoudersverenigingen

n-RTH betekent dat een erkenning door het VAPH noodzakelijk is en dit leidt tot het toewijzen van een budget.

ZIN 'zorg in natura' is bij de doelgroep minderjarigen behouden m.a.w. de persoonsvolgende financiering is an sich niet overgenomen bij de minderjarigen.

## Meerderjarigen: vergunde zorgaanbieders (VZA), werken in 2 trappen en invoering van persoonsvolgend budget

RTH =  
rechtstreeks  
toegankelijke  
hulp  
(trap 1)

- **geen** toegangspoort
- vermoeden van een handicap of een handicap
- betoelaging VZA (erkenning in punten, prestatiegebonden)
- modules:
  - mobiele begeleiding
  - dagbesteding
  - verblijf
  - outreach

RTH betekent hier opnieuw dat er geen toegangspoort is en dat een vermoeden van een beperking voldoende is om hulp op te starten. Bijvoorbeeld: een huisarts merkt in zijn consultaties heel wat tekenen van autisme op, dit wordt ook opgemerkt in het kennismakingsgesprek. Hulp kan opgestart worden.





Vraag: Wanneer ga je van een vermoeden van een beperking naar het aanvragen van een erkenning?

Antwoord: Als de middelen binnen de RTH niet meer toereikend zijn en er meer middelen nodig zijn. Het is wel belangrijk hier zorgvuldig mee om te gaan want wanneer de erkenning van handicap niet wordt weerhouden dan kan er ook geen beroep meer gedaan worden op de RTH.

Trap 1 betekent niet dat mensen met een erkenning van handicap er niet terecht kunnen, zowel in de RTH als in de n-RTH hulp is ondersteuning voor hen mogelijk.

Er wordt wel zorgzaam omgesprongen met 'een vermoeden van handicap', het is toch belangrijk een zekere grens te bewaken. Er zijn bijvoorbeeld ook veel oudere mensen of mensen met psychische problemen die aangemeld worden.

Op heden is het zo dat mensen die werden aangemeld in 2020 nu kunnen opgestart worden.

n-RTH = niet-  
rechtstreeks  
toegankelijke  
hulp  
(trap 2)

- toegangspoort
- erkenning van handicap door VAPH
- inschaling van de zorgvraag (ZZI)
- toekenning persoonsvolgend budget
- inzetbaar via cash, voucher of beide
- via eigen werkgeverschap of bij een VZA
- Individuele Dienstverleningsovereenkomst (IDO)
- m.o.v. budgethoudersverenigingen

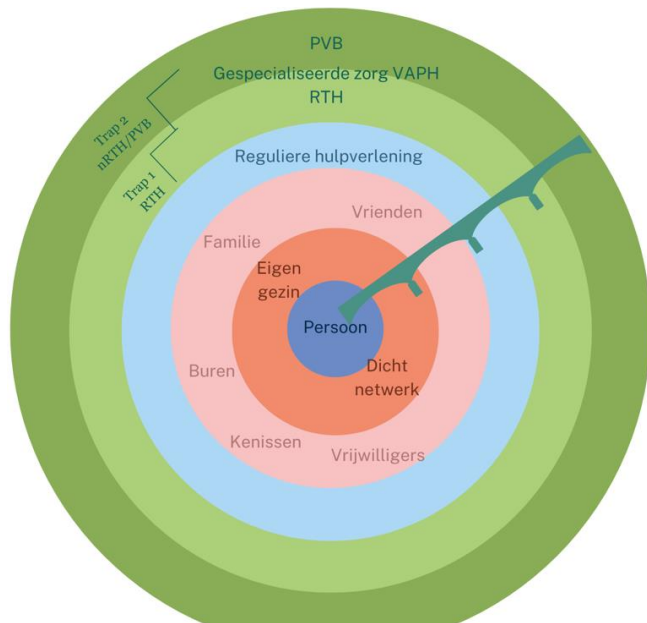
N-RTH betekent dat er een toekenning is van een persoonsvolgend budget dat inzetbaar is via cash, voucher of beide. Het is ook mogelijk dat de vergunde zorgaanbieders zelf iemand aanwerven. Positief aan het persoonsvolgend budget is dat dit ook ingezet kan worden voor de zorgondersteuning uit de eerstelijns bijvoorbeeld poetshulp, gezinszorg, ... Het kan niet aangewend worden voor het betalen van een psycholoog, daar het VAPH niet wil instaan om de geestelijke gezondheidszorg te betalen.

Een individuele dienstverleningsovereenkomst (IDO) wordt opgemaakt, hierin worden alle afspraken vastgelegd. Bij het opmaken van een IDO is de budgethoudersvereniging vaak aanwezig om te onderhandelen over de kostprijs van bijvoorbeeld de dagbesteding. De kostprijs van dagbesteding kan dus verschillen van dienst tot dienst.

In Gent is er een klankbordgroep VAPH voor de terugkoppeling van en naar de Zorgraad ELZ Gent: Kompas, Tanderuis, Mozaïek, Licht en Liefde, D.O.P. Oost-Vlaanderen, Fiola, Styrka, Sint-Lievenspoort en Voluit. Het is de uitdaging de groep nog uit te breiden vooral vanuit inhoudelijk oogpunt.



## Concentrische cirkels



De gespecialiseerde zorg VAPH bevindt zich in de buitenste cirkels, in de praktijk wordt er echter vaak over de cirkels heen gewerkt en ingezet in generalistische zorg. Het is hun rol om het netwerk rond de persoon mee te ondersteunen soms nog meer dan de persoon zelf te ondersteunen, zij hebben een rol in een brug te vormen.

Er worden 2 casussen voorgesteld om die rol en de beweging in de concentrische cirkels aan te tonen.

### Casus 1:

Kathy is 50 jaar, ze kreeg een 15-tal jaar geleden de diagnose ASS. De laatste jaren wordt het steeds moeilijker om voor zichzelf te zorgen. Kathy heeft een zware depressie gekend en heeft veel lichamelijke klachten.

In de kleinste cirkel dicht bij haar is er niemand aanwezig. In het ruimere netwerk is er de buurman tevens haar huisbaas, Kathy haar eerste aanspreekpunt. Daarnaast is er ook een muzikleraar die ze wekelijks ontmoet in de muziekschool.

In de reguliere zorg is de dienst gezinszorg aanwezig, een betrokken huisarts, de psychologe en haar psychiater.

In de gespecialiseerde zorg is er mobiel ambulante ondersteuning vanuit het VAPH.

Welke rol neemt het VAPH hier op?

Vanuit het autistisch denken van Kathy is het niet evident om de gezinszorg vlot te laten verlopen. De mobiel ambulante begeleiding vanuit VAPH neemt hier een actief coachende rol in op. Op die manier kan de gezinszorg blijven lopen en kan Kathy functioneren in de



maatschappij met een minimale ondersteuning. Het is steeds zoeken naar een goede afstand – nabijheid, en de mobiel ambulante begeleiding overbodig te maken.

### Casus 2:

Fons is 72 jaar, heeft een licht tot matige verstandelijke beperking. Hij woont zelfstandig in zijn ouderlijk huis, waarbij er heel wat ondersteuningsnoden zijn. De vraag of het nog verantwoord is dat hij alleen woont komt geregeld aan bod, er is echter beslist om hem zo lang mogelijk thuis te laten wonen.

In zijn dichtste netwerk zitten zijn 60 tot 100 knuffelberen, die heel belangrijk zijn voor hem. Daarrond is er een broer die zeer betrokken is en als vertrouwensfiguur is aangesteld in de bewindvoering. Er is ook een nicht waar Fons 1x/maand op bezoek gaat, een betrokken buurvrouw en een vrijwilliger via Samana die op regelmatige basis op uitstap gaat met Fons.

Er is heel wat ondersteuning vanuit de reguliere zorg: een huisarts, medische specialisten, gezinszorg, de thuisverpleging die dagelijks aan huis komt, maatlijden aan huis, de taxi-dienst, de bewindvoerder en Fons gaat ook naar het dagverzorgingscentrum

Vanuit het VAPH is er mobiel-ambulante ondersteuning, die in eerste instantie inzet op het verbinden en het aanhaken op de eerstelijnszorg.

Vraag: *Fons is ouder dan 65 jaar maar krijgt toch nog ondersteuning vanuit het VAPH?*

Antwoord: Iemand die voor zijn 65 jaar een erkenning heeft of in de RTH al beroep gedaan heeft op een vergunde zorgaanbieder kan verder zorg ontvangen vanuit het VAPH.

Algemeen wordt er vanuit het VAPH altijd een tekening gemaakt van wie er in het netwerk zit. Nadien wordt er bekeken of de eerstelijnszorg nog uitgebreid kan worden, welke hulp ze hierbij kunnen bieden. Pas als het nodig is gaat men naar het aanbod in de groene cirkels.

Er wordt veel geïnvesteerd in het bruggen bouwen, dit duurt soms lang maar is vaak heel duurzaam. Bijvoorbeeld: een persoon met een handicap laten aanhaken op het buurtwerk. Dit heeft enerzijds met de vermaatschappelijking van de zorg te maken en anderzijds is het budgettair interessanter om zorg te organiseren binnen de rode en blauwe cirkels. Personen met een handicap leven van een inkomensvervangend inkomen, het is dan ook belangrijk het budget zo veel mogelijk te optimaliseren.

### **Kanttekeningen bij het persoonsvolgend budget**

Wat? Het persoonsvolgend budget (PVB) is een jaarlijks gepersonaliseerd budget dat dient om de extra ondersteuningsnoden te betalen. Hoeveel je krijgt, hangt af van de noden en vragen. Met het budget kunt er zorg, ondersteuning en assistentie betalen.

De **mantelzorgpremie** maakt deel uit van de Vlaamse Zorgpremie.

Deze is bedoeld voor zorg, vrij te besteden. Er is m.a.w. geen controle.

De groep mensen die hier recht op hebben, is groter dan enkel mensen met een beperking.

Het **persoonsvolgend budget (PVB)** kan in ALLE cirkels gebruikt worden, en dient gebruikt voor het inkopen van ZORG (in brede zin, niet enkel VAPH bv. ook thuiszorg,...). De hoogte van dit budget wordt bepaald na een zorgzwaarteinschaling.

Dit budget kan op 3 manieren ingezet worden:





- volledig cash
- volledig via een voucher bij een vergunde zorgaanbieder
- combinatie van cash en voucher

De regie ligt bij de persoon met een beperking (en zijn netwerk).

Een deel van het PVB kan vrijgemaakt worden en omgezet naar een "vrij te besteden" budget. Hier dient geen verantwoording over gegeven. Afhankelijk van de zorgzwaarte kan dit gaan van 1800 euro tot 3600 euro op jaarbasis. Bij deze groep valt de mantelzorgpremie weg.

Het inkomen van personen met een beperking is federale materie. We spreken dan van een inkomensvervangende- en integratietegemoetkoming. Sommige mensen hebben beiden, maar niet altijd. Hiermee betalen mensen hun woon- en leefkosten zoals anderen.

Gezien het inkomen van mensen met een beperking vaak laag is en de kosten hoog, zien wij regelmatig dat dit inkomen aangevuld wordt met het vrij te besteden bedrag bv. om vervoer te betalen

## Toelichting nieuwe governance structuur

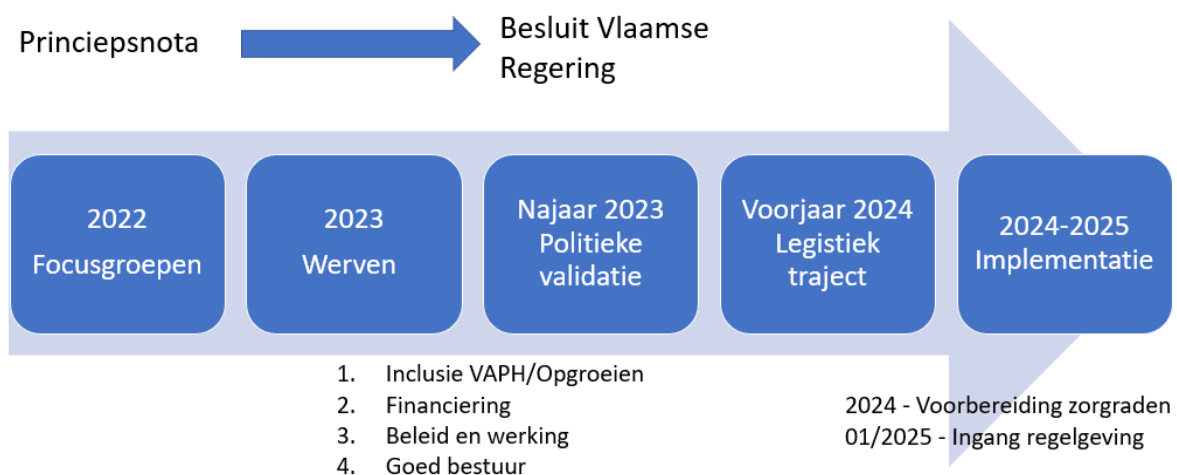
Slanke en zo efficiënt mogelijke beraadslaging:

Alles wat te maken heeft met bestuur en vzw materie willen we afsplitsten van het inhoudelijke; in dat perspectief is er binnen het DB verder aan gewerkt en een voorstel uitgewerkt. Kaat presenteert dit .

→ Voor alle duidelijkheid: dit ligt nog niet vast en ligt voor ter bespreking.

2024 is een belangrijk overgangsjaar en we moeten een aantal veranderingen implementeren om in 2025 erkend te kunnen blijven als zorgraad. Waarom doen we dit allemaal? Hervorming naar geïntegreerde en doelgerichte zorg maakt waar we vertrekken vanuit de noden van de persoon en wat die persoon zelf wil bereiken.

### Traject:







- 8 december 2023: ontwerpbesluit goedgekeurd, maar moet nog advies krijgen van raad van state (nadat het is goedgekeurd door het parlement).
- Werf 5 (betrekken van de cluster PZON) is opgestart. Volgende keer meer over via Michèle. Grote lijnen zijn duidelijk.

Er zijn **vier bouwstenen** waar we ons op moeten baseren:

- Veranderende samenstelling AV. Niet meer verplicht om alle eerstelijnsactoren in de regio aan te schrijven.
- Scherpstellen stemrecht. In elke cluster een meerderheid. Focus op goed bestuur
  
- Eigen vertegenwoordigers door de zorgraden. Vertegenwoordigen op verschillende niveaus.
- Afstemming met lokaal sociaal beleid.

Elke beslissing vereist een meerderheid binnen elke cluster. De clusters moeten steeds aanwezig zijn of een volmacht hebben; zodat er geen onevenwicht is tussen de verschillende clusters.

Er zijn 4 clusters, dus de optionele bestuurders moeten aansluiten bij één van de vier clusters.

### **Bevoegdheid van bestuursorgaan:**

Dit is vandaag de zorgraad. In de praktijk is dit veel te groot om kort op de bal te kunnen spelen. Het DB heeft die taken op zich genomen en nu willen we graag naar een officieel klein en slagkrachtig bestuursorgaan:

- Vlaanderen vs. Keuzes in Gent:

#### **Vlaanderen:**

- Paritair volgens de clusters samengesteld
- Vrijheidsgraden rond samenstelling BO vergroot- in elke cluster 1 à 8 bestuurders
- Elke beslissing, vereist een meerderheid van elke cluster
- Clusters moeten dus steeds aanwezig zijn (of volmacht)
- Optionele leden moeten aansluiten bij een cluster
- Focus goed bestuur, 3- jaarlijkse evaluatie

#### **Keuzes in Gent:**

- Slagkrachtig en klein bestuursorgaan
- Minimaal 1 en maximaal 2 bestuurders per cluster
- Totaal minimum 4 en maximaal 9 bestuurders
- De cluster waartoe de voorzitter behoort mag 1 extra bestuurder voordragen
- Kandidaat bestuurders moeten worden besproken per cluster
- Deze kandidaat bestuurders worden benoemd door de AV
- Bestuurdersprofiel

➔ **Gaat iedereen akkoord met een bestuursorgaan van minimum 1 en maximum 2 personen per cluster?** Iedereen is akkoord, met de kanttekening erbij dat we dan een goede algemene vergadering nodig hebben voor een brede gedragenheid.

- Vraag: *Clusters gaan zaken moeten vernemen van anderen, gaat er geen info verloren gaan? Gaat elke cluster zijn vergaderingen hebben?*

Antwoord: Dit gaat om bestuurdersactiviteiten zoals vzw-materie, financieel, ... Veel bestuurders zitten in zorgraad om het inhoudelijke, en op die manier zouden we dit





kunnen lostrekken van het puur bestuurlijke. → we moeten dit goed verwoorden in het doel. Maar de eindbeslissing ligt altijd bij de AV en deze heeft de grootste macht.

Het dagelijks bestuur zal verdwijnen. Op inhoudelijk vlak moet de AV alles kunnen voorbereiden. Ze moeten zich ook vertegenwoordigd voelen.

- Vraag: *Zullen de verslagen worden doorgestuurd naar de andere lijnen?*

Antwoord: Dit kan een manier zijn. Bij een klein bestuur moet er een goede wisselwerking zijn, zodat er voldoende draagvlak is namens de clusters die erin zitten. Zijn verslagen het juiste middel? Nog te bespreken.

## Voorzitter.

Indien men de strikte aanbevelingen rond governance zou volgen, zouden er 2 voorzitters moeten zijn, één voor de AV en één voor het bestuursorgaan. Vanuit ELZ Gent vinden we dat niet zo logisch omdat de verbinding tussen de twee organen zal verloren gaan. Bovendien is er tot op heden geen enkele andere ELZ die 2 personen als voorzitter kiest.

Ons voorstel: **Kunnen we kiezen voor een vaste (dezelfde) voorzitter zowel voor hets bestuursorgaan als voor de AV? Met een vaste (dezelfde) ondervoorzitter erbij.**

- **Meerderheid is akkoord.**
- **Extra toevoeging: rekening houden met diversiteit in de samenstelling van het bestuursorgaan.**

## Algemene vergadering

De algemene vergadering is de vergadering van alle leden van de organisatie. Ze waakt over het doel waarvoor de organisatie is opgericht.

De algemene vergadering heeft naast haar wettelijke verplichtingen, een belangrijke inhoudelijke invulling.

- Vraag: *Bestuursorgaan is er voor de bestuurlijke zaken; maar de AV heeft hier ook een belangrijke rol in. Hoe verhoudt zich dat met inhoudelijke zaken? Want AV heeft ook vzw bevoegdheid. Hoe zorg je ervoor dat het ene niet in het gedrang komt door het andere?*

Antwoord:

- Het is inderdaad belangrijk om dat in het oog te houden, en wettelijk moet dat ook. In het verlengde hiervan is ook het GEF belangrijk.
  - Strategisch beleid = inhoudelijk
  - We zouden ook in twee luiken kunnen werken. Een deel gesloten AV (statutair) en voor een deel de vergadering open zetten (veel breder naar heel het netwerk en vooral inhoudelijk maar bij de stemming dan enkel leden van de AV).  
Kanttekening: we moeten dan wel maken dat we niet in het vaarwater komen van het GEF.
- Vlaanderen vs. Keuzes in Gent:





- Voorstel om de huidige zorgraad als AV te behouden en te werken met een open algemene vergadering.
- Vlaanderen wil een brede gedragenheid en wil dat het breed toegankelijk is en laagdrempelig.

#### Vlaanderen:

- Paritair volgens de clusters samengesteld
- Geen verplichtingen qua grootte
- Elke beslissing, vereist een meerderheid van elke cluster
- Clusters moeten dus steeds aanwezig zijn (of volmacht)
- Optionele leden moeten aansluiten bij een cluster
- Minstens één afgevaardigde van VAPH en Opgroeien in AV (cluster welzijn), er volgt nog meer duidelijkheid omtrent mapping

#### Keuzes in Gent:

- Voorstel om de huidige zorgraad in grote lijnen als AV te behouden
- Enkel effectieve stemgerechtigde leden
- Geen toegetreden leden maar
- Voorstel **open vergadering**
- Alternatief: gesloten vergadering met nadien een open gedeelte

- De AV zal een stuk kleiner worden. Onderstaande lijst wordt besproken op het clusteroverleg.

Het voorstel van sectoren / beroepsgroepen die een effectief lid kunnen afvaardigen naar de AV, vanaf het moment van de inwerkingtreding van de vernieuwde statuten op 1/1/2025 zijn:

- Cluster gezondheid
  - i. Huisartsen (neemt diëtisten mee)
  - ii. Apothekers (neemt ergotherapeuten mee)
  - iii. Verpleegkundigen (neemt vroedvrouwen mee)
  - iv. Kinesisten (neemt podologen mee)
  - v. Tandartsen (neemt mondhygiënisten mee)
  - vi. Netwerk Eerstelijnspsychologische functie
  - vii. Eerstelijnspsychologische functie
  - viii. Wijkgezondheidscentra
  - ix. Netwerk gezondheidspromotie
  - x. Centra Ambulante Revalidatie
- Welzijn
  - i. Centrum Algemeen Welzijnswerk
  - ii. Diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg





- iii. Diensten Maatschappelijk Werk ziekenfonds (neemt vrijwilligerswerk mee)
  - iv. Lokale dienstencentra
  - v. Opgroeien
  - vi. Vlaams Agentschap Personen met een Handicap
  - vii. Netwerk kinder- en jeugdhulpverlening
  - viii. Assistentiewoningen en woonzorgcentra
- Personen met een zorg en ondersteuningsvraag
    - i. Mantelzorgverenigingen
    - ii. Patiëntenverenigingen
    - iii. Platform Zelfzorg Oost-Vlaanderen
  - Lokaal bestuur
    - i. Dienst Regie Gezondheid en Zorg (regie gezondheidsbeleid)
    - ii. Departement Sociale Dienstverlening (regie lokaal sociaal beleid en armoedebeleid)
    - iii. Departement Gezondheid en zorg (regie ouderenbeleid)
    - iv. Wijkregie en regie gezinsbeleid
- ➔ Als bepaalde beroepsgroepen willen aansluiten binnen een bepaalde cluster, dan zou dit moeten kunnen (te bespreken en te bekijken). Er wordt een procedure voor toetreding voorzien.

- Schematische voorstelling

AV wordt kleiner, maakt het makkelijker om rechtsgeldig te kunnen stemmen (nu was het trekken en sleuren)

Cluster	AV- effectieve leden	BO
Lokaal bestuur	4	2
Gezondheid	10	2
Welzijn	8	2
PZON	3	2
<b>Totaal</b>	25	8 + voorzitter

Stemgewicht per cluster is gelijk. Meerderheid binnen elke cluster gevraagd bij stemming.

*Kanttekening: Dit is de huidige lijst die uitgebreid is en moet voorgelegd worden ter discussie. Zit dit nog goed? Is dit ok? Moeten we hier nog anderen bij betrekken? Moet er nog verandering zijn?*

- Vraag: Clusters moeten samenkomen. Maar de AV moet nog steeds de definitieve beslissing nemen

Antwoord: Klopt. We hebben nu een AV, een zorgraad (betuursorgaan) en een DB. Laat ons kijken of we van het DB het bestuursorgaan kunnen maken en of de zorgraad de AV kan zijn, met een aantal aanpassingen zodat er geen optionele partners meer zijn (deze





moeten toegewezen worden aan één van de andere vier clusters). Dit wordt voorgesteld omdat de groep die hier nu zit een werkbare groep is om verantwoordelijkheden op te nemen naar de vzw en een goede representatie is van de eerstelijns. Samenspel tussen bestuursorgaan en AV moet sterk genoeg zijn én wij bepalen niet alleen de toekomst van ELZ, maar het overleg met het breed netwerk aan stakeholders is essentieel. Los van vzw-materie.

De clusters moeten per cluster samenstelling tegen het licht houden. Zitten daar nog de juiste sectoren/actoren aan tafel? Zijn het de juiste personen die namens die sector/actor aan tafel zitten?

- Het is niet omdat een cluster zegt welke mensen ze willen vertegenwoordigen, dat een AV dit gaat aanvaarden. Dit is geen automatisme.

- Vraag: *Hoe communiceren naar andere groepen toe die jezelf vertegenwoordigd? Bvb huisartsen nemen diëtisten mee, maar hoe?*

Antwoord: Aantal beroepsgroepen organiseren zich niet op lokaal niveau als beroepsgroep, merken we. We moeten uniform nadenken hoe we de achterban gaan informeren, als groep, en niet individueel als zorgraadlid. Dit kan ook tijdens die open vergaderingen, door iedereen uit te nodigen. Verantwoordelijkheid ligt ook bij hen.

- Bedenkingen:

- *Open vergaderingen zijn nuttig, maar we zouden afslanken om efficiënter te vergaderen. Dat is zeker een meerwaarde. Open vergaderingen zijn zeer chaotisch. Misschien moeten we naar een gesloten vergadering gaan? Want er is een eerstelijnsforum dat kan werken als open vergadering om items naar voor te brengen.*
- *Werkgroepen zijn er om dingen voor te bereiden, in te kunnen brengen en samen te beslissen. Gerichtte voorstellen doen naar het werkveld.*
- *Hou het bestuurlijke los van het eerstelijnsforum (netwerk van organisaties)*
- *Het is niet de bedoeling om aparte clustervergaderingen structureel in te bouwen. De samenstelling van de clusters is voor het stemmen.*
  - *De vertegenwoordiging vanuit de clusters in het bestuursorgaan werd een jaar geleden verlengd. Is het nu niet het moment om terug te kijken binnen de cluster naar de samenstelling en wie de afvaardiging van cluster is naar het bestuursorgaan? Wie neemt dan twee zitjes in bestuursorgaan?*
- *Op een eerstelijnsforum kan ook een klein stuk over het bestuurlijke meegegeven worden, zonder hier veel tijd aan te besteden.*
- *Per werkgroep duidelijk afspreken wat mandaat van de werkgroep is.*
- *Cluster welzijn kan niet verder in huidige BO, omdat we met teveel zitten. En dus gaan we sowieso moeten praten met mekaar.*
- *BO moet de vzw als voorzichtig persoon (vroeger goede huisvader) behandelen. Welke competenties hebben we nodig in een afgeslankt BO? Binnen elke cluster kijken wat we hebben en wie we kunnen afvaardigen. Bestuurdersprofiel opmaken en competentiematrix van VIVEL gebruiken om dit ernaast te leggen.*
- *Enerzijds willen we clusteroverschrijdend denken, maar Vlaanderen zegt dat er in elke cluster een meerderheid moet zijn.*
- *We moeten alert zijn en blijven op Vlaanderen die te pas en te onpas taken op ELZ afschuift. We moeten blijven waken over wat de opdrachten zijn die we hebben en hoe we ons hiertegen kunnen beschermen (opgenomen bij IPRO ELZ).*





- ➔ Aandachtspunt: slankere structuur, maar we mogen het draagvlak niet verliezen.
- ➔ Akkoord met open algemene vergadering? Neen. Eerder naar een gesloten AV gaan.
- *Wat is het verschil tussen de vertegenwoordiging vanuit Opgroeien en deze vanuit het Netwerk Kinder- en jeugdhulpverlening?* Bij de huidige samenstelling werd gekeken naar de brede instap (= onderwijs). Nu werd Opgroeien toegevoegd. Daarom zullen we dit opnieuw moeten verduidelijken en uitklaren; zodat we niemand missen.
- Kunnen de optionele leden met stemrecht toegevoegd worden aan de clusters? Nog niet over beslissen, maar meenemen naar verdeling wie er in de clusters zit.
  - De toegevoegde leden die geen stemrecht hebben, als permanent genodigden van de AV? Bvb Het Pakt. *Moeten we niet eerder vertegenwoordigers van organisaties dan van netwerken hebben? Dus mensen die netwerken vertegenwoordigen niet mee opnemen in AV? Misschien moet er een onderscheid gemaakt worden in welk netwerk we wel en welk netwerk we niet mee opnemen? Hier moet nog over nagedacht worden. En missen we geen organisaties?*
- GEF als stakeholdersplatform gebruiken.
- Verschillende rollen staan ook in sneuvelnota.
  - Werkgroepen om meer mensen te betrekken.
- Werf 5: betrokkenheid PZON – de uitkomst hiervan in relatie tot de governancestructuur zal wellicht pas later bekend zijn en niet meer in het BVR komen.

## Varia

1. Themawandeling thuiszorg : oproep om nog in te schrijven of verder te verspreiden naar achterban. [Zie deze link](#)
2. GEF: 23 mei (donderdagavond). Opzet waar het in de eerstelijns om te doen is. Zeker inschrijven en verder verspreiden. De doelgroep is een mooie mix van eerstelijns werkers/veldwerkers/coördinatoren/beleidswerkers/... [Inschrijven kan via deze link](#)
3. Jaaroverzicht DPO: moet formeel geagendeerd worden (GDPR wetgeving). In 2023 waren er geen problemen. ➔ **goedgekeurd en meegeven aan DPO.**
4. Workshop motiverende gespreksvoering BOV en Halt2Diabetes: niet naar voor gebracht.  
  
Fysieke workshop vindt plaats op 23 april in de voormiddag (08u30 tot 12u30) in WGC De Punt te Gentbrugge. Interesse? [Inschrijven](#).
5. Terugkoppeling werf 5: volgende zorgraad?





Volgende vergadering: Zorgraad op 17 mei 2024, AV op 31 mei 2024

