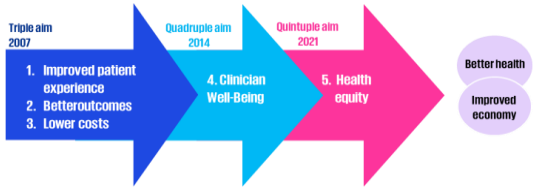
Eindrapport WeCare

Programma “Interfederaal Plan voor Geïntegreerde Zorg”

Situering van het eindrapport WeCare

Context van dit rapport

In België wordt al verschillende jaren nagedacht over hoe het hoofd te bieden aan de **uitdagingen van ons zorg- en welzijnssysteem:** wijzigende zorgvragen, digitalisering, de emancipatie van de patiënt, nieuwe behandelingsmogelijkheden, schaarste aan capaciteit om aan de slag te gaan in de sector, de noodzaak om het budget voor zorg te kunnen beheersen, herschikking van de bevoegdheden tussen de overheden,… Daarbij is er ook het concrete streven om zorg te enten op de principes van de quintuple aim (**5AIM**)[1]:



Figuur 1: de evolutie van de 5AIM[2]

De vraag is daarbij hoe zorg & welzijn anders georganiseerd kan worden, een organisatie die de **patiënt meer centraal** stelt. Het concept van **geïntegreerde zorg (GIZ)*** is daarin één van de speerpunten, officieel door de WHO gedefinieerd als:

> *Geïntegreerde zorg betekent dat gezondheidsdiensten zo georganiseerd worden dat mensen continuïteit ervaren in de zorgverlening. Zowel op het vlak van gezondheidspromotie, ziektepreventie, diagnosestelling, behandeling, ziektemanagement, herstel en palliatieve dienstverlening. Geïntegreerde zorg wordt gecoördineerd door verschillende niveaus en takken én gaat verder dan louter de gezondheidszorgsector. De zorg wordt tevens afgestemd op de noden die personen in hun leven ervaren.*

In 2015 werd reeds binnen de Interministeriële Conferentie een Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken “Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid” goedgekeurd door de ministers van Volksgezondheid van de gefedereerde entiteiten en de federale overheid. Dat leidde o.a. tot de opstarting van pilootprojecten geïntegreerde zorg in België in 2018.

Thans zijn er nog vele vraagtekens rond hoe dit dan precies gerealiseerd kan worden in de praktijk, er zijn immers ontzettend veel ideeën, standaarden, gidsen en zelfs buitenlandse voorbeelden van toepassingen. Er is echter geen éénduidig handboek of recept dat zegt hoe dit specifiek in België gerealiseerd kan worden. De vele betrokken zorgverstrekkers hebben elk hun eigen kijk en belangen. Daarenboven is het een feit dat in België zorg & welzijn de facto raakt aan bevoegdheden die verspreid zijn over zowel federaal als regionaal beleidsniveau. **Een éénduidig Belgisch recept vinden is dus niet eenvoudig, desalniettemin lijkt er toch steeds meer nood aan een collectief gedeelde veranderstrategie voor geïntegreerde zorg.**

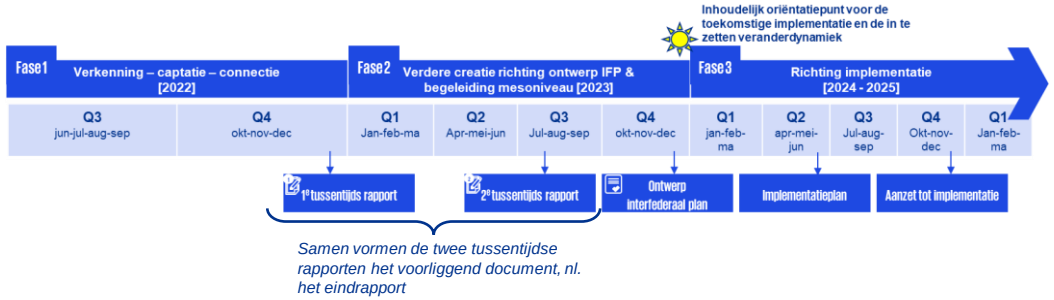
In 2022 werd daarom het idee gelanceerd om te komen tot een **Interfederaal Plan (IFP) Geïntegreerde Zorg, met gezamenlijk ambities en vereende krachten vanuit** het kabinet Vandenbroucke, Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), De Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL). Zij wensten een programma met 3 finaliteiten:

1. De ondersteuning van een ontwerp Interfederaal Plan (IFP) Geïntegreerde zorg
2. De creatie van een instrumentarium ter ondersteuning van geïntegreerde zorg
3. De ondersteuning aan het mesoniveau in veranderingsdynamiek naar geïntegreerde zorg

Daarbij is het uitgangspunt dat men zoveel mogelijk rekening wil houden met het “interfederale karakter” en de Belgische realiteit van bevoegdheidsverdeling. De aanpak moest dan ook vertrekken van een samenwerking van de deelstaten aan een gemeenschappelijk doel.

Het **consortium ‘WeCare’,** bestaande uit de Katholieke Universiteit Leuven (KUL), de Université Libre de Bruxelles (ULB) en de adviesbureaus KPMG en WhoCares?, werd in juni 2022 geselecteerd om hiervoor externe ondersteuning te bieden.

Voor de uitvoering van het programma wordt een gefaseerde aanpak toegepast (zie ook hieronder), gaande van een verkennende fase waarin wordt gecapteerd en geëxploreerd wat bestaat en connecties worden gelegd met het stakeholderveld over een tweede fase van concrete creatie richting een ontwerp IFP. De laatste fase gaat richting implementatie, en start pas nadat er effectief een ontwerp IFP ligt.



**De gehanteerde terminologie verschilt per deelstaat; in de Nederlandstalige tekst wordt de term “geïntegreerde zorg” gebruikt die de domeinen zorg en welzijn omvat, in de Franstalige tekst wordt hiervoor de term “l’aide et soins intégrés” gebruikt. Voor Wallonië wordt voor “welzijn” de term “accompagnement” gebruikt. In de Duitstalige gemeenschap wordt voor “zorg en welzijn”, de term “Gesundheitsversorgung” gebruikt, én voor “geïntegreerde zorg”, de term “Integrierte Versorgung”.*

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Situering van het eindrapport WeCare

Context van dit rapport

Voorliggend document betreft **het eindrapport van de opdracht die het consortium WeCare**, heeft uitgevoerd binnen het **programma Interfederaal Plan voor Geïntegreerde Zorg** in opdracht van het kabinet Vandenbroucke, RIZIV en de FOD VVVL.

Dit eindrapport is **samengesteld uit twee delen**, namelijk:

- **Deel A** dat overeenkomt met het **eerste tussentijds rapport**. In het najaar van 2022 werd na de afronding van de eerste fase van het programma dit rapport overhandigd aan het RIZIV en de doelgroepen die zij als opdrachtgever wenste te betrekken. Dit rapport omvat o.a. :
  - Inzichten, conclusies en mogelijke aanbevelingen voor de veranderdynamiek naar geïntegreerde zorg in kader van het Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg die verworven werden na de eerste fase van het programma.
  - Een overzicht van potentiële relevante bouwstenen van een Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg, ook wel de 13 topics m.b.t. geïntegreerde zorg genoemd. Per bouwsteen werden mogelijke pistes voor het verdere traject in 2023 geïdentificeerd, relevante instrumenten die dit zouden kunnen faciliteren benoemd en opportuniteiten voor de verdere transitiebegeleiding in 2023 van de drie federale projectgroepen (samenwerkingsverbanden GIZ, Protocol 3 projecten en overeenkomst van eerstelijns en gespecialiseerde psychologische zorg) omschreven.
  - Een gedetailleerde toelichting van de verschillende bouwstenen, oftewel 13 topics, waar per topic steeds ingezoomd wordt op de algemene beschrijving, inzichten van sleutelfiguren in de realisatie van geïntegreerde zorg en ervaringen vanuit de praktijk.
  - Een gedetailleerd hoofdstuk over de gecapteerde ideeën en noden op vlak van instrumentarium vanuit het terrein, alsook welke instrumenten mogelijk relevant zijn en op welke instrumenten de primaire focus gelegd zou kunnen worden in het kader van evolutie naar geïntegreerde zorg en de uitvoering van 5AIM.
- **Deel B** dat verwijst naar het **tweede tussentijdse rapport**: dit beschrijft de voortgang van de tweede fase van het programma. Het bundelt uiteenlopende gedachtegangen rond geïntegreerde zorg in België omvat op volgende vlakken:
  - Geïntegreerde zorg op het microniveau, namelijk de zorg rond (en met) de persoon waar het belang van interdisciplinair werken wordt geduid. Ook worden mogelijke antwoorden gegeven op de uitdagingen voor het verbeteren van de continuïteit van zorg, meer bepaald in het kader van bestaande, in ontwikkeling zijnde of toekomstige zorgpaden en de gecoördineerde zorg voor gezondheid en welzijn.
  - De organisatie van geïntegreerde zorg op locoregionaal niveau, oftewel het mesoniveau. Hoe de organisatie van dit niveau ondersteunend kan zijn bij de evolutie naar geïntegreerde zorg en 5AIM wordt uitgebreid toegelicht op basis van verschillende uitgangspunten, de vorm van eenheid, de mogelijke opdrachten van deze eenheid en betrokken partners op dit niveau.
  - Geïntegreerde zorg gefaciliteerd door het macroniveau, meer bepaald welke huidige en toekomstige digitale tools / instrumenten noodzakelijk zijn voor de operationalisering van geïntegreerde zorg op het terrein.
  - De meerwaarde van een structurele samenwerking met bijhorende interfederale governance op macroniveau voor de opvolging van geïntegreerde zorg in België

  Het tweede tussentijds rapport bevat achtergrondinformatie waarvan werd vertrokken voor de verdere vormgeving van concrete interfederale afspraken in samenwerking met de deelstaten die later vertaald werden in een protocolakkoord.

Dit protocolakkoord werd op 8 november 2023 goedgekeurd door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Het is raadpleegbaar via deze link.

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Eerste tussentijds rapport

Deel A

*Deel A van het eindrapport vormt de weergave van **de eerste fase van het programma Interfederaal Plan voor geïntegreerde zorg, die plaatsvond in 2022.** Hoewel sommige inhoudelijke aspecten zijn geëvolueerd, is de inhoud bewust niet gewijzigd om een helder beeld te behouden van de voortgang in fase 1.*

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Situering van het eerste tussentijds rapport

Doel van de eerste, verkennende fase van het traject en dit voorliggend rapport

Tijdens de eerste fase van het project werd al erg snel duidelijk wat een **aantal uitdagingen zouden zijn in dit traject**, zoals:

- Er bestaan al erg veel rapporten, nota's, visieteksten ed. rond geïntegreerde zorg. Er liep ook reeds een studie naar geïntegreerde zorg vanuit het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), met een rapport dat in de loop van onze eerste fase uitkwam. Het is uiteraard de bedoeling dat het lopende IFP-programma hieraan **complementair** is.
- Een **stakeholdersveld** dat erg **breed** is, en graag in gesprek wilde gaan (zie stakeholdermap in bijlage 3).
- Verschillende perspectieven op verschillende beleidsniveaus die maken dat **transparantie** over inhoud en aanpak van het traject cruciaal was.
- Een **balans vinden tussen tijd nemen vs. tijd hebben**: enerzijds nopen voorgaande punten tot een zekere doordachtheid en temporisering, anderzijds is de wens dat eind 2023 de ingrediënten voor een ontwerp interfederaal plan helder zijn, wat maakt dat tijd niet eindeloos is.
- Een **balans vinden tussen de veelheid** van elementen en vragen die verbonden zijn aan geïntegreerde zorg waarbij alles met alles verbonden is **vs. komen tot behapbare bouwstenen** die een realistische basis kunnen vormen voor toekomstige beleidskeuzes en politieke afspraken.
- Het op elkaar **afstemmen** van enerzijds **de vraag naar transitiebegeleiding** die al zou moeten lopen in '22-'23 van lopende projecten en anderzijds het feit dat **het ontwerp IFP nog een hele tijd in constructie zal zijn tot eind '23.** Hierdoor ontstaat een dynamiek van "de brug bouwen terwijl men erop loopt", wat noopt tot zorgvuldige afstemming en een voortdurende mentale flexibiliteit.

Gegeven deze uitdaging werd van in het begin daarom de strategie gevolgd om het ontwerp interfederaal plan te benaderen als een:

a) **evolutief** verhaal

b) een verhaal waar **asymmetrie** mag of zelfs moet bestaan tussen landsdelen i.f.v. reële verschillen tussen historiek, invulling, lopende en toekomstige initiatieven rond geïntegreerde zorg.

c) een verhaal waar **focus** wellicht een sleutel tot succes zal zijn

In de eerste fase van het project (juni – december 2022) werd daarom ingezet op het verder in beeld krijgen van wat relevante bouwstenen zouden kunnen zijn voor het realiseren van geïntegreerde zorg in België en vooral: wat de basis voor een concreet afsprakenkader zou kunnen zijn. Om te vermijden dat we in een theoretisch verhaal zouden belanden, werd ervoor gekozen **zoveel mogelijk in beeld te brengen wat de houding en gevoeligheden zijn voor verschillende stakeholders**. Hiervoor werd gekozen voor een **combinatie aan bronnen**, in lijn met de verschillende deelaspecten van de opdracht:

Voor een meer gedetailleerde toelichting van de aanpak, verwijzen we naar **hoofdstuk 2: Hoe we daartoe gekomen zijn: aanpak.**

Met dit eerste tussentijds rapport wordt beoogd om de **weerslag mee te geven van de eerste fase van het traject**, d.w.z.
dat dit rapport geen weergave is van de huidige situatie ('state of play') van geïntegreerde zorg binnen België maar eerder de volgende inzichten capteert:

- Eerste inzichten rond mogelijke inhoudelijke accenten o.b.v. meningen en inzichten van beleidsmakers, zowel politiek als ambtelijk; meningen en inzichten van vertegenwoordigers van het begeleidingscomité, aangevuld met actoren die deel uitmaken van het verzekeringscomité, de administraties en partners uit welzijn, patiënten/mantelzorger-perspectief, experts binnen het zorg- en welzijnslandschap…
- Ervaringen uit het terrein o.b.v. workshops met lopende projecten die soms reeds jaren experimenteren met (aspecten van) geïntegreerde zorg
- Eerste inzichten rond een eventueel instrumentarium voor geïntegreerde zorg.
- Op basis daarvan formuleerden we conclusies en aanbevelingen voor het vervolg van het traject

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Situering van het eerste tussentijds rapport

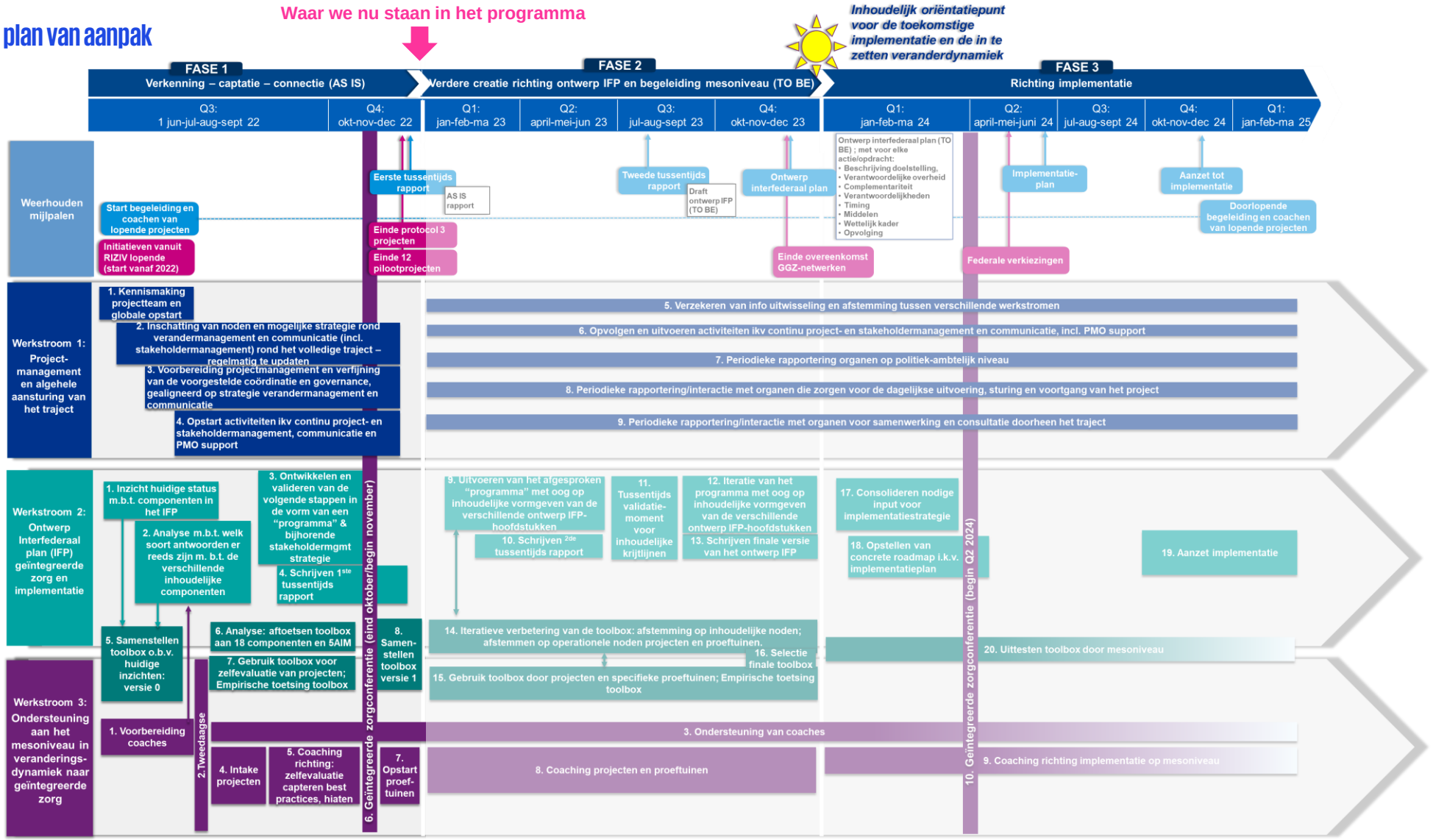
Gevolgde aanpak - Algemeen plan van aanpak

In dit hoofdstuk wordt de gevolgde aanpak binnen fase 1 van het programma uitgebreid toegelicht.

Bij de aanvang van de externe ondersteuning werd vertrokken van een plan van aanpak opgemaakt met een duidelijke onderverdeling in verschillende werkstromen – hier rechts weergegeven.

Dit idee van aanpak werd vervolgens in de loop van het project en in samenspraak met de opdrachtgever geconcretiseerd en in de praktijk gebracht.

Hoe zich vertaald heeft, wordt op de volgende pagina's toegelicht.

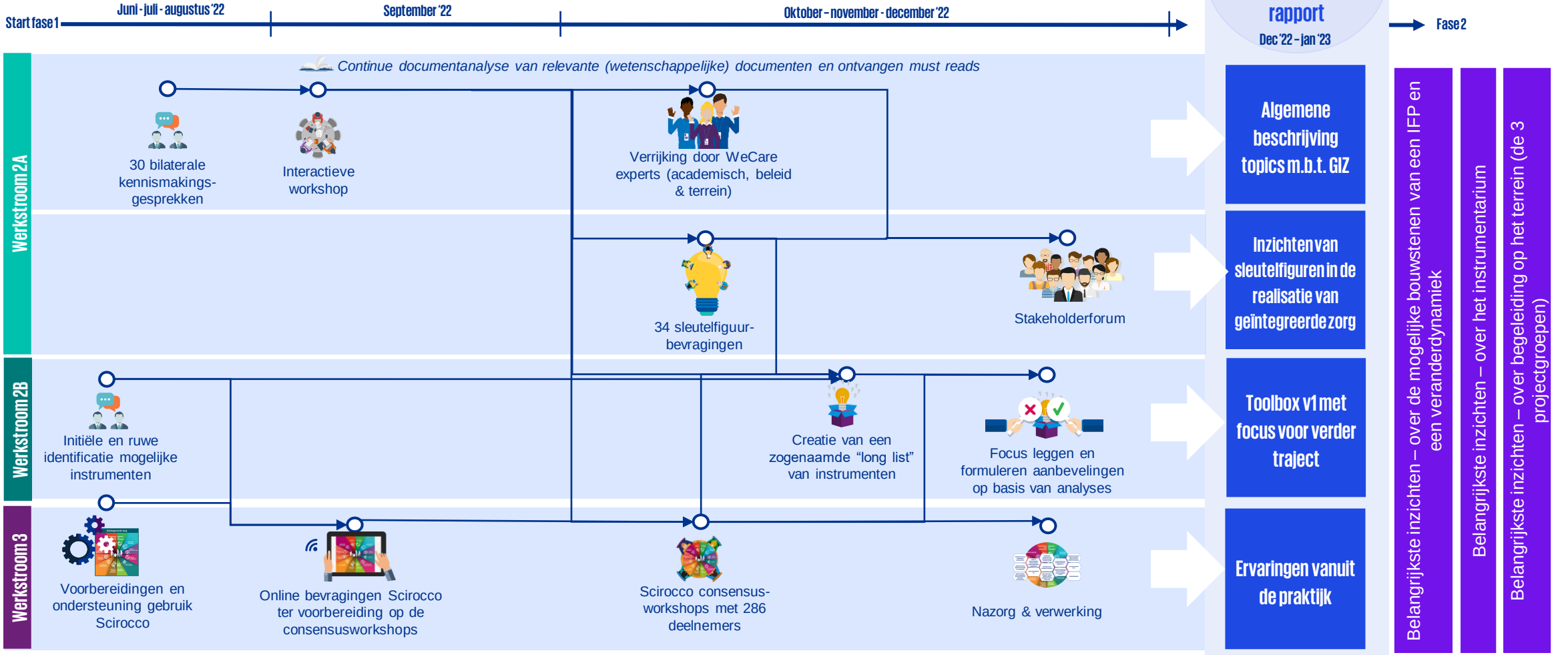


© 2023
Alle rechten voorbehouden

Situering van het eerste tussentijds rapport

Gevolgde aanpak - Fase 1 van het programma concreet vertaald in de praktijk

Het originele plan van aanpak werd tijdens de eerste fase van het programma op een **geïntegreerde wijze vertaald in de praktijk**. De input die vanuit verschillende werkstromen werd verzameld, vormt de basis voor dit eerste tussentijds rapport. Hieronder wordt een overzicht weergegeven van hoe dit precies in elkaar zat. In bijlage 1 is de gedetailleerde toelichting van de gevolgde aanpak terug te vinden.



© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudstafel deel A

Leeswijzer:

Doorheen het tussentijds rapport wordt steeds aangegeven of het gaat over een:

- ***"Samenvattend hoofdstuk":*** *hoofdstuk dat samenvattende inzichten en conclusies omvat (cfr. hoofdstuk 1 en 2)*
- ***"Uitgebreid hoofdstuk":*** *hoofdstuk waarin bepaalde elementen in de diepte worden besproken (cfr. hoofdstukken 3 en 4)*

Naar een veranderdynamiek i.k.v. een ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg	P. 9
Naar potentieel relevante bouwstenen voor het ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg	P. 19
Zoom in 13 topics met inzichten uit verschillende hoeken	P. 29
Zoom in instrumentarium	P. 68
Bijlagen	P. 83

© 2023
Alle rechten voorbehouden

A 1

Naar een veranderdynamiek i.k.v. een ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

Het hoofdstuk bevat een overzicht van de overkoepelende inzichten, bevindingen en conclusies uit fase 1 van het programma en omvat ***de essentie van het gehele eerste tussentijds rapport.*** *De inhoud werd met opzet niet gewijzigd op basis van de laatste ontwikkelingen (in 2023).*

Samenvattend hoofdstuk

Naar een veranderdynamiek i.k.v. een ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

Overzicht bevindingen en mogelijke aanbevelingen

De gevolgde aanpak heeft uiteraard geleid tot heel wat inhoudelijke inzichten. Deze worden uitgebreid toegelicht in hoofdstuk 2 en 3. De vraag is echter ook hoe die inhoud in een veranderdynamiek kan vertaald worden. Deze dynamiek zal moeten leiden tot een duurzame basis voor de toekomst.

In dit hoofdstuk zoomen we in op dit tweede aspect, nl. welke zijn de samenvattende bevindingen, inzichten, en tot welke conclusies en aanbevelingen leidt dit voor het vervolg van dit traject. En dit vanuit een veranderstrategie-perspectief met een specifieke focus op 2023. Voor een verdiepende toelichting van deze inzichten, verwijzen we naar de volgende hoofdstukken.

In essentie

De zeven hoofdbevindingen

1. De 13 geïdentificeerde topics werden over het algemeen als volledig ervaren en werden allen als belangrijk gezien voor de verdere evolutie van GIZ. Echter, niet alle topics worden daarom als cruciale hefboom ingeschat, om op korte termijn stappen te zetten in de richting van GIZ.
2. Voor elk van de topics kunnen verschillende soorten vervolgstappen, nl. “pistes” voor 2023, worden geïdentificeerd. Deze lijken weliswaar van een andere orde voor elk van de topics.
3. Stakeholders lijken verschillende types rollen te zien voor de overheid (in brede zin van het woord), soms zien zij eerder het terrein als de plek waar “het” gebeurt en wordt er weinig inmenging verwacht (of eerder geduld), soms wordt er juist van de overheid een meer aanwezige of zelfs sturende rol verwacht.
4. De collectief, gedeelde aanvaarding van en bewustzijn rond bepaalde termen en definities en een daaruit volgende “gemeenschappelijke taal” in het kader van GIZ, heeft nog een weg af te leggen.
5. Er is over het algemeen een eerder gemengd, toch voorzichtig open sentiment over het ontwerp IFP, in die zin dat het terrein nood heeft aan iets dat de verschillende puzzelstukken aan elkaar rijgt. Dit momentum kan aangegrepen worden om verdere stappen te zetten.
6. Uiteraard wil dit niet zeggen dat er inhoudelijk eensgezindheid is over alles, en dat er geen kritische stemmen zijn. Er is echter een grote roep op het terrein (microniveau) voor een eensgezinde richting vanuit macroniveau.
7. Ondanks en tegelijk juist omwille van het grote belang van alle onderwerpen, wordt er regelmatig gesuggereerd dat het werken in stappen wellicht een weg vooruit kan zijn.

Aan van deze bevindingen koppelen we ook enkele verder aanbevelingen richting verdere stappen en veranderdynamiek in het algemeen.

Om daarin de nodige nuances te kunnen leggen, leggen we deze graag nader uit op de volgende pagina’s.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Naar een veranderdynamiek i.k.v. een ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

Bevinding 1

**De 13 geïdentificeerde topics werden over het algemeen als volledig ervaren en werden allen als belangrijk gezien voor de verdere evolutie van GIZ.
Echter, niet alle topics worden daarom als cruciale hefboom ingeschat, om op korte termijn stappen te zetten in de richting van GIZ.**

Op basis van de ingevulde kwantitatieve voorbereidende oefeningen (zie bijlage 8B) achten de sleutelfiguren elk topic als belangrijk (met beperkte nuances tussen de stakeholdergroepen). De bijdrage die men denkt te kunnen leveren hieraan toont echter een grotere variatie/nuances tussen de verschillende stakeholdergroepen. Deze bevinding kan gelegd worden naast de kwalitatieve conclusies van zowel de sleutelfiguurbevragingen (zie bijlage 8A) en Scirocco workshops van de drie projectgroepen als de recente KCE studie 'Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België' [1] .

Op basis van die combinatie van bronnen zien we dat globaal genomen steeds 5 à 6 topics naar boven komen als meest prioritair / als meest cruciale *hefboom in de evolutie naar GIZ*; deze zijn (in willekeurige volgorde) :

- Topic 1. De organisatie van zorg en ondersteuning op locoregionaal niveau
- Topic 4. Invulling van zorgproces/zorgtraject/ zorgpad/ zorgplanning, inclusief zorgcoördinatie en casemanagement
- Topic 6. Financiering van geïntegreerde zorg op verschillende niveaus die beantwoordt aan 5AIM
- Topic 10. Digitale tools ter ondersteuning van het zorgproces: elektronisch delen van gegevens en een digitaal platform voor multidisciplinaire samenwerking
- Topic 13. Integratiemanagement
- Topic 3. Organisatie, versterking en retentie van (multidisciplinaire) zorgcapaciteit afgestemd op de noden, inclusief competentieontwikkeling

De overige topics worden **minder een hefboomfunctie** toegedicht om verschillende redenen, i.e. :

- Omdat er wordt geredeneerd dat ze hoogstwaarschijnlijk gefaciliteerd zullen worden door op de hogergenoemde topics te werken (vb. cultuur GIZ, dit wordt eerder gezien als resultante van werken aan andere zaken)
- Omdat het topic niet meteen duidelijke acties lijkt te genereren, die de evolutie naar GIZ op korte termijn als dusdanig echt mee in gang zetten

Conclusies/aanbevelingen

- Dit wijst er op dat mogelijks een bepaalde focus kan worden gelegd bij het opmaken van een ontwerp IFP.
- Hierbij moet de volgende nuance in rekening genomen worden: een beperkt aantal stakeholders m.b.t. het burger/patiëntenperspectief werden bereikt in de eerste fase van het programma. In de volgende fase zal er daarom bijkomend aandacht besteedt worden aan het voldoende meenemen en in kaart brengen van dit perspectief.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Naar een veranderdynamiek i.k.v. een ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

Bevinding 2

Voor elk van de topics kunnen verschillende soorten vervolgstappen, nl. "pistes" voor 2023 (of positioneringen), worden geïdentificeerd (zie hoofdstuk 2); deze lijken weliswaar van een andere orde voor elk van de topics.

In hoofdstuk 2 schetsen we de conclusies die per topic naar boven kwamen én koppelden we dit aan mogelijke vervolgstappen voor 2023.
Wat daarbij opvalt is dat we zien dat er wellicht op een wat andere manier met de topics omgegaan zou kunnen worden voor de volgende stappen. We schetsen hieronder deze inschatting. Voor de details verwijzen we naar hoofdstuk 2.

Let wel, het onderscheid dat hieronder gemaakt wordt impliceert geen ordening in functie van belangrijkheid, wel een verschil in mogelijke aanpak naar 2023 toe. Anders gesteld, zal elk van de topics richting een ontwerp Interfederaal Plan weldegelijk aan bod komen, maar de opbouw/aanpak en/of de positionering in de tijd ervan kan verschillend zijn.

- Er lijken een aantal topics te zijn die allicht de hoeksteen zullen vormen van een toekomstig IFP en waarrond afspraken nodig zijn. Het gaat over het afbakenen van erg concrete zaken. Dit geldt bijvoorbeeld voor topic 1, 13, 2, 3 en 4.

Mogelijke positionering in een ontwerp IFP	Inhoudelijke topics
Inhoudelijke cruciale hoekstenen van een kader voor uiteindelijke verandering op microniveau, waar inhoudelijke interfederale afspraken rond nodig zijn*	1. De organisatie van zorg en ondersteuning op locoregionaal niveau 13. Integratiemanagement 2. Horizontale en verticale integratie van zorg & welzijn (cfr. zorgcontinuïteit) 4. Invulling van zorgproces/zorgtraject/ zorgpad/ zorgplanning, inclusief zorgcoördinatie en casemanagement 3. Organisatie, versterking en retentie van (multidisciplinaire) zorgcapaciteit afgestemd op de noden, inclusief competentieontwikkeling

**Opm.: voor bepaalde doelgroepen, waaronder mensen met zeldzame aandoeningen, zal een specifieke planmatige aanpak aangewezen blijven.*

- Rond twee topics zien we dat er potentieel een grote impact kan zijn op het terrein, i.e. topic 6 en topic 10. Het zijn duidelijk onderwerpen waar het terrein van verwacht dat ze worden aangepakt en dat ze het werk van alledag kunnen faciliteren. Echter, vooraleer die impact voelbaar kan zijn, moeten er op meso- en/of macroniveau ook effectief actoren rond de tafel zitten en afspraken maken, hetgeen als complex wordt ingeschat. Dat maakt beide topics enerzijds heel concreet en potentieel impactvol, maar geeft ook een risico op blokkering als blijkt dat de actoren toch niet toekomen aan het maken van afspraken.

Mogelijke positionering in een ontwerp IFP	Inhoudelijke topics
Noodzakelijk en essentiële hefbomen voor verandering op microniveau, die vooral blokkerend zullen zijn indien niet aangepakt	6. Financiering van geïntegreerde zorg op verschillende niveaus die beantwoordt aan 5AIM 10. Digitale tools ter ondersteuning van het zorgproces: elektronisch delen van gegevens en een digitaal platform voor multidisciplinaire samenwerking

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Naar een veranderdynamiek i.k.v. een ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

Bevinding 2 (vervolg)

Er kunnen verschillende soorten pistes voor 2023 worden geïdentificeerd, en deze lijken van een andere orde voor de verschillende topics

- Rond topic 5 en 7 is voor beide topics de vraag wat er concreet mee kan gedaan worden;
  - Cultuur (topic 5) lijkt stilaan eerder als resultante te worden gezien van de toepassing van GIZ. Het zou dus kunnen fungeren als een oriëntatiepunt voor een toekomstig IFP.
  - Rond performantiemanagement (topic 7) is de visie mogelijks nog iets te weinig uitgekristalliseerd bij de stakeholders.

Mogelijke positionering in een ontwerp IFP	Inhoudelijke topics
Oriëntatiepunten, deels verdere visievorming en ambitiesetting nodig	5. Cultuur van geïntegreerde zorg 7. Performantie van het geïntegreerde zorgsysteem

- Rond een aantal topics wordt het belang absoluut erkend, maar lijkt er ook een nood te zijn om één en ander nog meer uit te klaren, vooraleer concrete afspraken mogelijk zijn in een ontwerp IFP:
  - Voor topic 8 en 11 is het mogelijks aangewezen om het perspectief van het doelpubliek in kwestie (patiënt, burger, informeel netwerk) nog meer binnen te brengen.

Mogelijke positionering in een ontwerp IFP	Inhoudelijke topics
Fundamentele topics, maar nog meer heldere visie nodig, vb. o.b.v. **consultatie doelpubliek** in kwestie	8. Invulling “patiënt centraal” en “empowerment”: aanbod qua individuele en collectieve ondersteuning van een persoon in zijn/haar context 11. Ondersteuning van het informeel netwerk van een persoon in zijn/haar context zowel op individueel als op groepsniveau

  - Voor topic 9 en 12 lijkt eveneens een stuk verdere visievorming nodig. Een lijn die hier wel naar voren geschoven kan worden, is dat hier mogelijks op erg lokaal niveau gedacht kan worden, naast eventuele afspraken op macroniveau.

Mogelijke positionering in een ontwerp IFP	Inhoudelijke topics
Topics die net iets verder van de kern van GIZ kunnen gesitueerd worden, waarbij **de lokale insteek van belang** zal zijn om verandering in te zetten	9. Inzet op gezondheidspromotie en ziektepreventie in kader van geïntegreerde zorg 12. Zorg en welzijn in een bredere context

Conclusies/aanbevelingen

- Net zoals bij bevinding 1, onderschrijft dit dat een bepaalde focus kan gelegd worden op hoe met elk van de inhoudelijk topics kan worden omgegaan i.f.v. een ontwerp IFP.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Naar een veranderdynamiek i.k.v. een ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

Bevinding 3

Stakeholders lijken verschillende types rollen te zien voor de overheid (in brede zin van het woord), soms zien zij eerder het terrein als de plek waar “het” gebeurt en wordt er weinig inmenging verwacht (of eerder geduld), soms wordt er juist van de overheid een meer aanwezige of zelfs sturende rol verwacht

Conclusies/aanbevelingen

Het lijkt aangewezen om goed in te spelen op de verschillende rollen. Dit kan mogelijk helpen om de verantwoordelijkheden in het proces helder te krijgen, dewelke nodig zijn onderliggend aan de opbouw van een ontwerp IFP. Op die manier kan er samen ook echt aan de slag worden gegaan.

Volgende rollen zouden kunnen worden onderscheiden – voorbeeld :

- **Initiator/trekker**: diegene die het initiatief neemt en de eerste aanzet voor verandering onderneemt.
- **Coördinator/facilitator**: diegene die de randvoorwaarden schept, samenhang creëert en onderhoudt om de veranderactiviteiten te laten plaatsvinden.
- **Realisator**: diegene die de vooropgestelde veranderingsopdrachten tot uitvoering brengt.

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Naar een veranderdynamiek i.k.v. een ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

Bevinding 4

De collectief, gedeelde aanvaarding van en bewustzijn rond bepaalde termen en definities en een daaruit volgende "gemeenschappelijke taal" in het kader van GIZ, heeft nog een weg af te leggen.

Enerzijds horen we een **roep naar een gemeenschappelijke taal**, met eenduidig gedeelde termen en definities. Tegelijk bestaan er echter juist heel veel definities, vb. internationaal gevalideerd (zo ook door de WHO, zie rechts). Enkele voorbeelden waar typisch wat onduidelijkheid rond heerst:

- Wat is geïntegreerde zorg? Welke definitie wordt er gevolgd? Wat omvat geïntegreerde zorg net? En wat niet? Hoe breed gaat dit? Waar situeren zich de grenzen?
- Voor wie is geïntegreerde zorg bedoeld? Wie is in deze de "patiënt"? In welke gevallen treedt geïntegreerde zorg "in werking"? Wanneer is het niet van toepassing?
- Wie werkt hier als zorgprofessional net aan mee? Wie niet? Op welk moment wel of niet?
- Wat verstaan we onder zorgpaden, zorgtrajecten, zorgplanning, zorgcoördinatie, case management, …?

Ook zijn er in België voor bepaalde zaken in bepaalde documenten/afspraakdocument reeds vastgelegd. Het voorbeeld rond zorgcoördinatie en casemanagement en de IMC-akkoord van 2019 (zie rechts) is hier erg sprekend. Deze definitie komt volgens sommige stakeholders niet overeen met de praktijk waardoor onenigheid ontstaat.

Definitie GIZ – WHO[2]

*Geïntegreerde zorg wordt door de WHO gedefinieerd als 'een aanpak om gezondheidszorgsystemen waarin de mens centraal staat te versterken door een **globale kwaliteitsvolle dienstverlening** te bevorderen gedurende de gehele levensloop, tegemoet komend aan de multidimensionale behoeften van de bevolking en het individu, en verleend door een gecoördineerd multidisciplinair team van professionals die werkzaam zijn in verschillende settings en op verschillende zorgniveaus. Het moet doeltreffend worden beheerd om optimale resultaten en een verantwoord gebruik van middelen te waarborgen op basis van de beste beschikbare gegevens, met feedbackmomenten, om de prestaties voortdurend te verbeteren en de oorzaken van slechte gezondheid in de beginfase aan te pakken en het welzijn te bevorderen door intersectorale en multisectorale acties.*

Definitie zorgcoördinatie – IMC[3]

BIJLAGE 1 : Gemeenschappelijke visie op zorgcoördinatie en casemanagement

Zorgcoördinatie :

"Een collaboratief **proces** van evaluatie, planning, afstemming en belangenbehartiging, opdat de opties en diensten aan de globale zorgbehoeften (en wensen) van de persoon en zijn omgeving beantwoorden, via communicatie en beschikbare hulpmiddelen, om kwaliteitsvolle en kost-effectieve resultaten te bevorderen."

Een van de zorgaanbieders uit het zorgteam neemt de rol van zorgcoördinator op.

Het zorgteam bestaat uit de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de informele zorg en de professionele zorg[1].

Conclusies/aanbevelingen

Wanneer er onduidelijkheid is rond termen, of discussie aanhoudt ondanks eerdere afspraken of een toepassing niet gebeurt zoals voorzien, kunnen meerdere zaken spelen, vb. eerder gemaakte afspraken zijn te weinig collectief gekend, ze zijn gedocumenteerd maar worden inhoudelijk niet werkelijk aanvaard en dus ook niet toegepast zoals bedoeld, er is een misperceptie van wat met sommige zaken wordt bedoeld of wat de mogelijkheden en beperkingen zijn.

➢ Het lijkt dus zaak om wanneer dergelijke debatten de kop opsteken tijdens het traject, een **zicht te krijgen op de onderliggende redenen** en hier in de vervolgstappen van de opbouw van een ontwerp IFP rekening mee te houden.

Afhankelijk van de onderliggende redenen, kan er aan verschillende types van **remediërende acties** gedacht worden:

✓ Evalueren in hoeverre gemaakte afspraken herbekeken moeten worden dan wel de basis blijven voor een verdere doorstart.

✓ Nadenken over de meest geschikte communicatiekanalen voor duurzame communicatie over geïntegreerde zorg.

✓ Communicatie-acties richting betrokken actoren met oog op infoverspreiding en eventuele mispercepties te corrigeren.

✓ Verder verfijnen van de reeds beschikbare definities en vertalen/concretiseren van de definities in gedragingen, verwachtingen, dagdagelijkse activiteiten, …

✓ Inbouwen van pragmatische evaluatiemomenten/-manieren om na te gaan in hoeverre de afgesproken acties zijn "geland" op het terrein, waar wel en waar niet, ...

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Naar een veranderdynamiek i.k.v. een ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

Bevinding 5

Er is over het algemeen een eerder gemengd, toch voorzichtig open sentiment over het ontwerp IFP, in die zin dat het terrein nood heeft aan iets dat de verschillende puzzelstukken aan elkaar rijgt. Dit momentum kan aangegrepen worden om verdere stappen te zetten.

Over het algemeen zijn zowel de geïnterviewde sleutelfiguren als het terrein redelijk **open voor een ontwerp IFP**. Daarbij worden verschillende **noden** geuit:

- Iets dat de verschillende lopende initiatieven in elkaar kan doen passen. Er is immers al heel wat gaande. Iets dat ervoor zorgt dat er geen hiaten zijn, maar dat juist kader kan bieden (“de hoekstukjes van een grote puzzel”).
- Het moet voortbouwen op zaken die reeds afgesproken/verworven zijn, hetzij op federaal, hetzij op deelstaatniveau.
- Het moet diegenen die bezig zijn met zorg ook effectief in de praktijk vooruit kunnen helpen.

Bevinding 6

Uiteraard wil dit niet zeggen dat er inhoudelijk eensgezindheid is over alles, en dat er geen kritische stemmen zijn; er is echter een grote roep op het terrein (microniveau) voor een eensgezinde richting vanuit macroniveau.

- Er is veel **goede wil op het terrein** (dit bleek o.a. uit de workshops van werkstroom 3). Echter, er is **ook een vrees** dat men er op macroniveau niet uit geraakt. Op macroniveau wordt veel hoop gevestigd op het idee om via “asymmetrie” tot adequate afspraken te komen tussen de betrokken federale en deelstaten. We kunnen de noodzaak van principe ook onderschrijven o.b.v.de vergaarde info. Tegelijk zullen er wellicht toch een **minimum aan collectief gedeelde afspraken nodig zijn,** nl. daar waar het terrein de grootste nood aan éénduidige richting uit, i.e.
  - Interoperabiliteit tussen de verschillende geografische afbakeningen in België
  - Interoperabiliteit tussen digitale hefbomen.
  - Interoperabiliteit tussen betrokken zorgverleners, vb. afspraken van welke opdrachten bij wie liggen en op welk niveau én het (financieel) faciliteren van samenwerking
  - Afspraken over financiering
- Dergelijke onderwerpen **dragen** echter reeds **heel wat historiek en/of debatten mee**, al dan niet leidend tot stappen in de richting van GIZ. Dat zet de uitdaging op scherp: debat is nodig, maar de vrees wordt ook geuit dat:
  - De hete hangijzers uit de weg gegaan worden
  - Dat zodra keuzes gemaakt moeten worden, men het op macroniveau niet eens raakt waardoor op microniveau vooruitgang blokkeert.
- Soms zijn ook meer **concrete “angsten”** een potentiële bron voor weerstand, vb.
  - Angst voor “nog meer”, met in het bijzonder een grote angst voor structuren, en vooral extra structuren bovenop wat al bestaat, die finaal de dagelijks (samen)werking niet bevorderen, terwijl daar juist nood aan is
  - Angst voor te weinig realiteitszin door het willen toepassen van concepten uit internationale voorbeelden (vb. Kaiser permanente), die niet zomaar toepasbaar zijn in België wegens een fundamenteel anders onderliggend financieringssysteem en staatsstructuur.

Conclusies/aanbevelingen

Zie volgende pagina

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Naar een veranderdynamiek i.k.v. een ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

Bevinding 5 & 6

Er is over het algemeen een eerder gemengd, toch voorzichtig open sentiment over het ontwerp IFP, in die zin dat het terrein nood heeft aan iets dat de verschillende puzzelstukken aan elkaar rijgt. Dit momentum kan aangegrepen worden om verdere stappen te zetten.

Uiteraard wil dit niet zeggen dat er inhoudelijk eensgezindheid is over alles, en dat er geen kritische stemmen zijn; er is echter een grote roep op het terrein (microniveau) voor een eensgezinde richting vanuit macroniveau.

Conclusies/aanbevelingen

Het lijkt erop dat een **veranderstrategie** nodig is, waarbij het macroniveau een kader aanbiedt zodat werkelijke verandering op meso- en microniveau gerealiseerd kan worden. Dit vraagt een krachtige doch uniforme gedrevenheid vanuit de betrokken actoren op macroniveau. Echter, hogere bevindingen indachtig, zien we een reëel risico dat te uiteenlopende visies en/of administratieve, politieke, dan wel beroepsgroep-gedreven verkaveling op macroniveau overheersen. Dit met als potentieel gevolg dat er geen collectief gedragen inhoudelijke afspraken bereikt worden. Hierdoor zullen het meso- en microniveau te weinig handvaten hebben om verder te gaan richting GIZ.

Volgende **aanbevelingen** kunnen we meegeven om met dit risico om te gaan:

- ✓ De grote omvang van het onderwerp geïntegreerde zorg, maakt dat het wellicht onmogelijk zal zijn om alles en met iedereen ineens af te spreken. Een meer haalbare piste is wellicht om de evolutie naar GIZ op te delen in meerdere etappes. 2023 vormt dan de eerstvolgende etappe. Het verdient daarom de aanbeveling om collectief af te spreken met de betrokken actoren welk soort afspraken gemaakt zullen worden in die eerste etappe én dat er meerdere etappes zullen zijn waardoor het lange termijnperspectief wordt ingebouwd.
- ✓ Er zijn reeds heel wat trajecten lopende, met ook heel wat werkgroepen, soms zijn daar ook dezelfde actoren in betrokken. Om de combinatie van vele trajecten beheersbaar te houden, kan het aangewezen zijn om vooraf de nodige aanpak af te spreken, d.w.z. elementen zoals:
  - Zijn werkgroepen de juiste/enige nodige drager of zijn er ook ander manieren om samen te werken? Bv. hoe kan samenwerking naast formele fora gefaciliteerd worden zodat formele momenten dienen om te bespreken wat collectief besproken moet worden, maar zodat de inhoudelijke samenwerking tussen die momenten door al effectief gebeurt.
  - Welk soort deliverables wil men zien in die eerste etappe?
  - Welke soort capaciteit wil men daarvoor vrijmaken?
  - …?
- ✓ Hiermee gepaard, rijst de vraag over welk soort investering men wil maken op termijn, i.e. in welke mate we de transitie naar geïntegreerde zorg willen ondersteunen vanuit de maatschappij. Hiervoor is de betrokkenheid van actoren op macroniveau cruciaal. Indien men in 2023 voldoende progressie wil maken op een manier **die impactvol is voor het terrein, op microniveau,** lijkt het nodig om reeds bij aanvang van de volgende fase in het project, een engagement uit te spreken van de betrokken actoren, in het bijzonder de actoren op overheidsniveau.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Naar een veranderdynamiek i.k.v. een ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

Bevinding 7

**Ondanks en tegelijk juist omwille van het grote belang van alle onderwerpen,
wordt er regelmatig gesuggereerd dat het werken in stappen wellicht een weg vooruit kan zijn.**

Om de transitie naar geïntegreerde zorg te bekomen, dienen veranderingen gerealiseerd te worden in de 13 verschillende topics. Hierbij dient rekening gehouden te worden met volgende zaken:

- Veranderingen bij één topic, kunnen gevolgen hebben voor de uitvoering van andere topics, waarbij **steeds verder gebouwd kan worden op verworvenheden**. Het is dus zaak deze afhankelijkheden en linken tussen de topics goed in kaart te brengen en af te wegen.
- Verder spreekt het voor zich dat **niet alle activiteiten en pistes** (zoals gedefinieerd in hoofdstuk 2) **gelijktijdig kunnen worden opgenomen**. Dit aangezien zoveel zaken verbonden met/ afhankelijk van elkaar zijn (cfr. hierboven), maar ook aangezien de totale hoeveelheid aan noodzakelijke activiteiten niet gering is.
- Vandaar zal de tijdslijn voor de **transitie naar geïntegreerde zorg over meerdere jaren verlopen**. Hierbij kan een basis gelegd worden in 2023, waarop verder gewerkt wordt in de daaropvolgende jaren.
- Bovenstaande noopt tot het stellen van prioriteiten. Op basis van input uit verschillende hoeken (de interviews met stakeholders, input uit het stakeholderforum, …) kunnen **een aantal activiteiten als prioritair worden geïdentificeerd**, die faciliterend kunnen zijn om geïntegreerde zorg in zijn totaliteit te realiseren.
- Belangrijk om daarbij te vermelden, is dat uiteindelijk alle 13 topics weldegelijk zullen uitgewerkt worden richting het ontwerp interfederaal plan. De prioritaire aanduiding doet dus geenszins afbreuk aan de mate van belangrijkheid van de topics zelf.

Conclusies/aanbevelingen:

- ✓ Om een **basis te creëren** voor geïntegreerde zorg waarop de komende jaren kan worden verder gebouwd, wordt in 2023 ingezet op een **selectie van prioritaire pistes (en bijhorende activiteiten).**
- ✓ De inhoudelijke detaillering van de overige geïdentificeerde pistes voor de andere topics/clusteringen nemen we op in het volledige **plan van aanpak vanaf 2023**.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

A 2

Naar potentieel relevante bouwstenen voor het ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

Conclusies en mogelijke pistes voor 2023 per topic

Samenvattend hoofdstuk

Naar potentieel relevante bouwstenen voor het ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

Opbouw hoofdstuk

Waar hoofdstuk 1 inzoomde op de veranderdynamiek, geeft dit hoofdstuk 2 aan welke de inhoudelijke belangrijkste inzichten zijn. Hoofdstuk 1 en 2 geven dus zowel vorm als inhoud aan een mogelijke veranderdynamiek vanaf 2023.

Voor meer uitgebreide onderbouwing verwijzen we naar de hoofdstukken 3, 4.

In dit hoofdstuk geven we per topic aan wat de activiteiten tot hiertoe aan **inzichten hebben opgeleverd en de mogelijke pistes** die we daaraan koppelen. Meer bepaald wordt elke pagina als volgt opgebouwd:

Topic	Conclusie	Pistes voor volgende stappen (vanaf 2023 - …), om te overwegen in kader van evolutie GIZ	Link met instrumenten: instrumenten die dit kunnen faciliteren	Opportuniteit transitiebegeleiding 3 projectgroepen
• We hernemen elk van de 13 topics, in de volgorde van hoofdstuk 1	• De conclusie per topic is gebaseerd op de info in hoofdstuk 3, nl. de beschrijving van de topics alsook de inzichten van sleutelfiguren en terrein	• Dit geeft aan wat mogelijks als discussiebasis kan dienen om verder met de stakeholders uit te diepen • Let op, dit is een **overzicht aan mogelijke pistes** waarvan een deel reeds in 2023 kan opgenomen worden. De overige pistes zullen later opgenomen worden.	• Identificatie van welke instrumenten het onderwerp in kwestie zou kunnen faciliteren, gebaseerd op hoofdstuk 4 • We maken hierbij onderscheid tussen de instrumenten van de short list (genummerd van 1 tot 6) en andere instrumenten die werden geïdentificeerd m.b.t. de topics (‘algemeen’)	• Mogelijks zijn er in 2023 reeds bepaalde zaken die vanuit het terrein vastgepakt kunnen worden, deze noteren we hier

© 2023
Alle rechten voorbehouden

A1
A2
A3
A4
A5

Naar potentieel relevante bouwstenen voor het ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

Verworven inzichten - mogelijke pistes vanaf 2023 – topic 1, 13

Topic	Conclusie	Pistes voor volgende stappen (vanaf 2023 - …), om te overwegen in kader van evolutie GIZ	Link met instrumenten: Instrumenten die dit kunnen faciliteren	Opportuniteit transitiebegeleiding 3 projectgroepen
1. De organisatie van zorg en ondersteuning op loco-regionaal niveau	• De diversiteit/heterogeniteit in geografische afbakening lijkt een Belgische realiteit, en toch is er veel vraag om hier meer eenvormigheid in te creëren. • Ondanks dat er al structuren zijn, lijkt er nood aan duidelijker afbakenen van opdrachten en verantwoordelijkheden gekoppeld aan die structuren: wat wordt waar opgenomen en waar zit de complementariteit? Een kanttekening is dat er wellicht ook zaken zijn die supraregionaal op te nemen zijn. Ook hiermee is afstemming nodig. • Het bepalen van die afbakeningen en opdrachten, gebeurt wellicht best voortbouwend op wat bestaat en vanuit een bottom-up approach. Zo kunnen de bestaande asymmetrieën ook in rekening gebracht worden (vb. verschillen in gebruikte populatiegrootte). • Er lijkt hier ook een link te zijn met de operationalisering van populatie management (oorspronkelijk bij topic 3). Dit is tevens gelinkt aan de ambitie om een dashboard op te zetten. • Een specifieke problematiek die wordt aangehaald is de grensproblematiek. Vraag rijst in hoeverre hier ook misperceptie in meespeelt: zijn er afspraken gemaakt die de nodige zorg bemoeilijken en/of is een perceptieprobleem over gemaakte afspraken?	• Verhelder de opdrachten, rollen en verantwoordelijkheden die ogenomen moeten worden op het locoregionaal niveau • Leg voor heel België vast wat “het locoregionaal niveau” zal zijn, vertrekkend vanuit de huidige, verschillende territoriale afbakeningen en met uitgangspunt dat alles in elkaar past. • Werk op de interoperabiliteit tussen verschillende territoria: verduidelijk de verhouding van de opdrachten van het gedefinieerde locoregionale niveau tot de andere niveaus, incl. supraregionaal. • Bepaal welke stappen gezet kunnen en moeten worden om meer populatiegericht te kunnen werken, zowel op korte als lange termijn. Bijkomend: • Onderzoek wat nog kan gedaan worden aan de issues gelinkt aan concrete grensproblematieken	• Instrument 1: Dashboard dat indicatoren biedt voor een populatiegerichte aanpak en evaluatie op mesoniveau. • Instrument 4: Model voor zelfreflectie op locoregionaal niveau (vb HSO, Scirocco,…). • Instrument 5: Methodiek voor integratie-management (vb intervisie, vormen van multidisciplinair overleg,…).	• Aanbevelingen aangeven naar macroniveau rond wat werkt op het terrein en wat niet, vb. rond populatiegebaseerd werken. • Als terreinklankbord fungeren • Fungeren als terreinklankbord-groep voor conceptualisering van een dashboard populatie-management.

13. Integratie-management	• Er lijken hierrond erg veel termen te circuleren die in essentie neerkomen op activiteiten die nodig zijn om van een actuele naar een gewenste situatie te evolueren.
	• Het lijkt bijzonder nauw gelinkt aan hoe één en ander georganiseerd zal worden op locoregionaal niveau, cfr. topic 1. De geïdentificeerde buitenlandse voorbeelden geven interessante invullingen, doch grote kanttekening is dat België een ander financieringssysteem heeft én dat de onderliggende staatsstructuur anders in elkaar zit. Dit maakt dat vergelijkbaarheid en toepasbaar van dergelijke ideeën niet noodzakelijk evident is.
	• Een grote vrees die vaak terugkeert is dat er bijkomende structuren of organen gecreëerd zullen worden, terwijl de roep eerder is om te vertrekken van wat er al is. Deze vrees in combinatie met de roep om bottom-up te werken, maakt dat een te overwegen piste zou kunnen zijn om eerder te gaan kijken hoe de relevante activiteiten precies ingebed kunnen worden.
		• Baken de integratieopdrachten af: welke activiteiten worden hier precies onder verstaan (cfr. de integratorfunctie = welke opdrachten).
		• Bepaal vervolgens welke activiteiten bij welke actoren in welke structuren moeten liggen:
		  • Bekijk of “de integrator” mogelijks samenvalt met een bestaande locoregionale structuur of reeds bestaand orgaan in een dergelijke structuur
		  • Evalueer of er dan nog opdrachten overblijven die niet passen in een bestaande structuur/orgaan
		• Bepaal welke investering nodig is om de integratorfunctie te financieren.
			• Instrument 1: Dashboard dat indicatoren biedt voor een populatiegerichte aanpak en evaluatie op mesoniveau.
			• Instrument 4: Model voor zelfreflectie op locoregionaal niveau (vb HSO, Scirocco,…).
			• Instrument 5: Methodiek voor integratiemanagement (vb intervisie, vormen van multidisciplinair overleg,…).
				• Aanbevelingen aangeven naar overheid rond wat werkt op het terrein en wat niet.
				• Als terreinklankbord fungeren.

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Naar potentieel relevante bouwstenen voor het ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

Verworven inzichten - mogelijke pistes vanaf 2023 – topic 2

Topic	Conclusie	Pistes voor volgende stappen (vanaf 2023 - …), om te overwegen in kader van evolutie GIZ	Link met instrumenten: Instrumenten die dit kunnen faciliteren	Opportuniteit transitiebegeleiding 3 projectgroepen
2. Horizontale en verticale integratie van zorg & welzijn (cfr. zorg-continuïteit)	• Huidig topic lijkt eveneens sterk gelinkt aan het afbakenen van welke opdrachten waar net liggen. • En risicofactor die discussies in de andere topics en daardoor ook dit topic zou kunnen bemoeilijken is de perceptie dat er nog heel wat verschillende “silo’s” in voege zijn (administraties – terrein, zorgprofessionals onderling, deelstaat – federaal, …). • Ook heel wat instrumenten kunnen hier allicht een hefboom in zijn. • Integratie in de praktijk zal allicht gerealiseerd worden door het concretiseren van een aantal andere topics. • Het verder uitwerken van concrete trajecten in bepaalde ziektegebieden kan verder invulling geven aan integratie op het terrein. • Tot slot lijkt het er ook op dat dit topic sterkt samenhangt met de afspraken die rond andere topics gemaakt kunnen worden (vb. financiering, digitale tools etc.).	Mogelijks kunnen concrete afspraken gemaakt worden i.k.v. normatieve integratie, vb. • concrete invulling van afspraken en protocollen door professionals in zorg en welzijn op mesoniveau, maar het kader kan best bepaald worden op macroniveau om afstemming tussen verschillende locoregionale niveaus niet te hinderen (vb. ziekenhuisnetwerken die groter terrein beslagen dan netwerken in eerste lijn) • het verder uitwerken van zorgtrajecten en zorgpaden voor nieuwe ziektegebieden om concrete invulling te geven aan horizontale en verticale integratie op het terrein. Anderzijds zijn er mogelijks al afspraken te maken rond de meer functionele integratie: • daarin zien we wel een nauwe samenhang met topic 3, 6 en 10: de implementatie van multidisciplinaire praktijken, aanvullende financieringssystemen naast prestatiegerichte financiering en een gedeeld patiëntendossier zullen grote hefbomen zijn voor horizontale en verticale integratie.	Het volledige instrumentarium is hier wellicht een hefboom in → zie shortlist: • Instrument 1: Dashboard dat indicatoren biedt voor een populatiegerichte aanpak en evaluatie op meso- en macroniveau. • Instrument 2:Platform dat communicatie tussen zorg- en welzijnsprofessionals realiseert. • Instrument 3: Elektronisch patiëntendossier dat gegevensdeling realiseert tussen de patiënt en professionals. in zorg en welzijn. • Instrument 4: Model voor zelfreflectie op locoregionaal niveau (vb HSO, Scirocco,…)*. • Instrument 5: Methodiek voor integratiemanagement (vb intervisie, overleg op organisatie- of locoregionaal niveau,…)*. • Instrument 6: Belrai als instrument om zorgnoden in kaart te brengen Algemeen: • Modellen voor organisatie van zorg zoals Canterbury model. • Instrumenten om professionals te vinden zoals ‘de sociale kaart’.	• Aanbevelingen aangeven naar overheid rond wat werkt op het terrein en wat niet. • Als terreinklankbord fungeren.

** Nog te bepalen of de geïdentificeerde instrumenten die momenteel in gebruik zijn, ideaal zijn voor verdere implementatie*

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Naar potentieel relevante bouwstenen voor het ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

Verworven inzichten - mogelijke pistes vanaf 2023 – topic 3, 4

Topic	Conclusie	Pistes voor volgende stappen (vanaf 2023 - …), om te overwegen in kader van evolutie GIZ	Link met instrumenten: Instrumenten die dit kunnen faciliteren	Opportuniteit transitiebegeleiding 3 projectgroepen

Topic 3. Organisatie, versterking en retentie van (multidisciplinaire) zorgcapaciteit afgestemd op de noden, inclusief competentieontwikkeling	• Het lijkt een topic te zijn dat enerzijds sterk gelinkt is aan de organisatie van het kennissysteem met oog op ontwikkeling van de juiste kennis en competenties bij huidige én toekomstige zorgprofessionals;
	• Anderzijds lijkt hier ook een capaciteitsvraagstuk in te zitten. Hierbij speelt heel concreet een vraag naar flexibilisering voor uitwisseling personeel. Het verdient aanbeveling te onderzoeken in hoeverre hier stappen in kunnen worden gezet die het terrein op korte termijn ten goede komen, zonder in een juridisch kluwen terecht te komen (cfr. wet gezondheidszorgberoepen, numerus clausus, erkenningen, …)
		• Maak afspraken met de gemeenschappen met oog op:
		  • Invulling van een multidisciplinair team en hoe multidisciplinaire samenwerking vorm te geven binnen zorg en welzijn
		  • Hoe onderwijs/academische centra kan inspelen op het opnemen van een bepaald soort kennis en vaardigheden in bepaalde opleidingen/ onderwijspakketten (vb. algemeen begrip zorgcoördinatie en casemanagement, populatiemanagement…)
		  • Hoe de arbeidsmarkt hierop kan inspelen
		• Link leggen met dashboard populatiemanagement: bekijk hoe dit gelinkt kan worden aan indicatoren rond aantal zorgprofessionals om zo ineens ook high zicht op capaciteit te creëren.
			• Mogelijk link met Instrument 1: Dashboard dat indicatoren biedt voor een populatiegerichte aanpak en evaluatie op mesoniveau.	• Aanbevelingen aangeven naar overheid rond wat werkt en wat niet op het terrein
				• Als terreinklankbord fungeren

4. Invulling van zorgproces/ zorgtraject/ zorgpad/ zorgplanning, inclusief zorg-coördinatie en casemanagement	• Ondanks vastlegging van definities zorgcoördinatie & case management (cfr. IMC beslissingen) lijken deze niet doorgedrongen op terrein, de definities blijken onduidelijk en/of verschillend ingevuld;
	• Het lijkt rond dit topic tijd om bepaalde knopen door te hakken.
		• Verzamel reeds gemaakte afspraken rond relevante concepten uit verleden, vb. IMC 2019
		• Bevestig de definities voor zorgcoördinatie en case management (al dan niet gebaseerd op de reeds bestaande definities) zodanig dat deze “fail safe” zijn en passen in de algemene samenwerking op microniveau
		• Maak vervolgens afspraken rond de concrete invullingen, bepalen van:
		  • Doelgroep, nl. voor wie / in welke gevallen / op welk moment kan zorgcoördinatie & case management in werking treden
		  • Opdrachten case managers & zorgcoördinatoren alsook type (rol of functie; indien rol, bij wie)
		  • Inbedding / organisatie en aansturing van de functies, al dan niet in het locoregionaal niveau (waar)
		  • Financiering van die functies
		• Bepaal op welke manier protocollen/ zorgpaden/ zorgtrajecten – programma’s/zorgevaluatie/zorgbemiddeling/zorgoverdracht en liaison/multidisciplinair overleg best vorm krijgen en spreek hiervoor een kader af zodat de uitwerking ervan eenvormig kan gebeuren (zie ook topic 2) met voldoende flexibiliteit
		• Spreek af hoe deze definities en invulling te laten “landen” op terrein
		Bovenstaande op te nemen met specifieke aandacht voor: meenemen van patiënt empowerement en informele context
			• Instrument 4: Model voor zelfreflectie op locoregionaal niveau (vb HSO, Scirocco,…)
			• Instrument 5: Methodiek voor integratiemanagement (vb intervisie, vormen van multidisciplinair overleg,…)
			• Instrument 6: Belrai als instrument om zorgnoden in kaart te brengen
			Algemeen:
			• Instrumenten voor doelgerichte zorg
				• Impact bekijken van wat reeds afgesproken is
				• Meteen toepassen van wat reeds afgesproken is in projectcontext
				• Aanbevelingen aangeven naar overheid rond wat werkt op terrein
				• Als terreinklankbord fungeren

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Naar potentieel relevante bouwstenen voor het ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

Verworven inzichten - mogelijke pistes vanaf 2023 – topic 6

Topic	Conclusie	Pistes voor volgende stappen (vanaf 2023 - …), om te overwegen in kader van evolutie GIZ	Link met instrumenten: Instrumenten die dit kunnen faciliteren	Opportuniteit transitiebegeleiding 3 projectgroepen

Topic 6. Financiering van geïntegreerde zorg op verschillende niveaus die beantwoordt aan 5AIM	• Financiering wordt als een enorm struikelblok ervaren richting GIZ; hervorming dringt zich daarbij op, waarbij zowel wordt nagedacht over het investeringskader op macroniveau, over het koppeling van financiering aan de opdrachten op mesoniveau, tot en met financiering van zorgprofessionals op microniveau.	• Koppel financiële verantwoordelijkheden aan micro, meso, macro niveau:
		  • Op macroniveau: afspraken maken over mogelijke financieringsmechanismen in kader van GIZ, nl. hoe ervoor zorgen dat vanuit beleidsmatig/federaal niveau bepaalde financiering de evolutie van GIZ kan stimuleren. Daarbij kan gedacht worden aan initiatieven zoals: een interfederaal budget, herbekijken van evenwicht tussen prestatiefinanciering vs. alternatieve financiering, opzet gemeenschappelijke fondsen (al dan niet met trekkingsrechten), nog meer koppeling van financiering aan (gezondheidszorg)doelstellingen, etc. In tweede orde wordt hieraan ook gelinkt: de financiering van populatiemanagement en zorgstrategische plannen, bekijken van impact op erkenningen en programmatie, etc.
		  • Op mesoniveau: afspraken maken over koppelen van specifieke opdrachten van locoregionaal niveau (cfr. topic 1) aan gerichte financiering, met als doel versterken van de eerste lijn. Daarbij worden ideeën geopperd zoals locoregionale budgetten / boekhouding (analytische boekhouding), linken van objectieven op locoregionaal niveau met financiering (cfr. value based financiering), etc.
		  • Op microniveau: afspraken maken over hoe de tijd die besteed wordt aan overleg / coördinatie / afstemming kan gefinancierd worden.
			• /	• Aanbevelingen aangeven naar overheid rond wat werkt en wat niet op het terrein
				• Als terreinklankbord fungeren

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Naar potentieel relevante bouwstenen voor het ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

Verworven inzichten - mogelijke pistes vanaf 2023 – topic 10

Topic	Conclusie	Pistes voor volgende stappen (vanaf 2023 - …), om te overwegen in kader van evolutie GIZ	Link met instrumenten: Instrumenten die dit kunnen faciliteren	Opportuniteit transitiebegeleiding 3 projectgroepen

Topic 10. Digitale tools ter ondersteuning van het zorgproces: el ektronisch delen van gegevens en een digitaal platform voor multi-disciplinaire samenwerking	• Er worden zeer duidelijke noden omtrent dit topic geformuleerd uit alle hoeken en er wordt ook aangegeven dat stappen vooruit hieromtrent de toepassing GIZ in de praktijk ten goede kan komen – zie ook hoofdstuk 4, zoom in op instrumentarium. Er lijkt ook reeds erg veel lopend te zijn in andere initiatieven, die mogelijks tegemoet kunnen komen aan die noden. We merken echter ook een reflex bij de stakeholders om zelf pragmatisch naar (digitale) oplossingen te zoeken als blijkt dat de huidige tools niet (snel of performant genoeg) al ter beschikking te zijn. Tegelijk is er toch een vraag naar inperking van wildgroei van de verschillende tools.
	• Het feit dat er wellicht een aantal noden afgedekt worden in andere initiatieven is enerzijds een opportuniteit om daar vooral op in te haken; anderzijds betekent dat ook een cruciale afhankelijkheid voor dit traject. Bovendien is een risico van meerdere initiatieven dat er geen afstemming is of juist dat er overlap is, wat niet enkel onduidelijkheid op het terrein zou creëren, maar ook een suboptimale besteding van financiële middelen zou kunnen inhouden.
		• Zorg op macroniveau voor een duidelijke governance en afstemming van alle lopende initiatieven (roadmap eHealth, roadmap Health Data, RSB, ..) waarbij gecoördineerd wordt in welke trajecten tegemoet kan gekomen worden aan de specifieke behoeften vanuit GIZ en op welke tijdslijn deze opgeleverd kunnen worden zodat optimaal op verworvenheden of toekomstige plannen kan worden voortgebouwd. Dit kan vb. gaan over:
		  • Een kader voor eenvormige IT- en data standaarden om interoperabiliteit tussen tools te garanderen, alsook toegangsmatrix (zoals opgenomen in plan e-Gezondheid).
		• Ontwikkel (geef opdracht, financier…) de tools die opdrachten i.k.v. GIZ op het terrein kunnen helpen:
		  • Dashboarding & dataontsluiting met oog op secundair gebruik van data op locoregionaal niveau in kader van populatiemanagement
		• Ondersteun de praktische uitrol naar het terrein
		  • Maak afspraken over de verwachtingen naar zorg- en welzijnsverstrekkers toe ivm goed gebruik van digitale tools
		  • Maak afspraken over hoe implementatie van tools te faciliteren dmv competentieontwikkeling, incentives en inzetten op hoge gebruiksvriendelijkheid via consultatie met terrein.
		  • Faciliteer communicatie voor het kenbaar maken van digitale tools naar professionals en burgers.
		  • Maak afspraken over hoe instrumenten voor de burger (m-health applicaties en instrumenten voor empowerment) gelinkt worden aan het I-EHR en welke alternatieven beschikbaar moeten zijn voor burgers die geen gebruik maken van digitale tools
		• .
			• Instrument 1: Dashboard dat indicatoren biedt voor een populatiegerichte aanpak en evaluatie op mesoniveau.
			• Instrument 2: Platform dat communicatie tussen zorg- en welzijnsprofessionals realiseert.
			• Instrument 3: Elektronisch patiëntendossier dat gegevensdeling realiseert tussen de patiënt en professionals in zorg en welzijn.
			• Instrument 6: Belrai als instrument om zorgnoden in kaart te brengen
				• Fungeren als terreinklankbordgroep voor conceptualisering van een dashboard en aftoetsen bepaalde plannen

I-EHR: Integrated Electronic Health Record GIZ: geïntegreerde zorg RSB: Brussels gezondheidsnetwerk

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Naar potentieel relevante bouwstenen voor het ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

Verworven inzichten - mogelijke pistes vanaf 2023 – topic 5, 7

Topic	Conclusie	Pistes voor volgende stappen (vanaf 2023 - …), om te overwegen in kader van evolutie GIZ	Link met instrumenten: Instrumenten die dit kunnen faciliteren	Opportuniteit transitiebegeleiding 3 projectgroepen
Topic 5. Cultuur van geïntegreerde zorg	• Cultuur lijkt eerder een topic waarbij het in essentie lijkt te gaan over een resultante, die op haar beurt kan worden bereikt door stappen vooruit te zetten die het terrein concreet vooruit helpen. Meer bepaald zien we hier dan ook een sterke link met de vooruitgang op de andere topics en zien minder de noodzaak om in 2023 concreet rond cultuur an sich te werken. Het zal wellicht wel een onderwerp zijn dat verandering op andere vlakken/topics zal aanwakkeren.	• Eerder op te nemen als een finaliteit waarnaar gestreefd dient te worden, zodat het een kompas wordt voor de concretisering van andere topics	• Zie hoger: het volledige instrumentarium zal hier wellicht een hefboom in zijn	• Geen onmiddellijke opportuniteit geïdentificeerd; projecten kunnen allicht wel helpen inschatten/ aanvoelen in hoeverre cultuur aan het veranderen is in de gewenste richitng
Topic 7. Performantie van het geïntegreerde zorgsysteem	• Er lijkt hier wel verschil in ervaring en visie op te zijn vanuit het terrein vs. overheidsniveau: waar een terrein meer denkt vanuit verbetering van het eigen dagelijks werk, lijken andere visies eerder gelinkt te zijn aan evaluatie en controle op een macroniveau. Dat toont ook meteen aan waar het spanningsveld over dit topic zit. • Sommigen, maar niet iedereen, zien hierin ook een link met een dashboard. Dit kan hierin een plaats krijgen, maar lijkt aanbeveling te verdienen om te starten met wat het terrein verder helpt. Het lijkt waarschijnlijk dat dit eerder een werk van jaren zijn. • Om aan kwaliteitsopvolging te doen voor zowel zorg als welzijn, dienen ook indicatoren i.v.m. welzijn meegenomen te worden. Dit is voorlopig niet voorzien in het traject e-Gezondheid (door enkele sleutelfiguren aangehaald).	• Het lijkt wenselijk om hierrond nog verdere visievorming te voorzien • Van daaruit kan dan een link worden gelegd met acties uit andere topics, alsook reeds lopende initiatieven in België, vb. op vlak digitalisering met als meest concrete de link naar een dashboard Indien dit zou leiden tot een link naar dashboard populatiemanagement, kan dit mogelijks verbonden worden aan het uitkristalleren van wat op welke niveau nodig is, vb. een analyse van: • De tot hiertoe geïdentificeerde noden op micro vs. meso vs. macroniveau vanuit verschillende hoeken naast elkaar leggen, en kijken waar er eventuele conflicten zitten • De noden koppelen aan de ambities op vlak performantie (en kwaliteits) management en connecteren aan reeds lopende initiatieven Op basis van deze zaken bespreken wie welke opdrachten en verantwoordelijkheden opneemt o.v.v. performantiemanagement	Eventueel: • Instrument 1: Dashboard dat indicatoren biedt voor een populatiegerichte aanpak en evaluatie op mesoniveau. • Instrument 3: Elektronisch patiëntendossier dat gegevensdeling realiseert tussen de patiënt en professionals in zorg en welzijn Algemeen: • Instrumenten die een kader bieden voor kwaliteitsopvolging, bv FLaQuM visiemodel of ROPI vragenlijst	• Fungeren als terreinklankbord-groep voor conceptualisering van een dashboard en aftoetsen bepaalde plannen

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Naar potentieel relevante bouwstenen voor het ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

Verworven inzichten - mogelijke pistes vanaf 2023 – topic 8, 11

Topic	Conclusie	Pistes voor volgende stappen (vanaf 2023 - …), om te overwegen in kader van evolutie GIZ	Link met instrumenten: Instrumenten die dit kunnen faciliteren	Opportuniteit transitiebegeleiding 3 projectgroepen
Topic 8. Invulling “patiënt centraal” en “empowerment”: aanbod qua individuele en collectieve ondersteuning van een persoon in zijn/haar context	• Er is een algemeen aanvoelen bij dit topic dat ondanks dat het belang ervan erkend wordt, er wellicht nog een weg af te liggen is om dit effectief te verankeren op zowel macro-, meso-als microniveau.	• Afspraken maken rond hoe het burger- en/of patiëntperspectief meer kan worden binnengebracht in de concrete afspraken die rond andere topics gemaakt worden → dit vergt in 2023 mogelijk nog een apart consultatietraject met burgers/patiënten • Afspraken maken rond waar bepaalde opdrachten kunnen liggen en op welke niveaus die dan ook liggen, vb. opzet campagnes vanuit macroniveau of mesoniveau voor meer lokale context, dan wel acties op microniveau die eerder gaan over rechtstreeks patiëntencontact	Algemeen: • Instrumenten voor doelgerichte zorg • Registratie van patient reported outcomes via EQ-5D-5L, SF-36 en PROMIS 10 • Registratie van patient reported experience measures via PACIC, P3CEQ en Vlaamse patiëntenpeiling • Instrumenten om noden te identificeren zoals Belrai en Belrai screener • Instrumenten om health literacy te bevragen zoals de HLS-EU vragenlijst en te verbeteren zoals het spel ‘Wegwijs in zorg en gezondheid’ • Praktische richtlijnen voor patiëntcommunicatie	• Projectgroepen kunnen mogelijks een brug zijn naar het relevante publiek i.k.v. verdere consultatie • Meteen toepassen van wat reeds afgesproken is in projectcontext • Aanbevelingen aangeven naar overheid rond wat werkt op terrein • Als terreinklankbord fungeren
Topic 11. Ondersteuning van het informeel netwerk van een persoon in zijn/haar context zowel op individueel als op groepsniveau	• Komt overeen met topic 8, nl.: er is een algemeen aanvoelen bij dit topic dat ondanks dat het belang ervan erkend wordt, er wellicht nog een weg af te liggen is om dit effectief te verankeren op zowel macro-, meso-als microniveau.	• Afspraken maken rond hoe het informeel netwerkperspectief van een patiënt meer kan worden binnengebracht in de concrete afspraken die rond andere topics gemaakt worden → dit vergt in 20230 mogelijks nog een apart consultatietraject met dit publiek • Afspraken maken rond waar bepaalde opdrachten kunnen liggen en op welke niveaus die dan ook liggen, vb. opzet campagnes vanuit macroniveau of mesoniveau voor meer lokale context, dan wel acties op microniveau die eerder gaan over rechtstreeks contact met informeel netwerk	Algemeen: • Vragenlijsten om de draagkracht en draaglast van een mantelzorger in kaart te brengen zoals Prisma en Zarit Burden interview • Platform dat overzicht van het zorgaanbod voor personen met een persoonsvolgend budget biedt: Zorgwijs	• Projectgroepen kunnen mogelijks een brug zijn naar het relevante publiek i.k.v. verdere consultatie • Meteen toepassen van wat reeds afgesproken is in projectcontext • Aanbevelingen aangeven naar overheid rond wat werkt op terrein • Als terreinklankbord fungeren

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Naar potentieel relevante bouwstenen voor het ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

Verworven inzichten - mogelijke pistes vanaf 2023 – topic 9, 12

Topic	Conclusie	Pistes voor volgende stappen (vanaf 2023 - …), om te overwegen in kader van evolutie GIZ	Link met instrumenten: Instrumenten die dit kunnen faciliteren	Opportuniteit transitiebegeleiding 3 projectgroepen
Topic 9. Inzet op gezondheidspromotie en ziektepreventie in kader van geïntegreerde zorg	• Hoewel iedereen het belang van dit onderwerp erkent en zelfs benadrukt, wordt er regelmatig naar teruggrepen als een mogelijk struikelblok; de vergelijking met buitenlandse voorbeelden zoals Kaiser Permante wordt vaak gemaakt, maar is moeilijk want België is fundamenteel anders qua financiering en staatsstructuur, ook al dient het uitgangspunt uiteraard een gezondheidswinst te zijn op populatieniveau, ongeacht waar de financiering vandaan komt of waar ze naartoe stroomt. Het wordt dus allicht zoeken naar een aanpak op maat van deze Belgische context. • De gekende acties worden veelal gekoppeld aan “outreachende” methodieken (vb. bepaalde campagnes), hetgeen vooral op overkoepelend overheidsniveau kan getrokken worden. • Een andere sleutel die in dit kader mogelijks verder kan worden onderzocht, ligt in verdere samenwerking overheen verschillende domeinen in een hele lokale modus. Dit zal bijgevolg een samenwerking met lokale besturen vergen.	• Hier lijkt hier nog wat werk weggelegd om de visie rond dit onderwerp nog te verhelderen. • Mogelijks kunnen er wel al afspraken gemaakt worden met onder meer de gemeenschappen, vb. om de rol van lokale besturen te exploreren.	Algemeen: • Instrumenten als gezondheidskompas, healthli buurtkompas, de toolkit ‘heerlijk helder in de zorg’ en gespreksmethode ‘onder vier ogen’	• Impact bekijken van wat reeds afgesproken is • Meteen toepassen van wat reeds afgesproken is in projectcontext • Aanbevelingen aangeven naar overheid rond wat werkt op terrein • Als terreinklankbord fungeren
Topic 12. Zorg en welzijn in een bredere context	• Voor dit onderwerp geldt iets gelijkaardigs als voor topic 9: het belang wordt breed erkend en er wordt vooral geopperd om samenwerkingsafspraken rond te maken. Er is evenwel nog wat verdeeldheid over wanneer dit best gebeurt (in relatie tot het aanpakken van andere topics), nl. ofwel van in het begin brede afspraken maken of juist eerst focussen op andere zaken en pas dan breder gaan. • Gezien het belang van lokale toepassing met expliciete aandacht voor een holistische benadering op zorg én welzijn, zou hier eveneens een samenwerking met i.h.b.z. lokale besturen een piste kunnen zijn.	• Ook hier lijkt hier nog wat werk weggelegd om de visie rond dit onderwerp nog te verhelderen. Er kan bekeken worden in hoeverre het aangewezen is om op eerder korte termijn reeds afspraken in de breedte te gaan maken. • Mogelijks kunnen er wel al afspraken gemaakt worden met onder meer de gemeenschappen, vb. om de rol van lokale besturen te exploreren.	• /	• Impact bekijken van wat reeds afgesproken is • Meteen toepassen van wat reeds afgesproken is in projectcontext • Aanbevelingen aangeven naar overheid rond wat werkt op terrein • Als terreinklankbord fungeren

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

A 3

Zoom in 13 topics met inzichten uit verschillende hoeken

Om een duidelijk overzicht te behouden van de verkregen inzichten in fase 1 van het programma, zijn er geen wijzigingen aangebracht in de inhoud als gevolg van de recente ontwikkelingen in 2023.

Uitgebreid hoofdstuk

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Overzicht van hoofdstuk 3

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op de 13 geïdentificeerde topics* en bespreken we daarbij de verzamelde info uit de verschillende invalshoeken. Elk topic is daarbij opgebouwd volgens een zelfde stramien van 4 onderdelen. Hieronder geven we weer welke input hoofdzakelijk gebruikt is voor elk van de onderdelen.

13 geïdentificeerde topics

Inhoudelijke verdieping volgens 4 onderdelen

Algemene beschrijving en wetenschappelijke inzichten

- *Input hier vnl. gebaseerd op: wetenschappelijke literatuur, voorgaande beschrijvingen, uitkomst van workshop van 7/9.*

Observaties en inzichten van sleutelfiguren in het Belgische zorg- en welzijnslandschap

- *Input hier vnl. gebaseerd op: de interviews met de sleutelfiguren*, uitkomst stakeholderforum 14/12.*

Ervaringen vanuit de praktijk nl. de drie projectgroepen (PG'en)

- *Input hier vnl. gebaseerd op: de workshops a.d.h.v. de Scirocco-tool met elk van de drie projectengroepen.*

Conclusie

- *Input hier vnl. gebaseerd op: alle voorgaande input van de drie bovenstaande onderdelen, eigen inzichten en uitkomst stakeholderforum.*

Randopmerkingen:

- Doorheen de inhoudelijke verdieping worden de academische **bronnen** vermeld met een cijfer (vb. "[1]"), de volledige lijst van bronnen is in de bijlagen opgenomen.
- **Quotes** van sleutelfiguren of deelnemers van de workshops worden tussen aanhalingstekens "…" vermeld.

*In bijlage 1 staat beschreven hoe deze 13 topics tot stand kwamen.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 1: De organisatie van zorg en ondersteuning op locoregionaal niveau (1/5)

Algemene beschrijving en wetenschappelijke inzichten

- Geïntegreerde zorg streeft inherent naar een vorm van zorg die berust op een samenwerking die deels wordt aangestuurd/georganiseerd vanuit een lokaal niveau (kan uit meerdere lagen bestaan, zo kan zeldzame ziekten bijvoorbeeld op een ander niveau zijn dan de behandeling van diabetes).
- Een locoregionaal niveau (generieke term: lokaal samenwerkingsverband) vormt een geografisch afgebakend netwerk, gebaseerd op een bepaalde populatiegrootte, waarin verschillende zorg- en welzijnsactoren, ((informele) zorg- en hulpverleners, organisaties, stakeholders, netwerken…) afspraken maken, middelen delen en verantwoordelijkheden voor resultaten en kwaliteitsbeleid opnemen om samen geïntegreerde zorg te realiseren. Het afbakenen van deze locoregionale niveaus is een bevoegdheid van de deelstaten; momenteel wordt in de deelstaten op volgende wijze reeds gebruik gemaakt van dit niveau.
  - **In Vlaanderen** bestaan sinds 2020 de eerstelijnszones die bestuurd worden door een zorgraad en een populatie bedienen van 75.000 tot 125.000 personen. In totaal zijn er 60 eerstelijnszones (ELZ's); 59 in Vlaanderen en 1 in Brussel. Er zijn vier clusters op een evenwaardige manier vertegenwoordigd in een zorgraad: lokale besturen, gezondheid, welzijn en personen met een zorg en ondersteuningsnood. De zorgraden worden ondersteund door het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL), in opdracht van het Vlaams agentschap Zorg & Gezondheid. Meerdere ELZ's kunnen zich ook verenigen in een regionale zorgzone. Verder zijn er in Vlaanderen ook 13 locoregionale ziekenhuisnetwerken opgericht, om het aanbod van (een groep van) ziekenhuizen beter af te stemmen op de behoeften van bepaalde populaties. Let wel, de geografische afbakening van een regionale zorgzone is niet per se dezelfde als die van de ziekenhuisnetwerken.

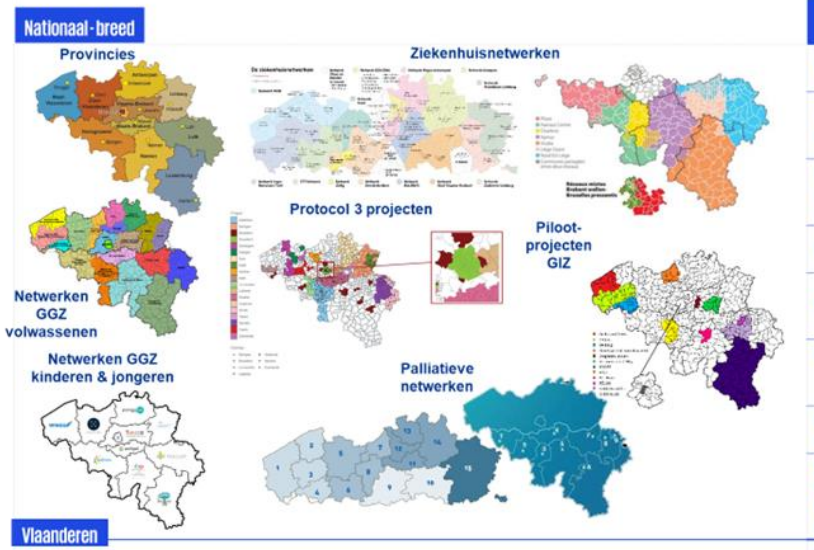
Eerstelijnszones

  - **In Wallonië** zijn de 'assises de la première ligne' (ook wel "Proxisanté" genoemd) lopende, met als doel om d.m.v. een participatief proces de inrichting van zorg- en hulpverlening in Wallonië uit te tekenen. Het idee is om, net zoals in Vlaanderen, toe te werken naar het samenbrengen van alle zorg- en hulpactoren in de eerste lijn, een territoriale aanpak te hanteren en zo uiteindelijk een zorg- en hulpaanbod aan te bieden dat geënt is op de behoeften van de mensen in een afgebakend gebied. Verder werd ook de Platforme de Première Ligne Wallonne (PPLW) opgericht. Zij wensen een aantal beroepsgroepen te verenigen die multidisciplinair werken in de eerste lijn en tegelijkertijd een overheidspartner te zijn voor alle materies inzake eerstelijn.
  - **In Brussel** creëerde men de 5 "bassins d'aide et de soins" die gebaseerd zijn op een populatiegrootte van 200.000 tot 320.000 personen. Deze bassins bestaan uit verschillende "groupements de quartiers" (voor zo'n 20 à 30.000 inwoners) en vervolgens uit de "quartiers" zelf. Het doel is om de actoren uit de sociale, hulp- en gezondheidssectoren samen te brengen, de organisatie van de bassins verder vorm te geven, multidisciplinair overleg te ondersteunen, etc. De overheidsdiensten Brusano, la Commission communautaire commune (COCOM), la Commission communautaire française (COCOF) zijn hierbij betrokken. Tot slot zijn er ook nog "aantal antennes" opgezet in het kader van geestelijke gezondheidszorg.

Bassins d'aide et de soins

  - In de **Duitstalige gemeenschap** wordt vandaag nog onderzocht hoe het locoregionale niveau er kan uitzien voor deze deelstaat. Hierbij dient rekening gehouden te worden met een beperkte populatie dewelke relatief wijd verspreid is en waarbij de taal een gevoelig punt is (nl. zorgverlening ontvangen in het Duits). A.d.h.v. verschillende werkgroepen worden de mogelijkheden bekeken.
- Deze structuren op mesoniveau zijn ofwel **nog maar zeer recent doorgevoerd, ofwel nog in opmaak**. Er is internationaal gezien zeer weinig wetenschappelijk bewijs dat deze structurering op mesoniveau een kwaliteitsverbetering realiseert[1]. Wel is er evidentie dat het integreren van zorg- en welzijnsdiensten een positief effect heeft[2,3]. Er is daarnaast ook nog geen standaard over hoe deze structuren optimaal georganiseerd worden. Naast de wetenschappelijke modellen die voorhanden zijn, zoals het Canterbury New Zealand model of het model van de WHO[4,5] is de ervaring die hieromtrent reeds werd opgebouwd in de deelstaten dan ook een belangrijke leidraad.
- Niet enkel in het domein van zorg, maar ook in **anderen domeinen** zoals vb. het domein van welzijn zien we dat er ook daar een bepaalde **beweging** is ingezet **richting** een **meer en meer territoriale benadering**. Zo bewijzen initiatieven als "één gezin één plan", meer lokaal sociaal beleid, lokale loketten kinderopvang, ketenaanpak intrafamiliaal geweld, en anderen.
- Op de volgende pagina wordt een overzicht geschetst van een aantal bestaande "zones" die opereren op het locoregionale niveau.

© 2023
Alle rechten voorbehouden



Zones	Korte geografische omschrijving en doel	Populatie-grootte	Opmerkingen
Provincies	België is opgedeeld in 10 provincies met als doel om de provinciale belangen te behartigen.	288.722 – 1.875.524 personen	5 provincies in VL en 5 in WAL
25 ziekenhuis-netwerken	Verspreid over België met als doel het zorgaanbod beter af te stemmen aan de nood van de bevolking, het systeem betaalbaar te houden en samenwerking tussen ziekenhuizen te bevorderen.	300.000 – 600.000 personen	13 in VL, 8 in WAL, 4 in BXL
32 netwerken geestelijke gezondheid (GGZ)	Verspreid over heel België (aanwezig in elke provincie). Elke gemeente maakt deel uit van één van de 20 GGZ-netwerken. In het netwerk werken ze samen om hulpverlening voor mensen met een psychische kwetsbaarheid te optimaliseren.	Onduidelijk	20 GGZ voor volwassenen, 11 voor kinderen en jongeren, 1 voor Duitstalige gemeenschap
Pilootprojecten GIZ	De geografische zone waarin een project deelneemt (pilootzone) is voldoende groot om beroep te kunnen doen op een voldoende aantal partners en middelen.	100.000 à 150.000 inwoners	3 in Brussel, 11 in Vlaanderen, 5 in Wallonië
P3 projecten	Geen geografische afbakening, ze mogen zich regelen zoals ze willen. Maar ze gaan meestal niet over het lokale niveau. Hierdoor overlappen sommige projecten.	Onduidelijk	12 in Vlaanderen, 1 in Duitstalige gemeenschap, 4 in Wallonië, 2 in Brussel
Huisartsen-zones	Een aaneengesloten geografisch gebied van één of meer gemeenten, of een deel van een gemeente in de grote agglomeraties van Antwerpen en Gent waarbinnen de huisartsenkringen werkzaam zijn.	Onduidelijk	
Huisartsen-wachtposten	Op een vaste locatie – geografisch niet volledig gedekt	Onduidelijk	
25 Palliatieve netwerken / Plateforme en soins palliatifs	Verspreid over heel België.	300.000 – 1.000.000 inwoners	15 in Vlaanderen, 1 in Duitstalige gemeenschap, 8 in Wallonië, 1 in Brussel
60 eerstelijns-zones (ELZ's)	ELZ's liggen verspreid over heel Vlaanderen in een geografisch afgebakend gebied. ELZ's brengen zorgprofessionals samen zodat ze kunnen voldoen aan de noden van de bevolking.	75.000 – 125.000 personen	59 ELZ's in VL, 1 in BXL
14 regionale zorgzones	Samengesteld uit meerdere ELZ's in Vlaanderen, nl. som van 1 tot 4 ELZ's met als doel om expertise samen te brengen en uit te bouwen.	+/- 400.000 personen	/
15 referentieregio's (Somers)	Verspreid over heel Vlaanderen met als doel om de regionale samenwerkingen te stimuleren en versnippering tegen te gaan.	158.149 – 1.064.277 personen	Afstemming bestaande samenwerkingen op de regio's vanaf 1/1/23 (tijdelijke of permanente uitzondering mogelijk)
15 Locoregionaal gezondheids-overleg en -organisatie	Geografisch afgebakende netwerken overheen Vlaanderen (en Brussel)	Onduidelijk	
16 1G1P netwerken	16 werkgebieden, bestaande uit aaneensluitende eerstelijnszones (zie hoger)	Per werkgebied, meerdere ELZ's	1 in Brussel, 3 in West-Vlaanderen, 2 in Vlaams-Brabant, 3 in Oost-Vlaanderen, 3 in Limburg, 4 in Antwerpen
11 CAW's	Verspreid over Vlaanderen en Brussel met elk een eigen werkingsgebied.	Onduidelijk	
5 (of 6) bassins d'aide et de soins	Omvatten heel Brussel (Brusselse gemeenten zijn in 5 zones opgesplitst) met als doel om de eerstelijnszorg territoriaal en transversaal te versterken en te reorganiseren.	200.000 – 320.000 personen	
50 groupements de quartiers	Verspreid over Brussel om te zorgen voor een evenwichtiger toegankelijkheid tot de zorg in de hele regio	20.000 – 30.000 personen	
Assises de la première ligne	Initiatief verspreidt over de verschillende Waalse provincies om na te denken over een nieuwe territoriale organisatie van het hulp- en zorgaanbod en zo de gezondheids- en verzorgingsdiensten in Wallonië te verbeteren.	nog ter discussie	Nog in opbouw
10 Service intégré de soins à domicile	Opgericht volgens de door Wallonië vastgestelde geografische zorgzones verspreid over heel Wallonië	Onduidelijk	
6 Plateformes de concertation en santé mentale	Elk platform is actief in een specifiek territoriaal gebied binnen Wallonië.	Onduidelijk	6 in Wallonië (De 5 in Vlaanderen sinds 2019 gefuseerd tot 1 Vlaams overlegplatform)
12 Réseaux locaux multi-disciplinaires	Geografisch gebied komt overheen Wallonië overeen met verschillende huisartsenkringen.	Onduidelijk	De taken van lokaal multidisciplinaire netwerken (LMN) werden in VL door ELZ opgenomen.
8 gemeenten	Duitstalige gemeenschap in België is opgedeeld in 8 gemeenten.	Min. 4.000 – max. 19.500 (totaal aantal inwoners: 77.949)	

De figuur (links) dient louter ter inspiratie en illustratie. Het biedt **geenszins een exhaustief overzicht van alle bestaande structuren** (zones/ netwerken/…)

Deze figuur werd gecreëerd tijdens fase 1 van het programma in 2022 en weerspiegelt daardoor geen latere ontwikkelingen of wijzigingen na 2022.

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 1: De organisatie van zorg en ondersteuning op locoregionaal niveau (3/5)

Algemene beschrijving en wetenschappelijke inzichten (vervolg)

- Zoals bovenstaand vermeld, past elk van de deelstaten een bepaalde populatiegrootte toe voor zijn locoregionaal niveau. Let wel, in de literatuur werd **geen bewijs** teruggevonden voor de **ideale populatiegrootte**. Algemeen wordt wel uitgegaan dat een populatiegrootte van zo'n 70 – 150 000 personen logisch kan zijn voor het locoregionaal niveau, maar dit is dus eerder een terrein-aanvoelen dan wel wetenschappelijk onderbouwd (dit is ook erg lastig te "bewijzen"). Het lijkt belangrijk om vnl. uit te gaan van de **finaliteit** en **bijhorende opdrachten** van een locoregionaal niveau en vervolgens op basis daarvan een geschikte populatie- en beheergrootte af te spreken (opdrachten en taken kunnen vb. zijn het verbinden van zorgprofessionals in een bepaalde zone, het faciliteren van kennisuitwisseling, monitoren van lokale zorg- en welzijnsnoden met oog op kwaliteit van zorg, …). Gegeven juist gegeven de mogelijke verschillen in een locoregionale context, is het voorstelbaar dat een bepaalde asymmetrie wenselijk is.
- Binnen zo'n lokaal samenwerkingsverband, situeren we eveneens het belang van **populatiemanagement**, dit houdt o.m. in:
  - Populatiemanagement is een manier voor professionals in de eerste lijn om de huidige gezondheids- en zorgbehoeften in kaart te brengen en te begrijpen, en te voorspellen welke zorgnoden mensen in de toekomst zullen ervaren. Op deze manier kan men gerichte acties ondernemen om de gezondheid van bepaalde groepen mensen gericht te verbeteren.
  - Het principe van proportioneel universalisme dat voortvloeit uit het inclusieprincipe in de 5AIM biedt een handvat waarmee men zich steeds richt op de volledige doelgroep, maar waarbij het aanbod of specifieke acties kan variëren (vb. extra inspanningen, benutte kanalen, toeleiding tot aanbod …) en dit op basis van de noden van de doelgroep.
  - Om doelgroepen te identificeren, kan er gebruik worden gemaakt van risicostratificatie[6] op basis van gezondheidsindicatoren, demografische indicatoren, socio-economische indicatoren en/of culturele indicatoren.
  - In recente jaren wordt er al steeds meer ingezet op populatiegericht werken in de gezondheidszorg, ook in België, dit is vb. gebleken in recente gebeurtenissen zoals de COVID-19 vaccinatiecampagne

Observaties en inzichten van sleutelfiguren in het Belgische zorg- en welzijnslandschap

In het kader van de geografische afbakening:

- We stellen vast dat (quasi) alle sleutelfiguren aangeven dat dit topic **uiterst belangrijk** is voor de evolutie naar geïntegreerde zorg. Meer nog, het principe van territorialiteit, nl. het werken met geografisch afgebakende gebieden als zone om zorg aan te bieden, zien de meeste sleutelfiguren als cruciale hoeksteen.
- Echter, de realiteit vandaag toont dat **dit topic zich ontwikkelt in verschillende tijdspaden** over de deelstaten heen; zo kan Vlaanderen steunen op recent in werking getreden locoregionale structuren (zorgraden en eerstelijnszones) terwijl in Wallonië en Brussel de inrichting van het locoregionale niveau volop in opbouw is. Aanvullend lijken de sleutelfiguren ook overtuigd van de dynamiek van een structuur zoals de eerstelijnszones, echter de tools en randvoorwaarden zijn nog onduidelijk. Ook wordt gevraagd om bij verdere ontwikkelingen zeker te **vertrekken van wat er reeds werd opgericht** "creëer geen nieuwe structuren maar werk voort op wat bestaat".
- Verder geven de sleutelfiguren aan dat er **enkele blokkerende factoren** zijn omtrent dit topic. De belangrijkste is dat er vandaag een resem aan verschillende zones/afbakeningen/territoria bestaan die allen een **verschillende geografische afbakening** volgen (vb. de afbakening van de eerstelijnszones is niet dezelfde als deze van de ziekenhuisnetwerken). Een duidelijke oproep tot eenheid en vereenvoudiging werd hier gevocaliseerd. Verder vragen de sleutelfiguren zich luidop af welke **governance**, **rollen en verantwoordelijkheden** het locoregionale niveau zal krijgen. Hier wordt dan ook de link duidelijk met de andere topics. Voor een aantal sleutelfiguren lijkt het namelijk logisch om de financiering (zie topic 6) op te hangen aan de locoregionale niveaus, maar ook acties rond opleiding en ontwikkeling en cultuur zouden taken van het locoregionale niveau kunnen zijn. Verder werd ook de **samenstelling** van de instanties aangehaald als te herbekijken met oog op een representatieve vertegenwoordiging van alle relevante stakeholdergroepen, zeker met multidisciplinariteit in het achterhoofd.
- Tot slot, signaleren de sleutelfiguren dat bij de verdere ontwikkelingen van het locoregionale niveau ook **voldoende draagvlak** moet gecreëerd worden '"**van onderuit**". Het is namelijk net de samenwerking met het terrein (zie ook verder) die zal moeten verstevigd worden; deze gedragenheid is dus erg noodzakelijk. Een (nieuw) locoregionaal niveau top down gewijs implementeren lijkt volgens de sleutelfiguren niet de juiste aanpak.

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 1: De organisatie van zorg en ondersteuning op locoregionaal niveau (4/5)

Observaties en inzichten van sleutelfiguren in het Belgische zorg - en welzijnslandschap (vervolg)

In het kader van populatiemanagement:

- Volgens de sleutelfiguren moet vanuit de strategie van het proportioneel universalisme het aanbod afgestemd worden aan de noden van de bevolking die mogelijk verschillen per regio. De sleutelfiguren suggereren om populaties (5-10K) af te bakenen waarvoor we zorg meer integraal kunnen maken.
- Om een nodenanalyse te kunnen uitvoeren voor deze populaties, geven de sleutelfiguren echter aan dat hiervoor onvoldoende data beschikbaar is.

Ervaringen vanuit de praktijk nl. de drie projectgroepen (PG'en)

In het kader van de geografische afbakening en het locoregionaal landschap:

- **Alle PG'en:** de projectgroepen, net zoals de sleutelfiguren, ervaren vandaag de **verschillende geografische afbakeningen** op locoregionaal niveau ook als blokkerende factor en zelfs contraproductief voor de evolutie van geïntegreerde zorg. De projectgroepen geven aan nood te hebben aan afstemming van de gebieden. Twee kanttekeningen daarbij:
  - 1) voornamelijk voor de mensen die dichtbij/op de grenzen van de zones wonen is de huidige situatie problematisch. Voorbeeld: bij P3-projecten rond nachtzorg krijgen de zorgprofessionals regelmatig zorgvragen van personen woonachtig "net over de grens", waar de zorgverstrekkers dus niet aan tegemoet kunnen komen. Op die manier botsen ze letterlijk tegen de grenzen van hun werk aan. *(opm.: mogelijks is dit een perceptie-issue; er zouden geen intenties zijn om in toekomstige plannen territoria "dwingend" te maken, de keuzevrijheid van persoon voor waar hij/zij zorg vraagt, moet bewaard blijven).*
  - 2) In Brussel wordt deze problematiek minder expliciet aangekaart, mogelijks omwille van de rol die Brusano speelt voor het hele Brusselse grondgebied, de integratie van het GIZ project BOOST in de structuren van Brusano, de 2 netwerken GGZ (kinderen & jongeren en volwassen) die beide het hele Brusselse grondgebied bestrijken en het feit dat in het kader van het Plan Social Santé Intégré een opdeling in 5 (of mogelijks 6) bassins de vie en een 50-tal groupements de quartier weliswaar ter tafel ligt, maar nog niet in werking zijn.
- **GIZ-projecten**: uit de workshops blijkt dat de GIZ-projecten nog **zoekende** zijn naar hun **exacte plaats in het locoregionaal landschap**, zij voelen daarbij onzekerheid over de rollen en verantwoordelijkheden (zowel huidig als in de toekomst). Hieruit ontstaat ook een zeker **concurrentiegevoel** ten opzichte van het Vlaamse locoregionaal niveau (nl. de zorgraden en eerstelijnszones), waarbij zowel bepaalde projectgroepen als de zorgraden/ELZ's een zelfde rol wensen op te nemen. Daarbij speelt het verschil in bevoegdheden (federale versus Vlaamse initiatieven) en de onduidelijkheid over de grenzen van ieders verantwoordelijkheden. In de praktijk leidt dit tot een complexe samenwerking, aangezien er moeilijk aansluiting wordt gevonden tussen de activiteiten van de GIZ-projecten en het Vlaams locoregionaal niveau. Ook het overhevelen van bepaalde verantwoordelijkheden (wat de aansluiting zou vergemakkelijken) is niet eenvoudig aangezien beide structuren andere financiering ontvangen. Ondanks de verschillende blokkerende factoren werd er wel aangeven dat er een sterk geloof is in het belang van samenwerking en dat het aanduiden van concrete rollen en verantwoordelijkheden hier cruciaal is. Dit geldt zowel op het meer overkoepelende als op actieniveau *("geen coördinatie, geen verandering").*

Wat betreft de populatiegerichte benadering:

- De drie projectgroepen ondernemen elk verschillende acties om de noden van hun doelgroepen zo goed mogelijk in kaart te brengen: inputverzameling bij verschillende zorgverleners, nodenbevragingen bij burgers, risicostratificatie, bevragingen binnen gemeentes (in samenwerking met logo's),… Hoewel bepaalde projecten aangeven dat ze d.m.v. bv. buurtreferenten (cfr. pilootprojecten GIZ) en vindplaatsen (cfr. ELP-projecten) hun doelgroep bereiken, zijn ze van mening dat ze voorlopig geen populatiegerichte benadering kunnen toepassen o.w.v. onder meer:
  - Het gebrek aan middelen en/of expertise over populatiemanagement;
  - Het ontbreken van bruikbare data om populatie in kaart te brengen;
  - Bestaande instrumenten die niet voldoende zijn afgestemd op de noden van het terrein;
  - Het beschikbare aanbod dat geen afspiegeling is van de vraag.
  - Tijdsdruk: in het bijzonder voor de ELP projecten ervaart men een druk om de beschikbare financiële middelen snel in te zetten, zonder garantie dat deze naar de juiste doelgroepen gaan
  - Specifiek voor ELP - niet evidente toegankelijkheid: een deel van de (prioritaire) doelgroepen (voornamelijk kwetsbare personen) heeft geen toegang tot eerstelijnspsychologische zorg aangezien hun ziekteverzekering niet volledig up to date is (kan voor allerlei redenen). Dit maakt het uitvoeren van populatiemanagement moeilijk.

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 1: De organisatie van zorg en ondersteuning op locoregionaal niveau (5/5)

Ervaringen vanuit de praktijk nl. de drie projectgroepen (PG'en) - vervolg

- De projecten erkennen bovendien de moeilijke evenwichtsoefening tussen enerzijds het bewaken van privacy en GDPR regelgeving en anderzijds het proactief en preventief (cfr. topic 9) benaderen van burgers op basis van een populatiegerichte benadering. Vanuit de projectgroepen worden hieromtrent duidelijke verwachtingen richting de overheid meegegeven, namelijk een duidelijke visie m.b.t. het gebruik van gegevens vanuit een populatiegerichte aanpak en initiatieven om data te ontsluiten.

Conclusie

- De diversiteit/heterogeniteit in geografische afbakening lijkt een Belgische realiteit, en toch is er veel vraag om hier meer eenvormigheid in te creëren.
- Ondanks dat er al structuren zijn, lijkt er nood aan duidelijker afbakenen van opdrachten en verantwoordelijkheden gekoppeld aan die structuren: wat wordt waar opgenomen en waar zit de complementariteit? Een kanttekening is dat er wellicht ook zaken zijn die supraregionaal op te nemen zijn. Ook hiermee is afstemming nodig.
- Het bepalen van die afbakeningen en opdrachten, gebeurt wellicht best voortbouwend op wat bestaat en vanuit een bottom-up approach. Zo kunnen de bestaande asymmetrieën ook in rekening gebracht worden (vb. verschillen in gebruikte populatiegrootte).
- Er lijkt hier ook een link te zijn met de operationalisering van populatie management (oorspronkelijk bij topic 3). Dit is tevens gelinkt aan de ambitie om een dashboard op te zetten.
- Een specifieke problematiek die wordt aangehaald is de grensproblematiek. Vraag rijst in hoeverre hier ook misperceptie in meespeelt: zijn er afspraken gemaakt die de nodige zorg bemoeilijken en/of is een perceptieprobleem over gemaakte afspraken?

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 2: Horizontale en verticale integratie van zorg & welzijn (cfr. zorgcontinuïteit) (1/2)

Algemene beschrijving en wetenschappelijke inzichten

- De samenwerking binnen en tussen de brede zorg- en welzijnssector is cruciaal om geïntegreerde zorg te realiseren. Hiervoor is integratie vereist binnen bepaalde regio's op locoregionaal niveau (de grootte van de regio kan verschillen afhankelijk van de nood, in geval van zeldzame aandoeningen bijvoorbeeld, zal integratie doorheen een bredere geografische regio vereist zijn omwille van het beperkt aantal patiënten dat hiermee te maken krijgt). Integratie kan voorkomen in de volgende dimensies:
  - **Verticaal**: tussen de lijnen binnen de gezondheidszorg (cfr. transmurale zorg of ketenzorg) en
  - **Horizontaal**: binnen een lijn in de gezondheidszorg enerzijds (vb eerste lijn) en tussen de sectoren zorg en welzijn anderzijds.
  - Beide dimensies kunnen gelijktijdig ontwikkeld worden, het ene komt niet noodzakelijk voor het andere.
- Op projectbasis zijn er reeds initiatieven of mogelijkheden om deze integratie in verschillende dimensies te realiseren, bijvoorbeeld casusbesprekingen of multidisciplinair overleg binnen protocol 3 projecten en gegevensdeling/ontslagmanagement tussen eerste en tweede lijn wanneer patiënten het ziekenhuis verlaten binnen pilootprojecten geïntegreerde zorg[1]. Ook de **7 transversale projecten van het RIZIV** geven invulling aan integratie in de praktijk (zowel horizontaal als verticaal) met zaken als het voortraject diabetes, het zorgtraject obesitas bij kinderen, het zorgtraject post-COVID of het multidisciplinair perinataal zorgtraject voor kwetsbare vrouwen.
- De **mate waarin integratie vereist is, wordt bepaald door de noden van de patiënt**: bepaalde aandoeningen vereisen voornamelijk een verticale integratie van zorgactoren (vb. diabetes) terwijl complexe aandoeningen of kwetsbare patiënten eerder nood kunnen hebben aan een horizontale integratie van zorg- en welzijnsdiensten (vb liaisonpsychiatrie in 2e lijn).
- Om horizontale en verticale integratie van zorg en welzijn te realiseren zijn **handvaten nodig die de basisvoorwaarden voor functionele en normatieve integratie kunnen vervullen**. Er zijn verschillende **modellen beschikbaar die deze integratie beschrijven**, bijvoorbeeld het Regenboogmodel van Valentijn of het Canterbury model. Het gewenste kader moet vastgelegd worden op macroniveau en verder ingevuld en uitgevoerd wordt op het mesoniveau.
  - De **normatieve integratie van zorg** (dit is "het delen van dezelfde missie, waarden en normen tussen zorgverleners of organisaties"[2)] kan gerealiseerd worden d.m.v. multidisciplinaire protocollen en afspraken tussen organisaties in zorg en welzijn. Internationaal onderzoek toonde aan dat het gebruik van protocollen of gestandaardiseerde processen integratie kan faciliteren, zolang deze niet verplicht zijn en er voldoende flexibiliteit blijft om op diverse en vaak complexe uitdagingen in te spelen[3]. Dit kan bijvoorbeeld door de implementatie van een zorgtraject, wat gebruikt wordt voor bijvoorbeeld diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie, wat de samenwerking tussen de patiënt, huisarts, verpleegkundige, specialist en andere gezondheidswerkers (bv diëtist, podoloog,…) zo optimaal mogelijk organiseert.
  - Voor de **functionele integratie van zorg** (dit is "de coördinatie tussen administratief werk, ondersteunend werk en zorgend werk"[2)]), dienen **3 obstakels** verwijderd te worden: de afwezigheid van een **geïntegreerd dossiersysteem op niveau van de patiënt, prestatiegerichte financiering** als dominant vergoedingssysteem en de **organisatie van zorg in silo's of solopraktijken**[2]. Om integratie tussen verschillende organisaties en over sectoren heen te realiseren, is een zekere structuur op mesoniveau cruciaal (zie topic 1) die informele relaties tussen zorg- en welzijnsverstrekkers faciliteert[3].

Observaties en inzichten van sleutelfiguren in het Belgische zorg- en welzijnslandschap

- Horizontale en verticale integratie om zorgcontinuïteit te garanderen wordt door de sleutelfiguren als een **belangrijke voorwaarde** voor geïntegreerde zorg gezien.
- **Potentieel overlap met andere topics** werd door verschillende sleutelfiguren aangehaald: als de andere topics zouden aangepakt en geïmplementeerd worden, is de integratie ook gerealiseerd.
- Het implementeren van **protocollen, processen en structuren wordt aanzien als een mogelijke manier om integratie te realiseren**, maar dit mag niet ten koste gaan van de goede praktijken die vandaag reeds aanwezig zijn. Door te rigide om te gaan met dergelijke zaken, zou je riskeren bestaande integratie te verliezen i.p.v. meerwaarde te creëren.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 2: Horizontale en verticale integratie van zorg & welzijn (cfr. zorgcontinuïteit) (2/2)

Observaties en inzichten van sleutelfiguren in het Belgische zorg- en welzijnslandschap (vervolg)

- Er werd gewezen op de huidige focus in de verschillende deelstaten m.b.t. de hervorming van de 1e lijn gezondheidszorg, wat twee **potentiële valkuilen** met zich zou meebrengen: (1) **onvoldoende integratie van welzijn in eerste lijn** en (2) **onvoldoende verticale integratie met 2e en 3e lijn**, hoewel dit zeer belangrijk is voor de continuïteit van zorg.
  - **Horizontale integratie** van welzijn wordt als cruciaal gezien om verbinding te kunnen maken naar andere diensten onder het *health in all policies* principe (i.e. het opnemen van gezondheidszorgbeleid ook in andere beleidsdomeinen).
  - **Rond verticale integratie** wordt aangevoeld dat dit wordt bemoeilijkt doordat er vaak wel éénduidige structuren en financiering binnen een lijn aanwezig zijn, maar deze verschillen tussen lijnen. Daarnaast is goede afstemming nodig omdat het mogelijke risico werd geïdentificeerd dat transmurale zorg ertoe zou kunnen leiden dat professionals uit de 2e lijn zorgtaken opnemen die eigenlijk tot de 1e lijn behoren (wat tegenstrijdig is met het principe van subsidiariteit).
  - Het beschikbaar zijn van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier wordt aangehaald als belangrijke voorwaarde voor integratie door een aantal sleutelfiguren.

Ervaringen vanuit de praktijk nl. de drie projectgroepen (PG'en)

- Het realiseren van **horizontale en verticale integratie** kan volgens de PG'en gebeuren via de implementatie van projectovereenkomsten en onderlinge afspraken over processen. Er wordt echter ook aangegeven dat het voorziene kader voldoende flexibiliteit moet toelaten. Politieke of administratieve beslissingen staan soms te ver van de realiteit van het terrein en maken zaken complexer door de combinatie van verschillende bevoegdheidsniveaus (op vlak van wetgeving, financiering,…).
- Het **(fysiek) samenbrengen** van professionals en het uitbouwen van (informele) relaties wordt als belangrijke voorwaarde ervaren om integratie te bekomen, samenwerking verloopt vlotter wanneer men elkaar kent en weet te vinden (zie ook topic 4). De PG's geven aan dat dit - omwille van een reeds langere focus op de samenwerking tussen zorg en welzijn - al vlotter verloopt bij de welzijnspartners, dan bij bv. partners uit wonen en werk.
- Vanuit de PG'en wordt aangegeven dat integratie op dit moment nog bemoeilijkt wordt door gebrek aan afstemming tussen bestaande netwerken, door de angst om de eigen autonomie te verliezen, waardoor nog vaak vanuit de eigen beroepsgroep of instelling wordt gedacht en door de soms moeilijke communicatiedoorstroming naar de eigen achterban.
- Volgens hen zou het **creëren van een gemeenschappelijke visie en afstemming van interne processen** tussen verschillende organisaties en het stimuleren van nauwe samenwerking met continue feedback integratie mee bevorderen (zie ook topic 1 en 4).

Conclusie

- Huidig topic lijkt eveneens sterk gelinkt aan het afbakenen van welke opdrachten waar net liggen.
- En risicofactor die discussies in de andere topics en daardoor ook dit topic zou kunnen bemoeilijken is de perceptie dat er nog heel wat verschillende "silo's" in voege zijn (administraties – terrein, zorgprofessionals onderling, deelstaat – federaal, …).
- Ook heel wat instrumenten kunnen hier allicht een hefboom in zijn.
- Integratie in de praktijk zal allicht gerealiseerd worden door het concretiseren van een aantal andere topics.
- Het verder uitwerken van concrete trajecten in bepaalde ziektegebieden kan verder invulling geven aan integratie op het terrein.
- Tot slot lijkt het er ook op dat dit topic sterkt samenhangt met de afspraken die rond andere topics gemaakt kunnen worden (vb. financiering, digitale tools etc.).

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 3: Organisatie, versterking en retentie van (multidisciplinaire) zorgcapaciteit afgestemd op de noden, inclusief competentieontwikkeling (1/3)

Algemene beschrijving en wetenschappelijke inzichten

- Wat betreft **organisatie, versterking en retentie van (multidisciplinaire) zorgcapaciteit**:
  - Onze samenleving evolueert naar een groter aandeel chronisch zieken en patiënten met meerdere aandoeningen, waardoor het aanbod aan zorg- en hulpverlening afgestemd moet worden op de veranderende noden. Het **garanderen van de nodige zorgcapaciteit** impliceert o.a. multidisciplinaire teams met complementaire competenties. Om deze multidisciplinaire aanpak te realiseren, is enerzijds nood aan duidelijk omschreven taken en verantwoordelijkheden, maar anderzijds is ook voldoende flexibiliteit in de taakverdeling nodig, zodat zorg- en hulpverleners optimaal kunnen inzetten op de specifieke noden van een persoon in zijn context. Door in kaart te brengen welke professionals en competenties aanwezig zijn in het lokale zorglandschap, kunnen ontbrekende capaciteit geïdentificeerd en opgelost worden[1].
  - Zo kan **taakverschuiving** binnen het zorgteam bijdragen aan een verminderende werkdruk, tegengewicht bieden aan het tekort aan zorg- en hulpverleners en de tevredenheid van de patiënten en hun naasten verbeteren[2]. Verpleegkundigen kunnen bijvoorbeeld specifieke taken overnemen van artsen of verpleegkundigen werken in aanvullende, complementaire rollen ten opzichte van artsen. Om deze taakverschuiving toe te laten, zijn goed omschreven competenties noodzakelijk. Onderzoek wees reeds op de tegenstelling tussen enerzijds de verbreding van bevoegdheden en competenties van professionals maar anderzijds ook de “hyperspecialisatie” van zorg[3]. Het is noodzakelijk om de nodige competenties bij voldoende professionals te ontwikkelen.
  - Er wordt meer en meer ingezet op werken in **multidisciplinaire praktijken** en het vervullen van **coördinatorfuncties**, echter de huidige RIZIV-nomenclatuur faciliteert deze manier van werken momenteel niet voldoende. Internationaal onderzoek toonde aan dat werken in multidisciplinaire praktijken ervoor zorgt dat patiënten sneller de zorg krijgen die ze nodig hebben, er efficiëntere coördinatie is en een verbeterde continuïteit[1]. Een aantal factoren werden geïdentificeerd die bijdragen aan succesvol teamwerk in de eerste lijn; gevestigd zijn op één plaats, gedefinieerde rollen en processen, een cultuuromslag van arts-gestuurde naar teamgerichte zorg en een goede communicatie via korte dagelijkse besprekingen (zogenaamde huddles)[4,5]. De ondersteuning en hervorming van de huisartsgeneeskunde (naar interdisciplinaire eerstelijnsstructuren) “New Deal” is een voorbeeld van een federaal initiatief dat de transitie van solopraktijken naar multidisciplinaire praktijken faciliteert, bijvoorbeeld via het uitwerken van incentives voor multidisciplinaire samenwerking en het delegeren van taken aan andere profielen in een praktijk (vb verpleegkundigen, praktijkassistenten of administratieve medewerkers).
  - Voor de retentie van zorgverleners is het creëren van meerwaarde en veerkracht voor de professional van belang, zoals opgenomen in de quintuple aim, zodat zorgverleners hun taken op een goede een duurzame manier kunnen uitvoeren. Hierop kan ingezet worden via competentieontwikkeling en ondersteuning van de professional, maar ook door aandacht te geven aan mentaal welzijn en een zinvolle invulling van zorgberoepen.
    - Een belangrijke component voor de realisatie van geïntegreerde zorg, zijn de **basis- en voortgezette opleiding van professionals** waarin noodzakelijke en nieuwe **competenties** ontwikkeld worden. Het geven van **basisopleiding aan multidisciplinaire groepen** kan helpen om de kennis van andere zorgberoepen te verbeteren en te werken aan een gemeenschappelijke "taal". Voor een aantal beroepsgroepen is het regelmatig volgen van **navormingen** verplicht, maar dit is niet het geval voor alle zorg- en hulpverleners. Daarnaast is er voldoende aandacht nodig voor geïntegreerd en multidisciplinair werken in deze vormingen, naast de beroepsspecifieke competenties.
    - Daarnaast dienen professionals ondersteund te worden in een transitie naar geïntegreerde zorg: een multidisciplinaire manier van werken vereist **diverse vaardigheden** gaande van digitale geletterdheid tot communicatievaardigheden om efficiënt te kunnen samenwerken met collega’s en de persoon in zijn context, kwaliteitsopvolging te kunnen doen of een populatiegerichte aanpak te kunnen uitwerken[1]. Momenteel worden deze vaardigheden slechts beperkt behandeld in de basis- en voorgezette opleiding van professionals, of is er een gebrek aan performante instrumenten om de professional te ondersteunen, bijvoorbeeld in geval van relatief “nieuwe” vaardigheden zoals het **interpreteren van data voor een populatiegerichte aanpak**.
    - De laatste jaren is er toenemende aandacht voor het (mentaal) welzijn van zorgprofessionals dat via routineuze bevraging opgevolgd kan worden zodat er ingespeeld kan worden via ondersteunende maatregelen wanneer nodig. Een voorbeeld hiervan is de Power to Care enquête[6] die tijdens de COVID-19 pandemie werd uitgevoerd door Sciensano en KU Leuven met steun van Zorgnet-Icuro, Steunpunt Geestelijke Gezondheid/Te gek!?, santhea, GIBBIS en UNESSA.[7] Momenteel is een nieuwe vragenlijst in ontwikkeling om het mentaal welzijn van zorgprofessionals te bevragen, de Be.well.pro vragenlijst, dewelke vanaf 2023 zal getest worden in een pilootproject.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 3: Organisatie, versterking en retentie van (multidisciplinaire) zorgcapaciteit afgestemd op de noden, inclusief competentieontwikkeling (2/3)

Observaties en inzichten van sleutelfiguren in het Belgische zorg - en welzijnslandschap

In het kader van (multidisciplinaire) zorgcapaciteit:

- De sleutelfiguren signaleren dat er voldoende aanbod moet zijn om aan de noden van de bevolking te kunnen beantwoorden. Voor de welzijnssector werd meermaals aangegeven dat ze momenteel een capaciteitsprobleem ervaren. Hoewel sommige sleutelfiguren van mening zijn dat het gebrek aan capaciteit het multidisciplinair werken bemoeilijkt, veronderstellen anderen net dat multidisciplinair werken een oplossing hiervoor kan bieden. Wat wel duidelijk naar voren kwam in de gesprekken, is dat binnen het aanbod enige flexibiliteit nodig is om capaciteit te garanderen: andere beroepsgroepen die tijdelijk en gedeeltelijk kunnen inspringen waar nodig (vb. in het geval van wachtlijsten psychologische zorg).
- Verschillende **aandachtspunten werden i.k.v. zorgcapaciteit** tijdens de bevragingen geïdentificeerd:
    - Aanbod mag niet verschillen tussen gemeenten om stabiliteit te garanderen;
    - Belangrijk dat de zorg- en hulpverleners voldoende zicht hebben op het volledige veld van welzijn en zorg zodat taakverschuiving, samenwerkingen en doorverwijzingen correct en efficiënt kunnen verlopen. Ze zijn in dit geval vragende partij voor een verbeterde versie van sociale kaart of dynamisch kadaster;
    - Er wordt aangegeven dat chronische patiënten beschouwd moeten worden als belangrijkste groep omdat ze meer nood hebben aan populatiemanagement, preventie en empowerment;
    - Er dient ook meer ingezet te worden op kwantiteit van zorgverleners en;
    - Sommige beroepen kunnen breder bekeken worden dan één bepaald diploma, bv sociaal werk: niet enkel maatschappelijke assistenten;

In het kader van de competentieontwikkeling:

- De sleutelfiguren hechten veel belang aan de **basis- en vervolgopleidingen om multidisciplinair werken te realiseren**, met de nodige aandacht voor competentieontwikkeling ook binnen de informele zorg.
- Ze geven bovendien aan dat **intervisies** worden gebruikt als methode om competenties en **ervaringen/kennis onderling te delen**.
- Om de ontwikkeling van competenties te optimaliseren, zien ze voornamelijk een faciliterende rol van de overheid op het gebied van een nieuwe kwaliteitswet en systeem van bijscholingen. Verschillende **noden/incentives voor multidisciplinaire samenwerking** werden tijdens de bevragingen uitgedrukt: tijd & ruimte, middelen/financieel, digitale infrastructuur vanuit de overheid, afspraken met lokale besturen zodat welzijn en zorg dicht bij de burger georganiseerd wordt.

Ervaringen vanuit de praktijk nl. de drie projectgroepen (PG'en)

- **In het kader van de zorgcapaciteit** geven sommige PG'en aan dat het beschikbare aanbod geen afspiegeling is van de vraag. Dit, naast nog andere zaken vermeld in topic 1, is volgens hen een belemmerende factor voor de uitvoering van een populatiegerichte benadering in de praktijk.
- **In het kader van competentieontwikkeling** hebben de drie projectgroepen reeds een belangrijk aanbod voorhanden, maar realiseren ze zich dat er nog meer nodig is om bij alle betrokkenen de nodige competenties te ontwikkelen die essentieel zijn om geïntegreerd/multidisciplinair te werken. Daarnaast verlangen de projectgroepen naar meer sectoroverschrijdende bijscholingen en onderlinge kennisoverdrachten en uitwisselingen.
    - De pilootprojecten GIZ geven aan dat er een kloof bestaat tussen de theorie en de praktijk waarbij de betrokkenheid van universiteiten en hogescholen een meerwaarde zou kunnen bieden (zowel tijdens de basisopleiding als in verdere bijscholing). Momenteel nemen de individuele projecten elk deel aan een intervisie georganiseerd vanuit de federale overheid. Gekoppeld hieraan opteren de projecten voor intervisies tussen de verschillende pilootprojecten GIZ onderling met de aanwezigheid van een 'neutrale' bemiddelaar.
    - Ook binnen de ELP projecten worden concrete voorbeelden vermeld die momenteel worden uitgevoerd in het kader van competentieontwikkeling: intervisies met zorgverstrekkers en lokale coördinatoren, werken met kruispunten, 1 op 1 ondersteuning, etc.. Er worden ook verschillende infosessies m.b.t. herstelgerichte visies opgestart, maar ze merken in de praktijk dat deze visie nog onvoldoende gekend is en gedragen wordt onder de zorg- en hulpverleners en er dus nog ruimte is om meer initiatieven rond herstelgericht werken te initiëren.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 3: Organisatie, versterking en retentie van (multidisciplinaire) zorgcapaciteit afgestemd op de noden, inclusief competentieontwikkeling (3/3)

Conclusie

- Het lijkt een topic te zijn dat enerzijds sterk gelinkt is aan de organisatie van het kennissysteem met oog op ontwikkeling van de juiste kennis en competenties bij huidige én toekomstige zorgprofessionals.
- Anderzijds lijkt hier ook een capaciteitsvraagstuk in te zitten. Hierbij speelt heel concreet een vraag naar flexibilisering voor uitwisseling personeel. Het verdient aanbeveling te onderzoeken in hoeverre hier stappen in kunnen worden gezet die het terrein op korte termijn ten goede komen, zonder in een juridisch kluwen terecht te komen (cfr. wet gezondheidszorgberoepen, numerus clausus, erkenningen, …).

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 4: Invulling van zorgproces/zorgtraject/zorgpad/zorgplanning, inclusief zorgcoördinatie en casemanagement (1/3)

Algemene beschrijving en wetenschappelijke inzichten

- De evolutie van de zorgnoden in onze populatie vragen steeds meer coördinatie van de zorg. In het kader van geïntegreerde zorg betekent dit dat nieuwe rollen, competenties en taak(her)toewijzing ontwikkeld worden voor de zorg- en hulpverleners, alsook voor de patiënt (cfr. topic 8). Deze nieuwe competenties en rollen worden uitgedrukt in het proces van zorgplanning, zorgoverleg en – coördinatie, casemanagement en de realisatie van doelgerichte zorg door levensdoelen te vertalen naar zorgdoelen en –taken opdat de nodige zorg is afgestemd op de noden, behoeften, doelstellingen en capaciteiten van de zorgvrager en zijn/haar omgeving.
- Om geïntegreerde zorg te realiseren in de praktijk is er **nood aan coördinatie en communicatie** tussen verschillende zorg- en welzijnsverleners **op twee niveaus:** het micro- en het mesoniveau[1].
  - Op het **microniveau** zijn de functies van zorgcoördinator en casemanager ontstaan; dewelke worden beschreven in het IMC van 25 maart 2019:
    - **Zorgcoördinatie** wordt omschreven als “een collaboratief proces van evaluatie, planning, afstemming en belangenbehartiging, opdat de opties en diensten aan de globale zorgbehoeften (en wensen) van de persoon en zijn omgeving beantwoorden, via communicatie en beschikbare hulpmiddelen, om kwaliteitsvolle en kost-effectieve resultaten te bevorderen.” De rol van zorgcoördinator wordt hierbij opgenomen door een van de zorgaanbieders uit het zorgteam.
    - Het IMC van 25 maart 2019 (zie bijlage 14) beschrijft daarnaast ook dat wanneer de zorgcoördinatie niet volstaat om de persoon en zijn mantelzorger de vereiste zorg en ondersteuning te bieden, er een case manager ingeschakeld kan worden. Het doel van **case management** wordt daarbij als volgt omschreven: “de zorgsituatie van de patiënt en de zorgcoördinatie herstellen en stabiliseren zodat het zorgproces terug kwaliteitsvol verder kan lopen.”
    - Enkele voorbeelden van bestaande initiatieven gerelateerd aan dit topic zijn: Born in Belgium, BelRAI, en digitaal zorg- en ondersteuningsplan.
  - Op het **mesoniveau** kan er ook nood zijn aan een coördinerende functie die zorgt voor afstemming en verbinding tussen verschillende groepen van professionals en organisaties. Vanuit deze functie moet communicatie naar alle betrokken partijen mogelijk zijn. Het is belangrijk hierbij te duiden dat de term “coördinator” niet duidt op een notie van macht maar wel een “dienstverlenende” functie. De nodige kennis van en contact met het terrein zijn hier cruciaal[1].
- In geval van complexe zorgnoden, kunnen protocollen helpen om multidisciplinaire samenwerking te faciliteren en zorg te integreren. Dit kan door gebruik te maken van:
  - Een **zorgpad**; waarbij besluitvorming en organisatie van zorgprocessen gerealiseerd wordt voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijdskader (vb. zorgpad obesitas bij kinderen en jongeren). Hierbij worden doelen expliciet gemaakt, steutelinterventies bepaald op basis van evidentie, verschillende zorgactiviteiten gecoördineerd, en resultaten worden gedocumenteerd, opgevolgd en geëvalueerd [2].
  - Een **zorgprogramma of zorgtraject**; waarbij de totale zorg voor een groep patiënten met een chronische ziekte wordt beschreven: waaruit bestaat de zorg, hoe ziet de zorgplanning eruit, in welke vorm wordt de zorg gegeven en wie zijn de zorgverleners[3]. Het doel hierbij is de samenwerking tussen patiënten met een chronische ziekte, hun huisarts en specialist zo goed mogelijk te organiseren voor een kwalitatieve opvolging van de patiënt[4]. Een zorgtraject start na ondertekenen van een zorgtrajectcontract. De bestaande zorgtrajecten (diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie) in België hebben reeds geleid tot een verbeterde kwaliteit van zorg [5].

Gerelateerde concepten
• Zorgplanning
• Zorgtraject of -programma
• Zorgproces
• Zorgpad
• Zorgoverleg
• Zorgcoördinatie
• Case management
• …

Observaties en inzichten van sleutelfiguren in het Belgische zorg - en welzijnslandschap

- Tijdens de bevragingen geven de sleutelfiguren aan dat ze nood hebben aan **verduidelijking van de begrippen zorgcoördinatie en case management** zodat er een **gemeenschappelijke taal en visie** hieromtrent bereikt wordt. De definities die zijn afgesproken op de Interministeriële Conferentie (IMC) blijken volgens hen immers niet doorgedrongen te zijn op het terrein of blijken aan herziening toe te zijn.
- Wat betreft **protocollen**, geven sommigen aan dat deze op macroniveau afgesproken moeten worden vermits het niet zou mogen verschillen van regio tot regio. Voor patiënten met zeldzame aandoeningen signaleren ze ook dat protocollen best afgesproken worden op macroniveau aangezien deze doelgroep te klein is op mesoniveau. Anderen geven dan weer aan dat bijvoorbeeld de zorgtrajecten eerder bottom-up moeten ontstaan. Daarnaast signaleren de sleutelfiguren een nood voor sjablonen/protocollen binnen een zorgteam.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 4: Invulling van zorgproces/zorgtraject/zorgpad/zorgplanning, inclusief zorgcoördinatie en casemanagement (2/3)

Observaties en inzichten van sleutelfiguren in het Belgische zorg - en welzijnslandschap (vervolg)

- Ook moet er aandacht zijn voor de afstemming tussen verschillende structuren. Op vlak van coördinatie en communicatie worden de volgende aandachtspunten meegegeven:
  - Er dienen geen nieuwe functies uitgevonden te worden maar er is nood aan flexibiliteit op het terrein om de coördinatie en communicatie uit te voeren.
  - Sommigen beschouwen de huisarts als spilfiguur binnen zorgcoördinatie, anderen zien die rol niet voorbehouden voor de huisarts. In dat geval dient de coördinerende rol niet toegewezen te worden aan één bepaalde beroepsgroep, het belangrijkste is een goede vertrouwensband tussen de professional en de persoon.
  - Duidelijke afspraken omtrent wie deze rol gaat opnemen, moeten gemaakt worden binnen teamverband.
  - Over op welk niveau casemanagement zal moet plaatsvinden bestaat enige discussie: sommigen opteren voor het kleinste niveau (niet op mesoniveau) en anderen vinden dit niet geheel duidelijk en vragen voor verduidelijking omdat verschillende sectoren, verschillende interpretaties hebben over het doel en de functie van casemanagement. In Brussel wordt gebruik gemaakt van een coördinatorfunctie die de verbindingspersoon is tussen alle disciplines in de eerste lijn en een behoefteplan opstelt en opvolgt voor een persoon.
- Er moet vermeden worden om bijkomende administratieve last te creëren bij het vormgeven van protocollen of processen op mesoniveau
- De topics financiering (cfr. topic 6) en digitale tools (cfr. topic 10) worden beschouwd als hefbomen om de invulling van dit topic te realisaren. Het digitaal dossier is immers een middel om communicatie en zorgprocessen substantie te geven en de financiering voor de rol van coördinator op micro en mesoniveau kan de realisatie van naadloze zorg op micro en mesoniveau faciliteren.

Ervaringen vanuit de praktijk nl. de drie projectgroepen (PG'en)

- In het kader van **coördinatie** merken we dat er een verschillende meningen circuleren onder de drie projectgroepen:
  - Ten opzichte van de andere projectgroepen hebben de P3 projecten over het algemeen eerder een positieve houding ten opzichte van casemanagement. Ze benoemen **casemanagers** als '**echte bruggenbouwers**' omdat ze over disciplines en organisaties heen werken. Ze vergelijken echter het huidige casemanagement met crisismanagement en hebben eerder een voorkeur voor de trajectbegeleiding 13 jaar geleden die vervolgens vervangen werd door casemanagement en het principe hanteert van het volgen van de patiënt doorheen zijn/haar traject.
  - In de andere twee projectgroepen wordt voornamelijk aangegeven dat er nog veel **onduidelijkheid** heerst over de **concepten casemanagement en zorgcoördinatie** en de rol van casemanagers, etc. Casemanagement blijft volgens hen samen met zorgcoördinatie meer een concept dan een vaste praktijk waarbij geen eenduidige definities gebruikt worden door de hogere overheden. Het belang van vergoeding voor coördinatietijd wordt hierbij als belangrijke faciliterende factor aangehaald.
- Wat betreft de **zorgpaden** geven de ELP projecten aan dat er enkele initiatieven m.b.t. zorgpaden (suïcide, alcohol, ...) plaatsvinden, maar dat ze zelf nood hebben aan inhoudelijke richtlijnen om paden en/of processen uit te tekenen. Ze geven aan dat men niet te ambitieus mag zijn naar nieuwe zorgpaden of processen toe, maar eerder moet inzetten op verdere uitrol op het terrein van wat nu in de stellingen is gezet. Het gebruikmaken van en voortbouwen op wat al werkt is minstens zo nuttig als het initiëren van grote, al te ambitieuze en dure initiatieven. Qua ontwikkeling van zorgpaden geven de ELP projecten aan dat de focus hier tot op heden nog niet op lag, maar dat naarmate men vordert in de tijd, men meer werk wil maken van de kwalitatieve invulling van zorg.
- Wat betreft het instrument Belrai, werd door de P3 projecten aangegeven dat de conclusie door gebruik van het instrument niet altijd overeen komt met de beoordeling van een professional. Hierdoor gebeurt het in de praktijk dat het Belrai instrument op zo danige wijze wordt ingevuld dat de conclusie van het instrument overeenkomt met de zorgnood die wordt geobserveerd in de praktijk.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 4: Invulling van zorgproces/zorgtraject/zorgpad/zorgplanning, inclusief zorgcoördinatie en casemanagement (3/3)

Conclusie

- Ondanks vastlegging van definities zorgcoördinatie & case management (cfr. IMC beslissingen) lijken deze niet doorgedrongen op terrein, de definities blijken onduidelijk en/of verschillend ingevuld.
- Het lijkt rond dit topic tijd om bepaalde knopen door te hakken.

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 5: Cultuur van geïntegreerde zorg (1/2)

Algemene beschrijving en wetenschappelijke inzichten

- Cultuur van geïntegreerde zorg kan verwijzen naar verschillende (gelieerde) zaken:
  - Enerzijds betreft het een bepaalde **attitude of uitgangspunt** voor geïntegreerde zorg (kan vb. zijn waarin o.a. burgers en informele context bereid zijn om een actieve rol als partner in hun zorgproces op te nemen, zorg- en hulpverleners multidisciplinaire samenwerking actief nastreven, waarin geparticipeerd wordt digitalisering van zorg, organisaties bereid zijn tot samenwerking, gedeelde verantwoordelijkheden voor de gezondheid en het welzijn van burgers en gemeenschappen, etc.)
  - Maar ook de onderliggende **waarden en normen** die gelden in gezondheidszorg en welzijn, kunnen deel uitmaken van een cultuur
  - Ook een **gedeelde missie en visie** die alle professionals (al dan niet) nastreven zijn gelinkt aan een cultuur. Idealiter bezitten alle betrokken stakeholders dezelfde waarden en normen m.b.t. GIZ en hebben zij een zelfde idee over de missie en visie. Wanneer dit niet het geval is en er afwijkingen ontstaan, dan kunnen er moeilijkheden optreden bij de verdere implementatie van geïntegreerde zorg.
- Eerder onderzoek toonde aan dat er een **zekere cultuuromslag nodig** is in onze maatschappij, zowel bij individuen/patiënten als bij de zorg- en hulpverleners, om meer actieve betrokkenheid bij het zorgproces te voorzien en patiënt empowerment te realiseren[1] wat op hun beurt bijdraagt aan de evolutie naar GIZ. Het maken van deze cultuurevolutie kan ondersteund worden door verschillende zaken, vb. door opleiding van zorg- en hulpverleners, door concrete tools om besluitvorming en samenwerking te faciliteren, etc. Ook de manier waarop met personen/patiënten worden geïnformeerd, begeleid, met hen wordt gecommuniceerd, … heeft allen impact op de cultuur. We stellen vast dat er reeds gerelateerde initiatieven lopende zijn in de verschillende deelstaten, al lijkt dit momenteel nog eerder beperkt, bijvoorbeeld in de vorm van gerichte vakken aan de universiteiten aan zorgprofessionals, via wetenschappelijk onderzoek of losstaande initiatieven.
- Verder toonde internationaal onderzoek aan dat bouwen aan een multidisciplinaire teamcultuur met **wederzijdse erkenning van rollen** een **belangrijke facilitator** is voor het implementeren van geïntegreerde zorg[2]. Een noodzakelijke voorwaarde hiervoor is een **goed begrip** van het concept geïntegreerde zorg op het werkveld[1]. Zorg- en hulpverleners dienen multidisciplinaire samenwerking actief na te streven waarbij organisaties bereid moeten zijn tot samenwerking en het nemen van een **gedeelde verantwoordelijkheden voor de gezondheid en het welzijn** van burgers en gemeenschappen. Ook op macroniveau zijn deze gedeelde waarden van belang en kunnen er ondersteunende maatregelen genomen worden om deze cultuuromslag te realiseren.

Observaties en inzichten van sleutelfiguren in het Belgische zorg- en welzijnslandschap

- De sleutelfiguren geven aan dat er in eerste instantie **zeker een bereidheid** is bij de betrokken stakeholders om 5-aim, ketenzorg, multidisciplinaire samenwerking…te **integreren** in de dagelijkse werking (“GIZ-cultuur an sich is geen fundamenteel probleem, elke professional wil hieraan wel meewerken). Dit zorgt ervoor dat er bij bepaalde groepen reeds een positieve GIZ-cultuur heerst, maar dit is nog een minderheid (zie ook de nog blokkerende factoren verder).
- Echter, **algemeen gesteld is er nog een lange weg** af te leggen om de **GIZ-cultuur** bij de meerderheid van relevante stakeholders **te realiseren**. Dit is volgens de sleutelfiguren te wijten aan o.a. volgende (blokkerende) factoren:
  - De stakeholders zien soms nog niet exact de meerwaarde van GIZ en blijven daarom nog hangen in hun huidige cultuur
  - Ook de visie, missie en gemeenschappelijke taal van GIZ is nog niet overal geland, gebrek aan gemeenschappelijke richting
  - De financiële incentives ontbreken vandaag die de GIZ-cultuur zouden kunnen stimuleren
  - Er heerst een verschillende maturiteit qua GIZ-cultuur op de verschillende niveaus (macro, meso, micro), mogelijks te wijten aan verschillende tijdshorizonten (vb. legislatuur versus permanent) hetgeen een gezamenlijke evolutie bemoeilijkt
  - De tijdsdruk op het terrein laat vandaag niet toe dat zorgprofessionals de gelegenheid nemen om GIZ na te streven (vb. geen mogelijkheid zien om samen te werken en te overleggen)
  - Er zijn vandaag verschillende silo’s dewelke dienen doorbroken te worden (silo tussen 1e, 2e, 3e lijn, silo’s tussen opdrachten deelstaten en federale niveau, silo’s tussen zorg en welzijn, silo’s tussen bepaalde groepen zorgprofessionals, …)

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 5: Cultuur van geïntegreerde zorg (2/2)

Observaties en inzichten van sleutelfiguren in het Belgische zorg- en welzijnslandschap (vervolg)

- Om de cultuurswitch effectief verder te maken signaleren de sleutelfiguren volgende **facilitators:**
  - **Opleiding en ontwikkeling** (zie ook topic 3) nl. door opleiding te laten doorgaan in een multidisciplinaire setting en hier reeds de basisgedachten achter GIZ te onderwijzen, kan zo al een basis worden gelegd voor de cultuur. Ook intervisie wordt vermeld als methode om cultuur door te geven.
  - De mutualiteiten worden genoemd als mogelijke belangrijke stimulator van de GIZ-cultuur te stimuleren, aangezien zij zowel in contact staan met patiënt en zorgverlener. Door in hun samenwerkingen ook het GIZ-gedachtengoed voorop te stellen kunnen zij mee de cultuur verder laten leven.
  - Het analyseren van en **inspelen op het gedrag van stakeholders** (nl .gedragsveranderingsmanagement) zal nodig zijn volgens de sleutelfiguren om de switch te kunnen maken van de huidige gewoontes van mensen (vaak nog niet volledig in lijn met GIZ) naar nieuwe toekomstige gewoonten, dewelke GIZ nastreven. Hieraan gelinkt werd ook financiering genoemd als mogelijke katalysator om gedrag aan te passen (via verloning, financiële incentives, …) en dus ook een bepaalde cultuur (in dit geval de GIZ-cultuur) te kunnen sturen.
  - Tot slot werd een heldere rol van de overheid genoemd (en bijhorende governance), met het idee dat zij kunnen sturen naar een GIZ-cultuur. Dit koppelen de sleutelfiguren ook aan het centraal uitdragen van een duidelijke visie, het samenbrengen van een “patchwork aan initiatieven” en het expliciet benadrukken van de voordelen van GIZ (wat nu nog te weinig wordt gedaan, aldus de sleutelfiguren).

Ervaringen vanuit praktijk nl. de drie projectgroepen (PG’en)

- De PG’en geven aan dat cultuur voor hen ook gerelateerd is aan het **wegwerken van hiërarchie**; wil men naar een GIZ-cultuur dan zal deze huidige hiërarchie wat moeten losgelaten worden zodat alle zorgprofessionals met **gelijkwaardigheid** naar elkaar kijken. Dit zal toelaten dat er beter multidisciplinair kan worden samengewerkt, wat één van de steunpunten is van geïntegreerde zorg. Daarnaast gaven de projecten ook aan dat het beschikken over een zekere **regelluwte** een faciliterende factor is om een omschakeling in denken en doen teweeg te brengen.
- Verder geven de PG’en aan dat er vandaag nog teveel wordt gewerkt vanuit oogpunt van **verkenning, experimenteren, tijdelijke initiatieven**, … wat impliceert dat GIZ an sich een tijdelijk verhaal is en waardoor mensen ook de cultuurswitch nog niet maken. De PG’en geven aan dat de wil en ambitie om te veranderen zeker aanwezig is bij de partners, maar dat dient overgegaan te worden naar echte verankering van GIZ “anders verliezen we gemotiveerde stakeholders”. Hierbij zien de PG’en ook zowel beleidsdomeinen welzijn en gezondheid betrokken, maar ook andere domeinen vb. wonen.
- Andere mogelijks blokkerende factoren zijn volgens de PG’en eerder gerelateerd aan **communicatie**, nl. moeilijkheden rond delen van informatie, gebrek aan een **gemeenschappelijke taal** tussen partners en professionals door een gebrek aan gezamenlijke opleiding, … maar ook de werkdruk op het terrein of de manier waarop initiatieven gefinancierd worden maakt dat GIZ-initiatieven er soms bij in schieten.
- Tot slot geven de PG’en mee dat de er bepaalde rollen/functies zijn die momenteel het verschil kunnen maken inzake cultuur. Zo werd tijdens de workshops vermeld dat de casemanager zeer positief onthaald wordt en echt als bruggenbouwer ingezet wordt / nog meer kan ingezet worden. Zij kunnen de omslag naar GIZ versnellen.

Conclusie

- Cultuur lijkt eerder een topic waarbij het in essentie lijkt te gaan over een resultante, die op haar beurt kan worden bereikt door stappen vooruit te zetten die het terrein concreet vooruit helpen. Meer bepaald zien we hier dan ook een sterke link met de vooruitgang op de andere topics en zien minder de noodzaak om in 2023 concreet rond cultuur an sich te werken. Het zal wellicht wel een onderwerp zijn dat verandering op andere vlakken/topics zal aanwakkeren.

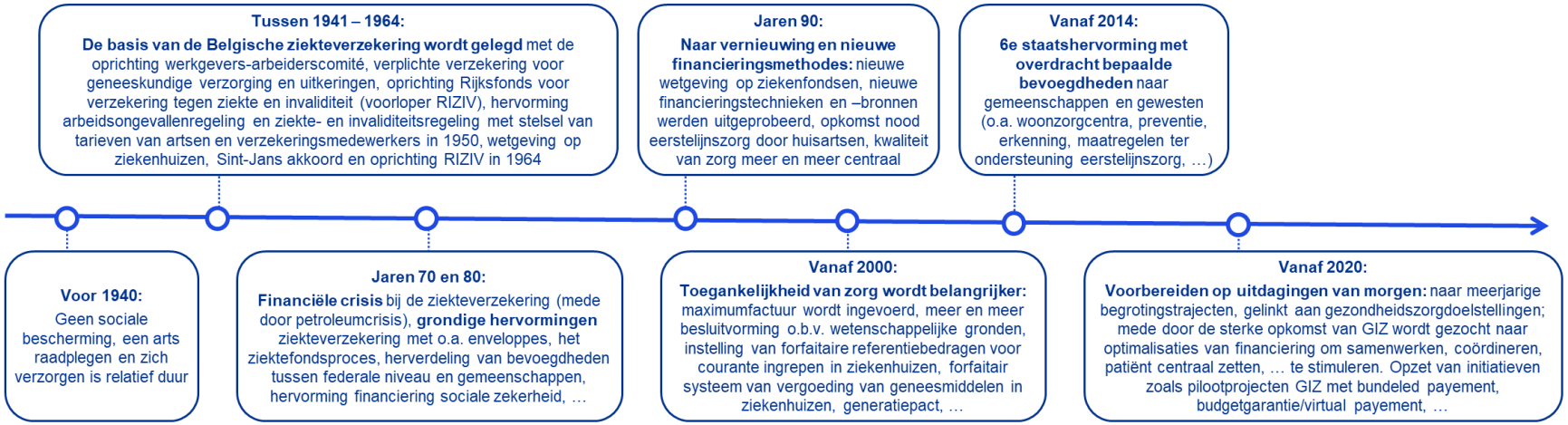
WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 6: Financiering van geïntegreerde zorg op verschillende niveaus die beantwoordt aan 5AIM (1/6)

Algemene beschrijving en wetenschappelijke inzichten

- We doelen hiermee op het geheel van **financiering, budgettering, begroting en uitkering van welzijns- en zorgbudgetten** om geïntegreerde zorg te stimuleren met een focus op zorgcontinuïteit.
- Om dit topic te kaderen in zijn context, blikken we kort terug op de historiek van gezondheidszorgfinanciering en dus ook sociale zekerheid (op macroniveau). Hieronder een beknopt overzicht (niet-exhaustief). We kunnen vaststellen dat er over de jaren heen constant evoluties zijn geweest m.b.t. de financiering en dat ook vandaag nog wordt gezocht naar nieuwe manieren qua financiering, meer specifiek dan in het licht van geïntegreerde zorg[1]:



- Vandaag kunnen we in essentie financiering bekijken op/vanuit onderstaande verschillende niveaus:
  1) Macroniveau: de inrichting van de gezondheidszorgfinanciering, met oog voor complementariteit van zowel het federale als deelstatelijke niveau. Hieronder verstaan we tevens de financiële kaders voor ziekenhuisfinanciering, de manier waarop de ziekteverzekering georganiseerd wordt, de organisatie van budgetten van ziekenfondsen, maar ook de investeringskosten op macroniveau dewelke GIZ dienen te stimuleren, etc.
  2) Mesoniveau: de organisatie van de financiering van het coördinatieaspect tijdens het gehele zorgproces (vb. financiering van multidisciplinair overleg, de verschillende rollen in het zorgproces zoals o.a. zorgcoördinator en case manager, etc.) op het locoregionale niveau (cfr. ook topic 1). Daaraan zijn volgende vraagstukken gelinkt: voor welke opdrachten wordt het locoregionale niveau op welke manier vergoed, hoe flexibel kan met dit budget worden omgegaan, hoe wordt dergelijk budget berekend en o.b.v. welke parameters, hoe is deze financiering gelinkt aan het macroniveau, welke eventuele budgetgaranties kunnen afgesproken worden, welke financiële hefbomen kan je op dit niveau installeren, hoe kunnen financiële desincentives worden weggewerkt, …
  3) Microniveau: de samenstelling van de financiering van zorgprofessionals. De financiering is een dermate gevoelig onderwerp aangezien wijzigingen mogelijks impact kunnen hebben op de motivatie van zorgprofessionals enerzijds en anderzijds op de toegankelijkheid én beschikbaarheid van zorg voor patiënten. We zien verschillende financieringsvormen op microniveau:

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 6: Financiering van geïntegreerde zorg op verschillende niveaus die beantwoordt aan 5AIM (2/6)

Algemene beschrijving en wetenschappelijke inzichten

- De meest courante financieringsvorm in de gezondheidszorg is vandaag de **prestatiefinanciering,** waarbij een patiënt in essentie betaalt per geleverde medische prestatie (vb. huisbezoek, raadpleging, …). Daarbij worden zorgverstrekkers indirect financieel gestimuleerd om méér prestaties te leveren en worden patiënten aangerekend per verstrekking. De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling geeft aan dat deze vorm geïntegreerde zorg niet promoot, maar zelfs eerder zou kunnen leiden tot overconsumptie van zorg[2].
- Een andere financieringsvorm is de **forfaitaire financiering** (ook wel “capitatiesysteem” genoemd) waarbij de verzekeringsinstellingen en de zorgverstrekkers een bepaald bedrag (“forfait” of “abonnement”) afspreken per patiënt (a.d.h.v. een aantal kenmerken), dat alle verzorging zou moeten dekken. Het achterliggende idee hierbij is dat zorgverstrekkers op die manier financieel baat hebben bij zo gezond mogelijke patiënten, gestimuleerd worden om preventie, gezondheidsbevordering, … aan te moedigen. Patiënten aan de andere kant ervaren geen financiële belemmeringen meer om medische zorgen uit te stellen. Wetenschappelijk onderzoek heeft tevens aangetoond dat de forfaitaire financieringsvorm niet als gevolg heeft dat personen méér zorg zullen aanvragen. Het Kenniscentrum (KCE) en Intermutualistisch Agentschap (IMA) berekenden in 2008 en 2017 al enerzijds de kosten van mensen ingeschreven in een wijkgezondheidscentra versus zij ingeschreven in het klassieke systeem en daaruit bleek dat de ingeschrevenen in een wijkgezondheidscentra evenveel of zelfs minder kosten aan gespecialiseerde zorg en geneesmiddelen[3].
- Een derde vorm van financiering is ook nog de **gesubsidieerde financiering** (vb. bij thuishulp, maatschappelijk werk, psychologische zorg, …). Hierbij voorziet de overheid, onder bepaalde subsidiëringsvoorwaarden, een subsidie-enveloppe voor de betrokken diensten. Vandaag bestaat er voor dezelfde diensten soms overlap tussen de financieringsvormen (voorbeeld: thuisverpleging waarin zowel gesubsidieerde als zelfstandige thuisverplegers aan de slag gaan), wat moeilijkheden met zich meebrengt op vlak van samenwerking.
- Tot slot, wordt ook regelmatig het **cappuccinomodel** vermeld (meestal in kader van huisartsenvergoedingen) waarbij het idee is dat de lagen in de cappuccino de verschillende financieringsvormen voorstellen. Dit model doelt dan ook op een opeenstapeling van verschillende financiële lagen, waarbij er vb. gewerkt wordt met een vast inkomen, dan bijkomend forfaitaire betalingen en tot slot aangevuld met prestatiefinanciering

- In het kader van GIZ wordt vaak gekeken naar de financiering op microniveau:
  - Het forfaitaire financieringssysteem wordt vaak naar voren geschoven in de literatuur, aangezien dit meer lijkt aan te sluiten bij de visie rond multidisciplinaire teams, eerstelijnszorg, patiënt centraal, … Verschillende financieringsvormen zouden (tijdelijk) naast elkaar kunnen bestaan (vb. zowel forfaitair als prestatiefinanciering). En ook een mix van verschillende financieringssystemen kan werken geven wetenschappelijke studies aan[4]. Er dient wel rekening gehouden te worden dat een aanpassing aan de financiering ook veranderingen in de dagelijkse manier van werken met zich zal meebrengen en dus weerstand met zich mee kan brengen.
  - Op vandaag worden er de verschillende financieringsmechanismen toegepast. Daarbij zijn er in België momenteel zo’n 230-tal medische huizen (ook wel wijkgezondheidscentra of maisons médicales genoemd), waarbij het merendeel het forfaitaire systeem hanteert (in Vlaanderen: +-57, in Brussel: +-87, in Wallonië: +-82).
  - De literatuur geeft aan dat zorgprofessionals weldegelijk door het financiële aspect kunnen gestimuleerd worden, net zoals er ook nog andere motivators bestaan vb. intrinsieke motivatie, beroepsethiek, organisatiecultuur, etc. Het financiële aspect kan tevens gezien worden als een ondersteuner van veranderingen, zowel op korte als eerder op lange termijn. Maar tegelijkertijd kan het aanpassen van de financiering ook als gevolg hebben dat de intrinsieke motivatie ondermijnd wordt en op termijn zelfs het altruïsme wordt verdrongen; enige voorzichtigheid is dus geboden[6]. Op een hoger niveau stelt de literatuur dat het combineren van sociale en gezondheidsfinanciering weldegelijk belang heeft en dat daarbij een mix van financieringsvormen het meest optimale is[7]. In parallel zijn er nog verschillende onderzoeken lopende over dit topic, vb. het internationale SELFIE-project dat onderzoekt welke financiële incentives op micro, meso, macroniveau mogelijk zijn in kader van geïntegreerde zorg.
- Verder bestaan er vandaag verschillende optimalisatie-initiatieven in het kader van financiering, op de verschillende niveaus. Op federaal niveau: hervorming van ziekenhuislandschap en –financiering (lopende), analyse gebundelde financiering voor laagvariabele zorg, programma pay for performance (P4P) voor algemene ziekenhuizen, hervorming huisartsengeneeskunde (New Deal), dewelke allen voorzichtige stap(jes) zijn in de richting van GIZ. Ook het IMA publiceerde onderzoek inzake de budgetgarantie en omgaan met efficiëntiewinsten voor de 12 GIZ-projecten[5].

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 6: Financiering van geïntegreerde zorg op verschillende niveaus die beantwoordt aan 5AIM (3/6)

Observaties en inzichten van sleutelfiguren in het Belgische zorg- en welzijnslandschap

- De sleutelfiguren geven (bijna) unaniem aan dat de uitwerking van **dit topic de huidige blokkerende en de toekomstige deblokkerende factor** is voor de evolutie naar geïntegreerde zorg; de sleutelfiguren geven ook aan dat vooruitgang in dit topic als **hefboom** kan werken voor de uitwerking van de andere topics (vb. locoregionaal niveau). Sleutelfiguren zien de financiering namelijk als (één van de) belangrijkste incentives om de samenwerking waar GIZ op steunt te stimuleren.
- Qua financieringsvormen op microniveau schuift de meerderheid van de sleutelfiguren een **mix van financieringsvormen** naar voor; belangrijk is daarbij op te merken dat de sleutelfiguren niet per se voor een totale afschaffing van een bepaald financieringssysteem zijn (vb. prestatiefinanciering), maar dit weldegelijk in parallel zien met nieuwere financieringsvormen (“evenwichtigere financiering is nodig”). Ook het concept “subsidiariteit”, nl. wie is het best geplaatst aan een juiste prijs op een juiste plaats, komt naar boven in de gesprekken. En verder wordt ook vermeld dat vnl. de samenwerking tussen de zorgverstrekkers dient financieel gestimuleerd te worden.
- De sleutelfiguren zien ook de **noodzaak van financiële hervormingen op mesoniveau**. Er wordt daarbij verwezen naar het Deense model waarbij de regio’s budgetten toegewezen krijgen en de link met value based health care (zie ook hieronder). Ook de nomenclatuurherziening wordt hier vermeld als noodzakelijk voor de financiële hervorming, eerder op macroniveau.
- Voor de concrete uitwerking van dit topic geven de sleutelfiguren aan **nood** te hebben aan een **duidelijke initiatiefnemer** die dit verder opneemt; het toekomstig (ontwerp) IFP lijkt daarbij als concreet vehikel geïdentificeerd om financiële en budgetafspraken te maken. Daarbij werd de optie van virtual payment enkele keren naar voor geschoven als optie om scenario’s te testen dan wel als transitiemaatregel.
- Ook de link met IT kwam tijdens de interviews met de sleutelfiguren naar boven (vb. investeringen in ICT infrastructuur kunnen ervoor zorgen dat patiënten vanop afstand / buiten het ziekenhuis bepaalde richtlijnen/diensten kunnen ontvangen; dit kan er op zijn beurt voor zorgen dat de ziekenhuizen ontlast worden en dat patiënten vanuit het comfort van hun eigen omgeving de behandeling kunnen voortzetten). De sleutelfiguren sturen er op aan deze investeringen ten gronde te bekijken.

Ervaringen vanuit de praktijk nl. de drie projectgroepen (PG’en)

- **Alle PG’en**: geven duidelijk in de workshops aan dat er vraag is naar **vereenvoudiging en consistentie in de financieringsmethodieken**, daarmee verwijzen ze naar de historiek die er is geweest van eerst efficiëntiefinanciering, dan enveloppefinanciering, nu financiering per actie/subproject, … wat voor hen zorgt voor verwarring en onduidelijkheid. Ze rijken hierbij zelf enkele contouren aan:
  - Een aantal deelnemers hebben een duidelijk standpunt over **prestatiefinanciering**, bij sommigen gaat de voorkeur er naar uit om dit nl. **af te bouwen**; verschillende alternatieve financieringsideeën komen daarbij ter sprake tijdens de workshops: pakket financiering waarbij meer vrije invulling mogelijk is, doelfinanciering, tender systeem voor zorgvragen, bundled payment, persoonsvolgende financiering, …
  - Bij een optimalisatie van de financiering zijn de PG’en vragende partij om de **financiering** te **linken aan de impact** (cfr. ook *value based health care*); ze worstelen namelijk zelf regelmatig met de vraag “is de financiering wel goed ingezet geweest?” en hebben vandaag niet de mogelijkheid om hierop te antwoorden. Daarbij maken de PG’en de link met het bezitten van juiste data (cfr. topic 10) en accuraat populatiemanagement (cfr. topic 3). Daarbij is ook vraag naar het koppelen van de financiering met gezondheidsdoestellingen en financieel stimuleren van gezondheid, promotie en preventie (vb. belonen van niet-hervallen, incentives voor goede gezondheidstoestand, …) De PG’en klagen tevens de huidige rigiditeit aan en wensen **meer financiële flexibiliteit** (vb. P3 projecten werken vandaag met toegewezen zorgeenheden per persoon, ene persoon gebruikt deze nauwelijks op, andere persoon heeft nood aan bijkomende eenheden, maar vandaag geen flexibiliteit hier mogelijk; bij ELP projecten kan patiënt keuze maken tussen collectieve of individuele begeleiding, eens de keuze gemaakt is vb. voor collectieve therapie, zijn er daarna geen middelen meer voorzien voor individuele therapie terwijl hier net wel een nood aan kan zijn)
  - De PG’en geven aan vast te stellen dat flexibiliteit qua budgetten over deelstaten / federale niveau in de praktijk nog moeilijk loopt. Zo vragen ze om dit te bekijken met eventuele interfederale afspraken voor het toekomstige systeem, waar inspanningen met positieve impact (zij het op deelstatelijk of op federaal niveau) ook beloond worden of terugstromen en dus verder gezet worden.
  - Verder wensen de PG’en duidelijkheid over de **financiering van samenwerking** zoals multidisciplinair overleg (hiervoor worden vandaag in bepaalde gevallen pseudocodes toegepast, maar lijkt niet duurzaam). Tot slot zien de PG’en niet enkel de overheid maar ook de privésector als mogelijke financieringspartner, vb. in de vorm van *social impact bonds,* waar een private investeerde het initiële kapitaal pre-financiert. Ze vragen om de mogelijkheden verder te onderzoeken.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 6: Financiering van geïntegreerde zorg op verschillende niveaus die beantwoordt aan 5AIM (4/6)

*Overzicht financieringsmethodieken (niet-exhaustief)**

Financieringsmethodieken	Korte omschrijving	Mogelijke impact op gedrag	Potentiële bijdrage aan/effect op geïntegreerde zorg
Basisvormen			
Prestatiefinanciering	Zorgverleners worden betaald per geleverde medische prestatie die ze verstrekken.	Financiële stimulus om zo hoog mogelijke kwantiteit van medische prestaties te leveren.	Eerder negatief (prestatiedruk kan ervoor zorgen dat niet-vergoede interventies in kader van geïntegreerde zorg minder plaatsvinden)
Forfaitaire financiering	Aan de zorgverstrekkers wordt een vast bedrag per ingeschreven patiënt uitbetaald, ongeacht het aantal prestaties voor die patiënt.	Kan zorgen voor minder prestatiedruk en kan het opzetten van preventieve en gezondheidsbevorderende acties stimuleren.	Eerder positief (er is minder financiële drempel voor de patiënt die wordt doorverwezen naar de meest geschikte zorgverstrekker wanneer nodig)
Gemengde vorm			
Cappuccinomodel	Model dat verschillende financieringsmethodieken combineert, vb. forfaitaire basisvergoeding met vergoeding per prestatie en vergoeding voor innovaties en kwaliteit verbeterende zaken. Ook andere combinaties mogelijk.	Kan de inzet op preventieve zorgacties, innovatie en kwalitatieve zorg stimuleren.	Eerder positief (zorgverstrekkers kunnen focussen op bepaalde zorgcycli en innovatie en ze kunnen flexibeler met hun tijd omgaan)
Bijkomende vormen			
Gesubsidieerde financiering	De overheid voorziet onder bepaalde subsidiëringsvoorwaarden een subsidie-enveloppe voor de betrokken diensten.	Kan het naleven van subsidiërings-voorwaarden door de zorgverstrekkers stimuleren en lijkt zo een stimulus voor innovatie en kwaliteit.	Eerder positief (het naleven van de subsidiëringsvoorwaarden kan bevorderend zijn voor kwalitatieve zorg)
Doelfinanciering	Is een verzamelterm voor aanvullende bekostiging, bijzondere bekostiging en subsidies waarbij middelen voor een bepaald doel in bepaalde tijd moeten worden ingezet.	Kan het in gang zetten van vernieuwing in de zorg stimuleren.	Eerder positief (door aanzet tot vernieuwing, maar bij overvloedig gebruik kan dit leiden tot versnippering van de bekostiging)
Persoonsvolgende financiering / zorgbudget / rugzakfinanciering	Budget voorzien voor elke persoon met een erkende handicap én een vastgestelde ondersteuningsnood (in Vlaanderen gelinkt aan Vlaamse Sociale Bescherming)	Zorgverstrekker kan de zorg bieden die hij nodig acht ongeacht de financiële middelen van de zorgvrager.	Eerder positief (door financiële ondersteuning zullen zorgvragers minder uitgesloten worden uit de zorg en kan er meer zorggarantie worden geboden)
Pay for performance (P4P)	Systeem waarbij een vergoeding wordt betaald in functie van de behaalde resultaten op bepaalde indicatoren.	Kan kwaliteitsvolle zorg voor een beperkte set van indicatoren stimuleren.	Eerder positief (een deel van de geselecteerde indicatoren kan bijdragen tot kwaliteitsvolle, persoonsgerichte zorg)
Bundeled payment (ketenfinanciering)	Dit concept omvat één enkele betaling voor een set aan activiteiten voor de behandeling van een aandoening met de nadruk op het uiteindelijke resultaat.	Zorgverstrekker kan zich focussen op zijn onderdeel in het zorgtraject en kan een lagere prestatiedruk ondervinden.	Eerder positief (aangezien dit kan leiden tot een kostenbewust en patiëntgericht systeem)

*Deze modellen werden geïdentificeerd op basis van de SFB en workshops met de drie projectgroepen.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 6: Financiering van geïntegreerde zorg op verschillende niveaus die beantwoordt aan 5AIM (5/6)

*Overzicht financieringsmethodieken (niet-exhaustief)**

Andere financiële concepten	Korte omschrijving	Mogelijke impact op gedrag	Potentiële bijdrage aan/effect op geïntegreerde zorg
Tender systeem zorgvragen	Systeem waarbij een subsidie kan aangevraagd worden door een project in te dienen en waarna alle aanvragen gelijktijdig worden beoordeeld.	De financiële prikkel kan organisaties stimuleren tot het voorstellen en realiseren van zorginitiatieven.	Eerder positief, omdat organisaties kunnen worden gestimuleerd om zorginitiatieven te ontwikkelen die bijdrage aan geïntegreerde zorg.
Social impact bonds	Een publiek-private samenwerking tussen een overheidsinstantie, een sociale organisatie en impact investeerders.	Zorgverstrekkers kunnen innovatieve oplossingen zoeken voor bestaande onopgeloste sociale problemen.	Positief, door bijkomende financiering kunnen nieuwe initiatieven mogelijk zijn om GIZ te bevorderen.
Virtual payment	Wordt gebruikt gedurende een overgangsperiode of op projectbasis, om vergoedingen in een gemengd systeem te testen.	Zorgverstrekkers kunnen wennen aan het nieuwe systeem en krijgen zo inzichten in de verandering alvorens het wordt toegepast, waardoor weerstand beperkt wordt.	Eerder positief, omdat dit concept toelaat om de vergoedingen op punt te stellen alvorens ze te implementeren en zowel zorgverstrekker als zorgvrager te betrekken in de verandering.
Budgetgarantie	Systeem waarbij men middelen ontvangt voor de kosten die men gemiddeld zou verwachten voor de interventies bij een bepaalde doelgroep. Het verschil tussen de budgetgarantie en de werkelijke uitgaven, vormt efficiëntiewinst of –verlies.	Systeem dat innovatie faciliteert door efficiëntiewinsten te benutten voor innoverende acties of nieuwe zorgvormen en waarbij middelen ingezet kunnen worden via gebundelde financiering.	Positief, door ruimte te voorzien voor innoverende acties en prestatiefinanciering te vervangen door gebundelde betaling.
Derde betalerssysteem	Door rechtstreeks betaling via sociale zekerheid dienen zorgvragers geen geld te moeten voorschieten voor de nodige zorg.	Zorgverstrekkers kunnen meer tijd nodig hebben voor hogere administratieve rompslomp en moeten mogelijks langer wachten op hun betaling.	Eerder positief voor de patiënt gezien betalingsdrempel verlaagd wordt door rechtstreekse betaling door sociale zekerheid.
Value based health care	In dit concept linkt men de financiering aan de impact van de zorg voor de patiënt.	Zorgverstrekker kan zich richten op het maximaliseren van de waarde van de zorg voor de patiënt en zorgkosten reduceren.	Positief gezien de zorg focust op het belang van de cliënt en patiënt en dit leidend is voor de verstrekte zorg.

*Deze modellen werden geïdentificeerd op basis van de SFB en workshops met de drie projectgroepen.

Conclusie

- Financiering wordt als een enorm struikelblok ervaren richting GIZ; hervorming dringt zich daarbij op, waarbij zowel wordt nagedacht over het investeringskader op macroniveau, over het koppeling van financiering aan de opdrachten op mesoniveau, tot en met financiering van zorgprofessionals op microniveau.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

A1
A2
A3
A4
A5

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 7: Performantie van het geïntegreerde zorgsysteem (1/2)

Algemene beschrijving en wetenschappelijke inzichten

- België besteedt jaarlijks een aanzienlijk deel van haar BBP aan gezondheidszorg (10,8% van het BBP in 2020[1]). Ook de evolutie naar geïntegreerde zorg zal gepaard gaan met investeringen. Daarbij **streeft geïntegreerde zorg duidelijk naar het behalen van de "quintuple aim".** Echter, de vraag stelt zich in hoeverre deze evolutie structureel kan gemeten, opgevolgd en gemonitord worden. Performantiemanagement kan hier een antwoord op bieden: een systematische opvolging van de evolutie richting geïntegreerde zorg vanuit de invalshoeken van quintuple aim, met data en indicatoren eventueel ondersteund via dashboarding. De wetenschappelijke literatuur geeft bovendien aan dat bij een (nieuw) programma een transformatieve evaluatie essentieel is. Hierbij gebeurt de beoordeling aan de hand van structurele, proces- en resultaatindicatoren (impact).[2]
- In kader van dit project kan een onderscheid gemaakt worden tussen 1) performantie op macroniveau nl. op beleidsmatig vlak 2) performantie op meso- en microniveau nl. gerelateerd aan de verbeteringen rond zorgprocessen. Waarschijnlijk zal dit kunnen gemeten worden a.d.h.v. dezelfde data maar afhankelijk van de rol (beleidsmaker, zorgprofessional of burgers) zullen er andere "views" nodig zijn.
- Zoals hoger vermeld kan **performantie samenhangen aan digitalisering**, aangezien het opvolgen van doelstellingen en indicatoren namelijk vereist dat men eenduidige informatie en data kan capteren en beheren. Dit vormt namelijk de basis om vervolgens in zeer concrete indicatoren om te zetten. De indicatoren kunnen op hun beurt dan vervolgens via een **ICT-dashboard** opgelijst en continu opgevolgd worden. In theorie bevat een dashboard indicatoren in lijn met strategische doelstellingen en stelt dit in staat de cruciale processen en activiteiten te meten. Menselijke interpretatie is uiteraard nodig om hier ook de juiste inzichten uit te halen en vb. te vertalen naar bijsturen i.f.v. behalen van vooropgestelde doelen. In die zien kan performantiemanagement gezien worden als een continu proces dat mogelijk maakt om de evolutie naar en de performantie van GIZ op te volgen. Belangrijk gevolg daarbij is dat de betrokkenen op deze manier continu een objectief inzicht/status op de indicatoren bezitten op basis waarvan beslissingen kunnen worden genomen en kan worden bijgestuurd (cfr. evidence-based beslissingen maken).
- In lijn met verwijzing naar menselijke interpretatie in hogere alinea, is het ook zo dat dergelijke performantiemanagement ook een zekere **kwaliteitscultuur** vraagt. Niet enkel qua interpretatie van gegeven, maar ook qua hoe hiermee omgegaan wordt. In een kwaliteitscultuur zijn volgende gedragingen kenmerkend: het hanteren van een steeds kritische mindset door de betrokkenen, het continu streven naar verbetering, het durven aanpassen wanneer nodig, het open communiceren over elkaars praktijken, regelmatig evalueren, etc. Dit maakt op zijn beurt mogelijk dat er goede praktijken worden gedeeld, dat er voldoende transparantie wordt gewaarborgd m.b.t. de kwaliteit van zorg, etc. Zo'n cultuur bereiken vergt dus een mentaliteitswijziging bij alle betrokkenen en gebeurt typisch zeer incrementeel[2].
- Bestaande initiatieven die vandaag focussen op het verbeteren van de kwaliteit en performantie van de gezondheidszorg zijn op federaal niveau: het evidence based practice netwerk (EBP), pilootprojecten Integreo[7] die ook een evaluatie- en begeleidingscomponent opnamen (cfr. FAITH consortium)[3], eerder uitgevoerde studies m.b.t. performantie van het gezondheidszorgsysteem door KCE en Sciensano in samenwerking met het RIZIV[4] en gezondbelgië.be die een aantal indicatoren meet die samen een volledige, transparante en toerekenbare visie op de performantie van het gezondheidssysteem bieden en waarmee veranderingen doorheen de tijd opgevolgd kunnen worden. Op Vlaams niveau: VIKZ kwaliteitsindicatoren. Op Waals niveau: PAQS. Op Brussels niveau: Brussels gezondheidsplan. Dit zijn allen eerder initiatieven op macroniveau.
- Tot slot geeft de literatuur een aantal wetenschappelijke modellen aan zoals de robuuste ISO9001v2008 kwaliteitsnormen[5], het regenboogmodel van Valentijn[6] en de 18 componenten[7] die richting kunnen geven qua evaluatie- en kwaliteitsmodellen voor GIZ. Daarnaast zijn er echter weinig internationale praktijkvoorbeelden waar performantiemanagement uitgebreid is opgezet om inspiratie uit te putten voor het Belgische systeem.

Observaties en inzichten van sleutelfiguren in het Belgische zorg- en welzijnslandschap

- De meeste sleutelfiguren geven aan dit topic belangrijk te vinden an sich, maar ten opzichte van de andere topics geven ze dit als hefboom toch een lagere prioriteit. Dit wordt vnl. geweten aan de beperkte maturiteit van het topic. Zo zijn er **nog veel onduidelijkheden** over waar het **beleid** inzake performantie (maar ook inzake kwaliteit en evaluatie, dewelke nauw gelinkt zijn) naartoe gaat. De sleutelfiguren vragen hier naar duidelijke richting en visie op het topic, vooraleer verder actie te ondernemen. Dit heeft ook te maken met de invulling van geïntegreerde zorg; als er bijvoorbeeld nog onduidelijkheid is over wat er exact (of kwantitatief) wordt bedoeld met "patiënt centraal", dan is de performantie daarvan meten nog zeer moeilijk.

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 7: Performantie van het geïntegreerde zorgsysteem (2/2)

Observaties en inzichten van sleutelfiguren in het Belgische zorg- en welzijnslandschap (vervolg)

- Verder wordt ook **bezorgdheid** geuit over de **invulling en finaliteit** van performantiemanagement en kwaliteitsbeheer; nl. zal dit eerder een interne insteek krijgen waarbij vb. zorgprofessionals zelfevaluaties doen en/of wordt dit meer vanuit externe blik bekeken waarbij er evaluaties en mogelijks controles worden uitgevoerd. De tweede invalshoek wordt dan gelinkt met een mogelijk sanctiebeleid wat zenuwachtigheid creëert. Er werd door de sleutelfiguren geconcludeerd dat een balans zal nodig zijn tussen het monitoren enerzijds en het controleren anderzijds.
- Ook signaleren de sleutelfiguren **een link tussen performantie, doelstellingen en financiering**. Ze geloven dat initiatieven een grotere slaagkans in resultaat en verbetering hebben als indicatoren gelinkt zijn met zowel doelstellingen als financiering. Wanneer actoren bijvoorbeeld binnen een netwerk kunnen aantonen dat bepaalde doelstellingen behaald zijn (vb. door preventieve acties minder opnames), kunnen financiële (her)berekeningen voor het komend jaar m.b.t. de waarde van forfaits en/of prestaties plaatsvinden. Zo worden volgens hen actoren gestimuleerd om oplossingen te vinden voor problemen.
- Tot slot, zien de sleutelfiguren de grootste complexiteit in het ontsluiten van de nodige data om aan accuraat performantiebeheer te kunnen doen. Daarbij is de **link tussen performantiemanagement en IT & digitalisering zeer nauw**, maar ook dermate **ingewikkeld** dat dit een effect heeft op de tijdshorizon van implementatie. De sleutelfiguren lijken ervan uit te gaan dat het zetten van stappen voor dit topic daarom geen korte- maar wel een middel- tot lange termijnperspectief vraagt en moet uitgaan van het haalbare.

Ervaringen vanuit de praktijk nl. de drie projectgroepen (PG'en)

- **Alle PG'en**: ter aanvulling van de sleutelfiguren, geven de PG'en aan **geen terughoudendheid**/angst te ervaren voor de verdere ontwikkeling van intern performantiemanagement, metingen, evaluaties, … Meer zelfs, ze zijn **vragende partij** hiervoor aangezien dit hen ook inzicht zal geven in de mate waarin er positieve impact wordt gemaakt met hun eigen projecten/acties en ze dit vandaag nog ontbreken. Aanvullend zijn de PG'en nog op zoek naar relevante kwaliteitsindicatoren om hun werk op te volgen (een set van gemeenschappelijke kwaliteitsindicatoren ontbreekt volgens hen vandaag volledig), en **vragen** ze hiervoor **ondersteuning en begeleiding**; ze willen net inzicht krijgen in het topic, opleiding hierover ontvangen en leren hoe kwaliteitsindicatoren op te zetten en te interpreteren. Enkele van de deelnemers maakten tevens de brug tussen indicatoren en ook een bepaalde ambitie vooropstellen. Ze gaven mee het gevoel te hebben dat de lat/ambitie steeds lager lijkt te liggen, omdat het vooropstellen van doelen/normen ontbreekt. Door sommige projecten werd een voorkeur uitgesproken voor interne kwaliteitsopvolging versus externe controle.
- Hoewel er eensgezindheid was over het belang van performantie, waren er wel **uiteenlopende meningen over** de **prioriteit** en nodige snelheid van uitwerking. Er gaan stemmen op vanuit het ene uiterste nl. "we dienen eerst exact te weten waar we met geïntegreerde zorg naartoe wensen te gaan en pas in een later stadium denken we dan na over kwaliteit" (> vnl. de ELP medewerkers aangezien de uitrol van ELP nog pril is en ze eerst op zoek zijn naar een zekere vorm van stabiliteit alvorens aan performantiemanagement te starten). Dit versus het andere uiterste "we hebben nu al nood aan enkele heel concrete kwaliteitsindicatoren zoals X/Y/Z".
- Verder wordt ook vanuit de projectgroepen de link gemaakt met **data en digitalisering**; wanneer performantiemanagement ter sprake komt, wordt gedacht aan allerhande digitale tools, wat enerzijds als positief wordt verwelkomd maar anderzijds wordt ook gewaarschuwd voor **bijkomende administratieve overlast**.
- Tot slot, gaven bepaalde deelnemers van de workshops aan dat er voor de verdere uitwerking van performantie en kwaliteitsbeheer nood is aan **input vanuit objectieve hoek** (i.p.v. vanuit de projectgroepen zelf). Ze gaven aan dat een samenwerking met universiteiten rond dit topic waarschijnlijk het meest relevant zou zijn.

Conclusie

- Er lijkt hier wel verschil in ervaring en visie op te zijn vanuit het terrein vs. overheidsniveau: waar een terrein meer denkt vanuit verbetering van het eigen dagelijks werk, lijken andere visies eerder gelinkt te zijn aan evaluatie en controle op een macroniveau. Dat toont ook meteen aan waar het spanningsveld over dit topic zit.
- Sommigen, maar niet iedereen, zien hierin ook een link met een dashboard. Dit kan hierin een plaats krijgen, maar lijkt aanbeveling te verdienen om te starten met wat het terrein verder helpt. Het lijkt waarschijnlijk dat dit eerder een werk van jaren zijn.
- Om aan kwaliteitsopvolging te doen voor zowel zorg als welzijn, dienen ook indicatoren i.v.m. welzijn meegenomen te worden. Dit is voorlopig niet voorzien in het traject e-Gezondheid (door enkele sleutelfiguren aangehaald).

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 8: Invulling "patiënt centraal" en "empowerment": aanbod qua individuele en collectieve ondersteuning van een persoon in zijn/haar context (1/3)

Algemene beschrijving en wetenschappelijke inzichten

- Dit topic gaat gepaard met een zekere proces- en mentaliteitsverandering op verschillende niveaus binnen het zorg- en welzijnslandschap bevorderen (cfr. topic 5 cultuur). Meer bepaald doelen we op de evolutie van een eerder passieve rol van de persoon in zijn/haar context naar een meer **actieve rol als partner** binnen het zorg- en welzijnsproces. Deze evolutie gaat uit van het achterliggende idee dat de zorgvrager zichzelf het beste kent en recht heeft op een zekere controle over het gezondheids- en welzijnsproces dat hij ondergaat (ook wel patient empowerement genoemd). Dat betekent dat de zorgverlener niet langer (alleen) de controle vasthoudt, maar dit bewust deelt met de zorgvrager die dat wenst. Op die manier ontstaat een gelijkwaardige relatie tussen de zorgverstrekker en zorgvrager, waarbij de persoon/burger/patiënt centraal komt te staan als uitgangspunt van elk (zorg)proces.
- Het digitaal tijdperk waarin we leven, zorgt er de laatste jaren voor dat burgers steeds meer toegang hebben tot informatie waardoor ze vaardigheden ontwikkelen op het gebied van zorg en welzijn en vervolgens ook mondiger en kritischer zijn ten opzichte van de voorgestelde zorg en ondersteuning. Om te stimuleren dat het individu de gewenste zorg- en ondersteuning verkrijgt in relatie tot zijn/haar voorkeuren kan deze evolutie in de praktijk bekrachtigd en ondersteund worden op twee niveaus:
  - **Op individueel niveau** situeren zich acties die ervoor zorgen dat de burgers in hun kracht voldoende correct geïnformeerd worden over hun rechten (bv. op vlak van gegevensdeling), en over de opties waarover ze beschikken betreffende diensten en interventies gerelateerd aan zorg en welzijn. Zorg- en welzijnsverleners hebben de taak om personen goed te informeren en nauw te betrekken in hun proces. Zo kunnen personen weloverwogen beslissingen nemen over mogelijke acties op zorg- en welzijnsgebied, in samenspraak en met ondersteuning van de zorg- en hulpverlener. Zo kan een proces van gedeelde besluitvorming plaatsvinden en kunnen zorg- en levensdoelen voorop gesteld worden bij het bepalen van welke soort zorg het meest geschikt is en hoe die zorg verleend wordt (cfr. doelgerichte zorg [2]). Een wetenschappelijke studie toont bovendien aan dat in sommige gevallen het informeel netwerk (vanuit het perspectief van ouderen) de betrokkenheid stimuleert. Daarnaast wordt ook aangetoond dat de betrokkenheid van het informeel netwerk, hoewel belangrijk, geen substituut is voor de betrokkenheid van de patiënt zelf. [3]
  - **Op collectief niveau** (zorgorganisaties en –structuren) vinden acties plaats die de zorg- en hulpverleners en het informeel netwerk ondersteunen m.b.t. zowel het bewustzijn creëren als competentieontwikkeling (cfr. topic 3) over het feit dat de persoon recht heeft om betrokken te zijn in zijn/haar zorgproces en dat het belangrijk is om te luisteren naar de verwachtingen, wil, motivatie en ambitie van de patiënt en zijn omgeving. Daarnaast wordt ook ingezet op inclusie van het patiënten perspectief d.m.v. vertegenwoordiging op beleidsniveau door organisaties die patiënten vertegenwoordigen zoals het VPP, la LUSS en PRT of op locoregionaal niveau, bv door betrokkenheid in zorgraden (via de cluster Personen met een Zorg - en Ondersteuningsnood).
- Enkele **aandachtspunten** binnen dit topic:
  (1) Omgaan met de uitdagingen verbonden aan kansengroepen, diversiteit, multiculturaliteit, digitale inclusie, gezondheidsvaardigheden,… om alle burgers te kunnen bereiken en betrekken.
  (2) Rekening houden met de voorkeuren van de persoon in zijn/haar context m.b.t. de mate en bereidheid om betrokken te worden en deel te nemen in beslissingen. De literatuur toont onder andere aan dat in het geval van ouderen sommigen geen actieve rol willen spelen in hun eigen zorg en vertrouwen op hun mantelzorgers, anderen daarentegen zouden dan weer wel actief willen deelnemen aan beslissingen in hun zorgproces.[4]
- In de literatuur worden de effecten van de betrokkenheid van de persoon in zijn/haar context bij de zorg al verschillende jaren erkend. Deze kunnen op diverse niveaus (rechtstreekse zorg, organisatorisch design en governance en het beleid) en gradaties (ontvangen van informatie, betrokkenheid in het zorgproces en partnerschap/gedeeld leiderschap) voorkomen. De actieve betrokkenheid kan daarenboven een positieve impact hebben op bijvoorbeeld de gezondheidsuitkomsten, zelfredzaamheid, therapietrouw en de tevredenheid van de patiënt. [1]
- In de praktijk dragen verschillende initiatieven bij aan empowerment, nl. wet betreffende de rechten van de patiënt (2002) op het federaal niveau. Verwant aan deze wetgeving toont het onderzoek van Professor Herman Nys van het Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht aan dat de deelstaten binnen hun bevoegdheden hieromtrent gerelateerde initiatieven ondernemen, zoals bv. invoeren van specifiek klachtrecht van niet dringend-ziekenvervoer, in acht nemen van de regelgeving rond patiëntenrechten bij het verwerken van persoonsgegevens over gezondheid, omruilen van de passieve patiënt voor de actieve cliënt die zelf zijn zorgteam coördineert, etc.[5.]
- Andere acties (niet-exhaustief) geïnitieerd op federaal niveau: het persoonlijk gezondheidsportaal (cfr. actieplan e-gezondheid 2019-2021), het eerste en tweede meerjarige programma kwaliteit en patiëntveiligheid waarbinnen empowerment als belangrijk thema werd opgenomen en werd gemeten via PROMs/PREMs, het meerjarenplan 'informatie voor patiënt' met een focus op het brede en begrijpelijke informatie over het goed gebruik van geneesmiddelen gebruik, verschillende mobile health toepassingen die bijdragen aan empowerment (pilootproject kinesitherapie op afstand, pilootproject tele-expertise voor dermatologisch advies, pilootproject telemonitoring van COVID-19 patiënten in hun thuisomgeving), 12 pilootprojecten rond thuishospitalisatie, Het Fonds Dr. Daniël De Coninck ondersteunt initiatieven rond doelgerichte zorg in de eerste lijn …. en op deelstatelijk niveau: regelgeving omtrent ondersteuningsplan (bv. in jeugdhulp, gehandicapten, woonzorg, Patient Empowerment vzw, Konzept zur Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft, vivre l'autodétermination, één van de prioritaire actieprogramma's uit "Get up Wallonia" is "Verbetering van de integratie van alle Walen door de digitale fragmentatie te verminderen"….

hten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 8: Invulling "patiënt centraal" en "empowerment": aanbod qua individuele en collectieve ondersteuning van een persoon in zijn/haar context (2/3)

Observaties en inzichten van sleutelfiguren in het Belgische zorg- en welzijnslandschap (vervolg)

- Hoewel het merendeel van de sleutelfiguren dit topic als belangrijk beschouwen omdat geïntegreerde zorg vanuit dit topic vertrekt, wordt de concrete bijdrage van de sleutelfiguren hieraan lager en als niet evident ingeschat. Er heerst immers nog veel **onduidelijkheid en weinig consensus** over het begrip **'patiënt centraal':** verschillende beroepsgroepen interpreteren de term anders en sommigen verkiezen eerder voor 'patiënt in het netwerk' of ' actiënt' om de actieve betrokkenheid van de persoon meer te weerspiegelen.
- De evolutie richting de actieve betrokkenheid van een persoon in zijn/haar context is momenteel lopende, evenwel blijkt dat het nog veel tijd zal vergen vooraleer de cultuurverandering en mentaliteitswijziging gerealiseerd zijn. Ze geven onder andere aan dat de zorg- en hulpverleners momenteel meer 'over' dan 'met' de persoon in zijn/haar context praten en te veel verticaal werken wat op lange termijn de empowerment van de persoon in zijn/haar context kan verhinderen. Daarenboven moet de mate van betrokkenheid steeds een keuze blijven van het individu (en geen verplichting), stellen ze.
- **Op individueel niveau** signaleren de sleutelfiguren dat er nog meer aandacht moet zijn voor gezondheidsvaardigheden (health literacy) en de capaciteit van de persoon in zijn/haar context zelf. Ze opperen voor:
    1. Sensibilisering naar de persoon in zijn/haar context over empowerment en opleidingen voorzien hieromtrent (vb. opleiding voor ondersteunende digitale tools)
    2. Ondersteuning in: (a) keuzebegeleiding van behandelingen (b) het betrekken van verschillende kwetsbare groepen en (c) de rol van de patiënt bij gegevensdeling.
- **Op niveau van zorgorganisaties en -structuren** wordt tijdens de bevragingen aangegeven dat er meer aandacht nodig is voor:
    1. Meer transversaal werken (belang van netwerken) – link met gegevensdeling
    2. Procesgestuurde en doelgerichte zorg waarbij de focus (en financiële incentives) niet ligt op de uitkomsten maar eerder op het proces waarbij steeds vertrokken wordt vanuit de noden en doelen van de persoon (incl. een toolbox die personalisatie toelaat)
    3. Binnen bestaande opleidingen en vormingen voor professionals voldoende de empowerment van persoon in zijn/haar context aankaarten en nieuwe opleidingen aanbieden die empowerment stimuleren (vb. opleidingen over doelgerichte zorg).
    4. Communicatie onder de zorg- en hulpverleners over de noden en doelen van de persoon in zijn/haar context.

Ervaringen vanuit de praktijk nl. de drie projectgroepen (PG'en)

- **Voor alle PG'en:** Ondanks dat de mate van inzet op empowerment projectafhankelijk is, voert elke projectgroep verschillende acties uit gericht op het betrekken van de persoon in zijn/haar context (veelal ook in de vorm van opleidingen). De personen en/of zijn of haar naasten worden in de meeste gevallen **betrokken bij verschillende overlegstructuren** maar nog **te weinig bij beslissings- en beleidsstructuren.** De projectgroepen zijn zich dan ook bewust dat de gedragsverandering en cultuurshift richting 'actieve partner' nog niet ingeburgerd is in de dagelijkse manier van werken (en leven van de persoon in zijn/haar context). Hoewel het terrein veronderstelt dat ze de patiënt actief betrekken, wordt er in de realiteit nog te veel naast de persoon in zijn/haar context overlegd, afgesproken en gewerkt en lijkt de echte keuzevrijheid van de patiënt nog eerder beperkt.
- We zien bij de **P3 projecten en projecten GIZ** dat de digitale kloof een barrière vormt voor de betrokkenheid van kwetsbare doelgroepen die weinig tot niet digitaal geletterd zijn (vb. sommige ouderen). Het terrein geeft ook aan dat hiervoor maar een beperkt aantal trainingen en middelen beschikbaar zijn. Daarnaast wordt aangegeven dat vele ouderen binnen de P3 projecten het paternalistisch zorgmodel gewoon en willen eerder ontzorgd worden dan empowered. Ook binnen de **pilootprojecten GIZ** stellen ze vast dat niet iedereen geschikt is of openstaat om regie te nemen in zijn/haar zorgproces. Dit geeft aan dat een goede evaluatie van de voorkeuren van de ouderen, zoals eerder omschreven, cruciaal is.
- De projectgroepen opperen voor bijkomende **sensibiliteitscampagnes, een vereenvoudigde taal** (minder vakjargon), **opleidingen en vormingen rond empowerment** voor zowel de zorg- en hulpverleners als de persoon in zijn/haar context. We zien echter dat in de praktijk bestaande (onbewuste) gewoontes, de tijd, regelgeving en prestatiefinanciering de realisatie hiervan kunnen verhinderen. De toegevoegde waarde van het inzetten op empowerment wordt bovendien menigmaal onderschat doordat het veel tijd vraagt en het resultaat pas zichtbaar is op lange termijn.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 8: Invulling "patiënt centraal" en "empowerment": aanbod qua individuele en collectieve ondersteuning van een persoon in zijn/haar context (3/3)

Conclusie

- Er is een algemeen aanvoelen bij dit topic dat ondanks dat het belang ervan erkend wordt, er wellicht nog een weg af te liggen is om dit effectief te verankeren op zowel macro-, meso-als microniveau.

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 9: Inzet op gezondheidspromotie en ziektepreventie in kader van geïntegreerde zorg (1/2)

Algemene beschrijving en wetenschappelijke inzichten

- Om ervoor te zorgen dat een goede gezondheid van de bevolking behouden blijft en ziekten en/of complicaties van ziekten voorkomen kunnen worden, formuleren de verschillende overheden in België gezondheidsdoestellingen die als richtlijn kunnen dienen voor het (preventieve) gezondheidsbeleid. Het zijn specifieke, meetbare en algemeen aanvaarde doelstellingen die men beoogd in een bepaalde periode te realiseren om gezondheidswinst op bevolkingsniveau waar te maken.
- Acties in het kader van gezondheidspromotie en ziektepreventie kunnen verschillende vormen aannemen:[1,2]
    - **Primaire preventie:** activiteiten die een bepaald gezondheidsprobleem helpen te voorkomen (vb. gezondheidsvoorlichting en – promotie)
    - **Secundaire preventie:** activiteiten gericht op het vroegtijdig opsporen van ziekten zonder ziekteverschijnselen die vaak voorkomen en die een aanzienlijk risico vormen als er geen behandeling is (vb. bevolkingsonderzoeken voor dikke darmkanker, borstkanker etc.)
    - **Tertiaire preventie**: activiteiten m.b.t. zorg van chronische ziekten met het oog op het herstel, vermindering van gevolgen en vermijden van complicaties (vb. diabetescontrole, het managen van bloeddruk etc.)
    - **Quaternaire preventie**: maatregelen die worden genomen om overmatig en willekeurig gebruik van medische middelen door zorg- en hulpverleners en patiënten te voorkomen.
- In samenhang met topic 8 wordt bovendien in de wetenschappelijke literatuur aangetoond dat **programma's rond educatie en zelfmanagement** van de persoon in zijn/haar context een **positief effect** kunnen hebben op het **voorkomen en/of verminderen van ziekten**, bijvoorbeeld bij type 2 diabetes [3], COPD patiënten [4-6] en chronische aandoeningen [7-10]. Promotie, preventie en zelfmanagement zijn daarenboven binnen het Amerikaanse Kaiser Permanente model de basis voor de medische praktijk. Dit wordt ook weerspiegeld in hun motto *'keeping people healthy'*. De redenering hierachter is dat op die manier zoveel mogelijk vermeden ziektekosten herinvesteerd kunnen worden in andere noodzakelijke zorg voor de bevolking. Dit is mogelijk omdat Kaiser Permanente zowel een verzekeraar als zorgverlener is. De huidige situatie in België is echter verschillend van het Kaiser Permanente model. De organisatie en financiering van promotie en preventie situeren zich niet geheel onder één entiteit maar op verschillende beleidsniveaus.
- In de praktijk worden verschillende regionale initiatieven (niet-exhaustief) in het leven geroepen m.b.t. gezondheidspromotie en ziektepreventie: meerjarenbegroting (incl. gezondheidszorgdoelstellingen), de welgekende anti-rook campagne in België, 12 Pilootprojecten geïntegreerde preventie tegen burn-out, Plan mentale veerkracht op het werk, Plan de promotion et de prévention de la santé Horizon 2030, Plan promotion de la santé, Question santé, Fédération Wallonne de Promotion de la Santé, Centre Bruxellois de promotion de la Santé (CBPS), Vlaams Instituut Gezond Leven, Fédération bruxellois de promotion de la santé, Centres locaux de promotion de la santé, Locoregionaal gezondheidsoverleg (LOGO's),… Lokale besturen en organisaties staan dicht bij de burger waardoor ook zij kunnen bijdragen aan preventie (en toegankelijkheid van zorg).

Observaties en inzichten van sleutelfiguren in het Belgische zorg - en welzijnslandschap

- Hoewel sleutelfiguren duidelijk aangeven dat dit een belangrijk onderwerp is, wordt dit niet prioritair gezien als hefboom. Er is momenteel wellicht nog veel ruimte voor verbetering. De COVID-19 crisis heeft duidelijk aangetoond dat bepaalde groepen bijvoorbeeld niet bereikt worden. Bijkomend geven de sleutelfiguren aan dat bij een sterke digitale organisatie van het preventiebeleid rekening gehouden moet worden met digitale inclusie.
- Sleutelfiguren zijn van mening dat preventie de eerste stap is binnen de zorg en dus ingebed/geïntegreerd moet zijn in de reguliere zorg waarbij nieuwe rollen van bestaande functies ontwikkeld kunnen worden om in te zetten op preventie.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 9: Inzet op gezondheidspromotie en ziektepreventie in kader van geïntegreerde zorg (2/2)

Observaties en inzichten van sleutelfiguren in het Belgische zorg- en welzijnslandschap (vervolg)

- Verschillende ideeën rond preventie werden door de sleutelfiguren concreet toegelicht :
  - Sommigen verwijzen naar het '**proactief en outreachend werken**': bestaande organisaties (vb. ziekenfondsen) kunnen via de verkregen informatie van hun leden proactief identificeren wie de nodige zorg en ondersteuning niet ontvangt en de reden waarom niet. In samenwerking met andere meer lokale organisaties (vb. OCMW's, CAW's,…) kan er uitgereikt worden naar deze personen.
  - Anderen leggen uit dat **preventie op verschillende niveaus georganiseerd** kan worden:
    - Individueel niveau via multidisciplinaire praktijk met bijvoorbeeld diëtist, tabakoloog,…
    - Populatieniveau: preventie op locoregionaal niveau waarbij de focus bepaald wordt o.b.v. een omgevingsanalyse.
  - Binnen het geïntegreerd verhaal zien de sleutelfiguren een dergelijke **nood aan samenwerking** binnen de zorg en welzijn, alsook met v**erschillende domeinen** (scholen, sport…) waarbij eventueel welzijnsactoren de geschikte verbinding kunnen maken tussen zorg/welzijn en andere domeinen (cfr. topic 12).
- Tot slot geven de sleutelfiguren enkele succesfactoren aan : bijkomende middelen, aanpassing van de huidige financiering en het formuleren van duidelijke verantwoordelijkheden.

Ervaringen vanuit de praktijk nl. de drie projectgroepen (PG'en)

- De input van de projectgroepen omtrent dit topic is eerder beperkt, voornamelijk in het geval van de ELP projecten.
- Bij de pilootprojecten GIZ en P3 projecten merken we dat **een proactieve en outreachende aanpak kan leiden tot goede praktijken wat betreft preventie**:
  - Bij een pilootproject GIZ werken ze bijvoorbeeld met buurtreferenten en organisaties die wijkgericht bezig zijn. Met hun proactieve en outreachende manier van werken naar de buurt toe, dragen ze bij aan preventie. Bovendien zijn verschillende van de opleidingen die worden aangeboden (bv. in de vorm van een gezondheidsacademie) ook deels gericht op preventie.
  - In het geval van een P3 project gaan bepaalde zorg- en hulpverleners samen met de verpleegkundige op huisbezoek om een beter beeld te krijgen van de gezondheids- en leefomstandigheden van de patiënt. Op die manier kunnen ze eveneens (indien nodig) preventief te werk gaan.

Conclusie

- Hoewel iedereen het belang van dit onderwerp erkent en zelfs benadrukt, wordt er regelmatig naar teruggrepen als een mogelijk struikelblok; de vergelijking met buitenlandse voorbeelden zoals Kaiser Permante wordt vaak gemaakt, maar is moeilijk want België is fundamenteel anders qua financiering en staatsstructuur, ook al dient het uitgangspunt uiteraard een gezondheidswinst te zijn op populatieniveau, ongeacht waar de financiering vandaan komt of waar ze naartoe stroomt. Het wordt dus allicht zoeken naar een aanpak op maat van deze Belgische context.
- De gekende acties worden veelal gekoppeld aan "outreachende" methodieken (vb. bepaalde campagnes), hetgeen vooral op overkoepelend overheidsniveau kan getrokken worden.
- Een andere sleutel die in dit kader mogelijks verder kan worden onderzocht, ligt in verdere samenwerking overheen verschillende domeinen in een hele lokale modus. Dit zal bijgevolg een samenwerking met lokale besturen vergen.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 10: Digitale tools ter ondersteuning van het zorgproces: elektronisch delen van gegevens en een digitaal platform voor multidisciplinaire samenwerking (1/3)

Algemene beschrijving en wetenschappelijke inzichten

- In een moderne gezondheidszorg zijn digitale tools ter ondersteuning van het zorgproces niet meer weg te denken. Zo kunnen digitale instrumenten het zorgplanningsproces faciliteren, de levens- en zorgdoelen capteren en opvolgen in een zorgplan, alsook geïntegreerde toegang tot informatie mogelijk maken. Er kan daarbij een onderscheid gemaakt worden tussen drie types instrumenten:
  - Een overkoepelend digitaal platform voor samenwerking en communicatie tussen het zorgteam, namelijk zorgprofessionals, informele zorgverleners en de patiënt
  - Een performant geïntegreerd elektronisch patiëntendossier (“I-EHR, Integrated Electronic Health Reccord ”)
  - Een dashboard dat secundair gebruik van ‘real world data’ toelaat voor o.a. populatiemanagement, onderzoek, kwaliteitsopvolging en beleid
- Dergelijke digitale tools kunnen als **brug** dienen om de **samenwerking en gegevensdeling tussen** de verschillende betrokken **sectoren** (zorg, welzijn, …) te **faciliteren**. Dit op sector niveau maar ook op microniveau waarbij multidisciplinaire zorgteams gezondheids(zorg)informatie delen en kunnen inkijken, bijwerken en hergebruiken. Let wel, het opzetten van dergelijk instrument zal zowel inhoudelijke als technische inspanningen vereisen waarvoor een bepaalde tijdshorizon noodzakelijk is. Voorbeelden van technische uitdagingen zijn dataopslag, onderhoud, interoperabiliteit tussen systemen, patiënten toegang, regelgeving, GDPR/privacy, … Om deze uitdagingen aan te pakken, dienen vaak nog een aantal principiële beslissingen genomen te worden op vlak van financiering, gegevensbeheer, toegang, …
- In het meest recente **actieplan e-Gezondheid** worden een aantal cruciale elementen hiervoor beschreven die uitgevoerd zullen worden tussen oktober 2022 en 2024. De twee belangrijkste concepten hierin zijn het “Belgian Integrated Health Record” (BIHR) dat zal dienen als het referentiekader voor de ondersteuning van geïntegreerde en multidisciplinaire zorg en het secundair gebruik van gegevens, dat gefaciliteerd zal worden door de Health Data Agency (HD Agency). Voor het programma van de HD Agency wordt een afzonderlijk actieplan opgemaakt.
- In het federale actieplan e-Gezondheid staan een **heel aantal initiatieven** beschreven die digitalisering en gegevensdeling in de zorg zullen stimuleren, waaronder VIDIS, een virtueel, geïntegreerd medicatie dossier, een beslissingsondersteunend platform voor medische interventies, de digitale integratie van Belrai, het project 4.2 multi-disciplinaire functionaliteiten (op federaal niveau) en het project digitaal zorg- en ondersteuningsplan (DZOP, op Vlaams niveau), verbeteren van toegang tot eigen gezondheidsgegevens voor de patiënt d.m.v. de evolutie van de huidige ‘Personal Health Viewer’ naar een ‘Personal Health Record’, het Wallonië burgerplatform (omvat verschillende projecten),… De Duitstalige gemeenschap onderschrijft het actieplan eGezondheid en zal eigen projecten baseren op de resultaten van het actieplan. Op Brussels niveau zijn er nog initiatieven lopende zoals de multidisciplinaire kluis (Brusafe) en het Brussels gezondheidsnetwerk (RSB).
- Naast de bestaande overheidsinitiatieven, worden er ook door universiteiten en bedrijven digitale applicaties ontwikkeld. Een voorbeeld hiervan is de barometer voor huisartsen die ontwikkeld werd aan de KU Leuven tijdens de COVID-19 pandemie en nu wordt uitgebreid naar het ziektedomein van diabetes en naar antibioticagebruik. De doelstelling van dit instrument is het monitoren van de gezondheid en kwaliteit van zorg op niveau van een huisartsenpraktijk. In de toekomst zou dit project kunnen worden uitgebreid om data te ontsluiten naar andere zorgprofessionals en data (geaggregeerd) te hergebruiken op mesoniveau in kader van populatiemanagement.
- Naast de initiatieven in ontwikkeling (soms op meerder niveaus), gaat het terrein in afwachting vaak al aan de slag met bepaalde instrumenten die communicatie en gegevensdeling kunnen faciliteren. Op deze manier bestaat het **risico voor een wildgroei aan instrumenten** in de praktijk.
- De **wetenschappelijke literatuur** geeft aan dat er vandaag een veelheid aan digitale tools bestaan, maar dat hier nog een aantal **uitdagingen** mee gepaard gaan. Zo is de interoperabiliteit niet steeds vanzelfsprekend, net zoals de integratie van gegevens, het toegangsbeheer en de datakwaliteit. Desondanks deze uitdagingen wordt de digitale transformatie in de gezondheids- en zorgsector als cruciaal beschouwd. Zo zijn er ook vanuit **Europa 3 prioriteiten** naar voor geschoven op vlak van digitalisering in de gezondheidszorg: (1) veilige toegang van burgers tot hun gezondheidsgegevens, (2) gepersonaliseerde geneeskunde via gedeelde Europese gegevensinfrastructuur en (3) empowerment van burgers met digitale instrumenten[1]. Ook zijn er verschillende globale trends gedefinieerd in de digitalisering van gezondheidszorg zoals big data, virtual reality, draagbare medische apparaten (“wearables”), etc[2-5]. Het Belgisch welzijn- en gezondheidszorg-landschap kan er baat bij hebben te zoeken naar de relevante toepassingen van deze trends.
- Tot slot is ook de nodige **competentieontwikkeling** omtrent het omgaan met digitale tools belangrijk, zowel voor professionals als voor burgers. **Digitale inclusie** om ervoor te zorgen dat ook kwetsbare groepen toegang hebben tot digitale infrastructuur is volgens de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling cruciaal[6].

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 10: Digitale tools ter ondersteuning van het zorgproces: elektronisch delen van gegevens en een digitaal platform voor multidisciplinaire samenwerking (2/3)

Observaties en inzichten van sleutelfiguren in het Belgische zorg- en welzijnslandschap (vervolg)

- De sleutelfiguren schuiven dit topic (bijna) unaniem naar voor als **absoluut cruciaal** voor de verdere evolutie naar GIZ ("is een no-brainer"); tegelijkertijd wordt bijna in één adem vermeld dat de **digitale tools als middel** dienen te worden bekeken en niet als doel op zich. Enkele sleutelfiguren gaan nog verder en zeggen dat de evolutie naar GIZ niet mogelijk is zonder digitale tools.
- Onder de sleutelfiguren heerst nog **onduidelijkheid over** wie de **initiatiefnemer** dient te zijn voor dit topic. Volgens meerdere sleutelfiguren dient het federale niveau hierin de leiding te nemen (en dienen alle instrumenten op een federaal platform aan te sluiten), andere sleutelfiguren kijken dan weer naar de deelstaten zelf. Waar wel consensus over bestaat is dat de huidige veelheid aan initiatieven contraproductief is, men heeft **nood aan interoperabiliteit** (nl. systemen die met elkaar kunnen "praten") waardoor communicatie en gegevensdeling kunnen gefaciliteerd worden.
- Sleutelfiguren geven aan dat er reeds verschillende initiatieven lopende zijn en waarschuwen voor het **verliezen in een veelheid aan tools**. Dit kan ook verwarring creëren voor de patiënt, bijvoorbeeld door de vele platformen (vb Mynexuz, Cozo, Helena, mijngezondheid,…) die beschikbaar zijn voor de burger om gegevens te raadplegen. Een sleutelfiguur haalt aan dat het meer impact kan hebben om **één naar behoren werkende tool volledig te operationaliseren** i.p.v. verschillende instrumenten te creëren dewelke allen steeds in opbouw blijven, zoals momenteel het geval lijkt. Dit zorgt voor frustratie, ongeduld, moedeloosheid en demotivatie. De sleutelfiguren zien namelijk een schat aan gegevens en data die vandaag de dag nog onderbenut blijven.
- Belangrijk volgens de sleutelfiguren is ook het **doel van de digitale tools voorop te stellen**, nl. het bevorderen van samenwerking, het monitoren van performantie, stimuleren van coördinatie, toepassen van risicostratificatie, delen van gegevens (ook over beroepsgroepen heen vb. artsen, ziekenhuizen, apothekers, thuisverpleegkundigen, …). Om deze issues aan te pakken wordt snel naar digitalisering en instrumenten gekeken, maar er wordt ook aangegeven dat het belangrijk is om **in parallel de "toolisatie" ook kritisch in vraag te stellen**. Zo kunnen eigen ervaringen en het aanpassen van de manier van werken (vb gebruik maken van overleg) evenveel effect hebben.
- Tot slot geven de sleutelfiguren aan dat de **uitdagingen** niet te onderschatten zijn, zowel op vlak van instrumenten als op vlak van gegevensdeling (incl. privacy, GDPR, …). Maar, een echte sprong op vlak van digitalisering zal nu eenmaal een (noodzakelijke) investering vergen in tijd, inspanningen en financiële middelen, aldus de sleutelfiguren. Daarbij mag vnl. de integratie (zowel klinisch als op vlak van IT) niet ontbreken als men wil tegemoet komen aan de uitdagingen van morgen. Er zal daarbij moeten worden afgesproken hoe actoren (vb. ook verzekeringsinstellingen en IMA) kunnen omgaan met de veelheid aan gegevens die zij ter beschikking hebben; een sleutelfiguur geeft zelf aan "het zou bijna onethisch zijn om niets te doen met de berg aan data waarover wij beschikken".

Ervaringen vanuit de praktijk nl. de drie projectgroepen (PG'en)

- Alle PG'en: geven aan dat er vandaag véél systemen/platformen/tools/applicaties in voege zijn, maar dat net de **samenhang en connectie tussen deze tools ontbreekt**. Vanuit dit oogpunt geven de PG'en aan dat er nog veel verbetering mogelijk is en dit een noodzakelijke factor is om tot geïntegreerde zorg te kunnen komen.
- In de praktijk hebben de PG'en nood aan verschillende zaken:
  - Op **macroniveau**: data-uitwisseling niet enkel realiseren tussen professionals, maar dat ook tussen het beleidsniveau en het terrein, namelijk door het secundair gebruik van data om de samenwerking te bevorderen en om beslissingen te baseren op de beschikbare data, bijvoorbeeld op vlak van populatiemanagement, kwaliteitsopvolging,… .
  - Op **mesoniveau**: een praktisch informatie- en kennisdelingsplatform, waarbij zowel beleidsdomein welzijn als zorg data aanleveren om een compleet beeld te creëren bij bepaalde personen of groepen. Dit ontbreekt vandaag nog volledig. Daarbij is wel een bepaalde paradox aanwezig: de meerderheid van de zorgprofessionals is absoluut vragende partij voor een instrument voor gegevensdeling, maar zijn terughoudend bij het delen van eigen data omwille van privacy/ GDPR en onduidelijkheid over (gedeeld) beroepsgeheim.
  - Op **microniveau**: vandaag zoeken de PG'en nog naar instrumenten die informatie bevatten over welke zorgprofessionals er betrokken zijn bij een individuele patiënt waarmee ze dus kunnen communiceren en informatie delen met het oog op een betere patiëntervaring. Tot op heden vinden de PG'en geen instrument dat hieraan beantwoordt.
- Tot slot geven de PG'en duidelijk aan naar de overheid te kijken om de drijvende kracht te zijn om verdere digitalisering te verwezenlijken en het naast elkaar bestaan van teveel gelijkaardige instrumenten te vermijden.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 10: Digitale tools ter ondersteuning van het zorgproces: elektronisch delen van gegevens en een digitaal platform voor multidisciplinaire samenwerking (3/3)

Conclusie

- Er worden zeer duidelijke noden omtrent dit topic geformuleerd uit alle hoeken en er wordt ook aangegeven dat stappen vooruit hieromtrent de toepassing GIZ in de praktijk ten goede kan komen – zie ook hoofdstuk 4, zoom in op instrumentarium. Er lijkt ook reeds erg veel lopend te zijn in andere initiatieven, die mogelijks tegemoet kunnen komen aan die noden. We merken echter ook een reflex bij de stakeholders om zelf pragmatisch naar (digitale) oplossingen te zoeken als blijkt dat de huidige tools niet (snel of performant genoeg) al ter beschikking te zijn. Tegelijk is er toch een vraag naar inperking van wildgroei van de verschillende tools.
- Het feit dat er wellicht een aantal noden afgedekt worden in andere initiatieven is enerzijds een opportuniteit om daar vooral op in te haken; anderzijds betekent dat ook een cruciale afhankelijkheid voor dit traject. Bovendien is een risico van meerdere initiatieven dat er geen afstemming is of juist dat er overlap is, wat niet enkel onduidelijkheid op het terrein zou creëren, maar ook een suboptimale besteding van financiële middelen zou kunnen inhouden.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

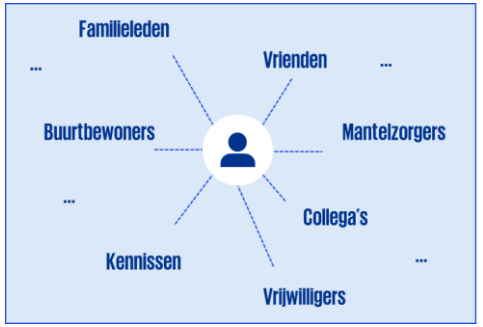
Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 11: Ondersteuning van het informeel netwerk van een persoon in zijn/haar context zowel op individueel als op groepsniveau (1/2)

Algemene beschrijving en wetenschappelijke inzichten

- Het informeel netwerk kan worden beschreven als een verzameling van mensen uit de context / (directe) omgeving van een persoon. We denken hierbij bijvoorbeeld aan o.a. mantelzorgers, familieleden, vrijwilligers, buren, vrienden, collega's, kennissen, … en anderen met wie de persoon een vertrouwensrelatie heeft. Tijdens een zorgproces kan het informeel netwerk een belangrijke rol spelen voor de persoon in kwestie. Zo is het **informeel netwerk** in grote mate mee bepalend voor het **vermogen/capaciteit** van ons Belgisch zorg- en welzijnssysteem.
- Door de epidemiologische verandering naar meer en meer chronisch zieken en multimorbiditeit, zal het **belang van ondersteuning** en de bijdrage van het informeel netwerk **sterk blijven toenemen.** De overheid kan hierin een rol opnemen om de informele netwerken te versterken. Dit is een uitdaging, maar van cruciaal belang.
- De ondersteuning van het informeel netwerk van een persoon in zijn/haar context is nodig opdat de actoren binnen dit netwerk actief hun bijdrage optimaal kunnen blijven leveren en een goed evenwicht kunnen vinden met hun sociaal en professioneel leven. Uit een wetenschappelijke studie blijkt immers dat individuen tevreden waren met hun zorg en ondersteuning, maar dat ze niet genoeg hulp kregen doordat hun mantelzorgers wegens tijdgebrek, geografische afstand en uitputting niet altijd voldoende zorg en steun konden bieden[1].
- Belangrijk om te vermelden is dat een informeel netwerk vaak zeer **belangrijk** is **voor kwetsbare groepen**, niet enkel om mee zorgtaken op te nemen maar ook vanuit meer sociaal oogpunt, nl. om zelfredzaamheid te stimuleren, sociaal isolement tegen te gaan, etc. Echter, het netwerk van kwetsbaren is vaak onbestaande of zeer beperkt. Ondersteuning hierbij is dus noodzakelijk.

Informeel netwerk



- Ondersteuning van het informeel netwerk kunnen we onderscheiden op twee niveaus:
  - Op individueel niveau, nl. voor vb. mantelzorgers: het ter beschikking stellen van begrijpbare informatie die eenvoudig terug te vinden is, over de zorg van een persoon, maar ook de rechten waarover het netwerk beschikt, etc. Net zoals in topic 8, speelt ook hier het concept van gezondheidsvaardigheden (health literacy) een belangrijke rol: in staat zijn informatie en diensten gerelateerd aan zorg en welzijn te vinden, te begrijpen en te gebruiken om voor anderen (en zichzelf) beslissingen en acties op gezondheidsgebied te nemen.
  - Op collectief niveau: de nodige erkenning en maatregelen om de draagkracht van deze personen te behouden of optimaliseren (vb. verlof voor mantelzorgers, mantelzorgpremie,…), alsook de nodige betrokkenheid binnen het zorg- en ondersteuningsproces van een individu.
- In de evolutie naar GIZ zal het belangrijk zijn om zowel de **formele zorg** (nl. de zorgprofessionals, ziekenhuizen, … ook wel de "bovenbouw" genoemd) te versterken alsook de **informele zorg** (of de "onderbouw"). Hierbij is ook de **samenwerking** en kennisuitwisseling tussen beide groepen belangrijk.
- In de praktijk komt deze ondersteuning tot uiting bij de volgende initiatieven (niet-exhaustief): Vlaams Mantelzorgplan 2.0, Projet: Accompagnement des Aidants-Proches de personnes âgées en perte d'autonomie, Vlaams digitaal zorg- en ondersteuningsplan (aangezien idee is dat informeel netwerk hiervan gebruik zal kunnen maken), Plates-formes de soins palliatifs / palliatieve netwerken en samenwerkingsverbanden, Services intégrés de Soins à Domicile (SISD), SAM Netwerk, Bruxelles Région Aidante, Zorgzame buurten, CLLS in Brussel, Innovatieve projecten (zoals Bras Dessus Bras Dessous, Accolage, Citisen,…) …

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 11: Ondersteuning van het informeel netwerk van een persoon in zijn/haar context zowel op individueel als op groepsniveau (2/2)

Observaties en inzichten van sleutelfiguren in het Belgische zorg- en welzijnslandschap

- De sleutelfiguren signaleren over het algemeen dat de ondersteuning van het informeel netwerk **zeer belangrijk** is vermits ons zorgsysteem niet over voldoende middelen en zorgcapaciteit beschikt om alle zorg professioneel op te nemen. Toch moet hier een **zekere nuance** gelegd worden: niet alle zorg en ondersteuning kan immers afgeschoven worden op de persoon en zijn/haar netwerk want het professioneel netwerk blijft volgens hen belangrijker. Er moet immers ook zonder het informeel netwerk voldoende zorg aangeboden kunnen worden want sommige mensen hebben geen of slechts een beperkt informeel netwerk rondom zich. Met dit in het achterhoofd dient het **informeel netwerk complementair te zijn aan het netwerk van professionals** (en geen substituut). De personen die deel uitmaken van het informeel netwerk kunnen zowel familieleden als buren zijn (cfr. topic 12). Het netwerk wordt door de sleutelfiguren beschouwd als een complex gegeven: verschillende mensen nemen diverse rollen op binnen het netwerk.
- Hoewel er consensus is over het belang van ondersteuning van het informeel netwerk, wijzen de sleutelfiguren erop dat er vandaag slechts **beperkte middelen en tijd beschikbaar zijn** om hierin te investeren, ze zien nochtans nog veel groeipotentieel:
  - **Op individueel niveau** signaleren ze dat er voldoende aandacht moet zijn voor health literacy, het informeren van de mantelzorgers over zowel hoe ze moeten omgaan met bepaalde chronische aandoeningen als hun rechten m.b.t. bepaalde (financiële) incentives, het evalueren van de draaglast van de mantelzorgers d.m.v. bevragingen, etc.
  - **Op het niveau van zorgstructuren en -organisatie** zijn de sleutelfiguren van mening dat informele zorg voor een groot stuk deel uitmaakt van onze gezondheidszorg waardoor ze structureel ingekanteld moet worden in het systeem. Mantelzorgers dienen voldoende betrokken te worden bij besprekingen op het microniveau en moeten samengebracht worden om ervaringen en kennis onderling te kunnen delen. Om voldoende ondersteuning te kunnen bieden op dit niveau is er een duidelijke nood aan een faciliterende rol van de overheid op vlak van (financiële) ondersteunende maatregelen (vb. mantelzorg tijd laten meetellen voor pensioen, uitbreiding verloven….).

Ervaringen vanuit de praktijk nl. de drie projectgroepen (PG'en)

- De **input** van de projectgroepen omtrent dit topic is eerder **beperkt** doordat dit topic kadert onder de Scirocco dimensie 8: 'zelfregie en empowerment' en de focus door de projectgroepen eerder gelegd werd op de empowerment en zelfregie van de persoon in zijn/haar context dan van het informeel netwerk.
- Ondanks de beperkte input, is het duidelijk dat er **wel degelijk enkele acties** binnen de projectgroepen **ondernomen worden op vlak van de ondersteuning van het informeel netwerk**. Binnen de P3 projecten werd er bijvoorbeeld collectieve actie ondernomen om (na)zorg te kunnen bieden aan mantelzorgers na het overlijden van de persoon in zijn/haar context. Daarnaast werken de projecten ook samen met mantelzorgverenigingen voor het organiseren van vormingen ter ondersteuning van de mantelzorgers en worden vragenlijsten afgenomen om de draaglast van het informeel netwerk te evalueren. De projecten geven echter aan dat het informeel netwerk deze vragenlijsten niet altijd waarheidsgetrouw invullen uit angst voor de gevolgen (vb. dat het individu niet meer thuis zou kunnen blijven wonen).
- Tot slot, geven de pilootprojecten GIZ en P3 projecten aan dat mantelzorgers **meer betrokken moeten worden in werkgroepen** maar dat dit mogelijks verhinderd wordt door het veelgebruikte **vakjargon**, **werkdruk** en **gebrek aan tijd en ruimte**. Ook de **regelgeving blokkeert** het informeel netwerk (alsook de professionals) om de keuzes van de persoon in zijn/haar context volledig te kunnen volgen.

Conclusie

- Komt overeen met topic 8, nl. er is een algemeen aanvoelen bij dit topic dat ondanks dat het belang ervan erkend wordt, er wellicht nog een weg af te liggen is om dit effectief te verankeren op zowel macro-, meso-als microniveau.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 12: Zorg en welzijn in een bredere context (1/2)

Algemene beschrijving en wetenschappelijke inzichten

- Het optimaliseren van de **levenskwaliteit** is niet strikt beperkt tot gezondheidszorg, maar omvat ook de persoonsgerichtheid van de zorg. Meer bepaald tonen verschillende theoretische modellen (cfr. piramide van Maslow[1] en Health Field Model van Lalonde[2]) immers aan dat **de gezondheidstoestand van individuen grotendeels samenhangen** met een reeks **niet-medische determinanten**, zoals mentaal welzijn, sociale ondersteuningsnetwerken, onderwijs, werkgelegenheid, huisvesting, omgevingsfactoren (luchtkwaliteit, geluid, …), etc.[3]
- Met bovenstaande indachtig, is het dus logische dat gezondheidszorg wordt benaderd vanuit een bredere bril, nl. weg van het vernauwde perspectief van patiënten, professionals en net richting het verbreden van **proces van zorg naar de integratie met welzijn**, alsook met **andere domeinen** zoals werk, wonen, onderwijs, cultuur en sport…. Meer concreet wil dit zeggen dat men gezondheidsbeleid ook opneemt overheen beleidsdomeinen en –niveaus. Dit concept wordt ook wel ***health in all policies*** genoemd en is een aanpak die ook de WHO promoot.
- Vandaag wordt er in de praktijk gaandeweg steeds meer ingezet op de integratie van zorg en welzijn via het gezondheidsbeleid van lokale besturen (vb. initiatief 'gezonde gemeente' van het Vlaams Instituut Gezond Leven) en buurtprojecten (vb. projecten 'zorgzame buurten' in Vlaanderen, Les Contrats Locaux Social-Santé (CLSS) in de 9 wijken in het Brusselse Gewest) maar ook via geïntegreerd breed onthaal (GBO).

Observaties en inzichten van sleutelfiguren in het Belgische zorg- en welzijnslandschap

- Het merendeel van de sleutelfiguren geeft aan dat ze **voorstander zijn van de integratie van zorg en welzijn** en zelfs een meer holistische benadering van health in all policies ook ondersteunen**.**
- Verder erkennen de sleutelfiguren ook de **nood aan afspraken over de reikwijdte van zorg en welzijn**. Daarbij horen we voorstanders die benadrukken dat vb. in het kader van geestelijke gezondheidszorg de betrokkenheid van andere domeinen bij zorg als cruciaal wordt ervaren. Maar andere stemmen geven dan weer aan dat de focus van hervormingen en optimalisaties eerst dient te liggen op de integratie van zorg en welzijn zelf vooraleer ook nog eens ander domeinen (zoals onderwijs, werk, wonen,…) te betrekken.
- **De lokale besturen** kunnen in dit verhaal een belangrijke rol spelen. Dit blijkt uit de verschillende voorbeelden die door de sleutelfiguren werden toegelicht om zorg en welzijn in een bredere context te stimuleren en realiseren, nl. meer inzetten op:
    - Het stimuleren en sensibiliseren van gemeentes over de vele zaken die een invloed hebben op de gezondheid van hun inwoners;
    - Het voorzien van opleidingen voor lokale besturen om te werken rond gezondheid ondanks ze hiervoor geen rechtstreekse verantwoordelijkheid hebben (maar kan dus wel indirect via mobiliteit, vrije tijd invulling, natuurrijke omgeving, publieke ruimte, …);
    - Het benadrukken van de rol die welzijnsactoren, en zeker diegene op lokaal niveau vb. OCMW's (zie ook topic 9), kunnen opnemen om net verbinding te maken met andere domeinen;
- Tot slot geven de sleutelfiguren aan dat de samenwerking tussen zorg en welzijn kan gefaciliteerd worden door gegevensdeling via digitale tools (cfr. topic 10) maar ook in vaardigheden en competenties (cfr. topic 3). Hier komt het debat over de grenzen van (gedeeld) beroepsgeheim wederom naar boven.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 12: Zorg en welzijn in een bredere context (2/2)

Ervaringen vanuit de praktijk nl. de drie projectgroepen (PG'en)

- De input van de projectgroepen omtrent dit topic is eerder beperkt.
- Vanuit de P3 projecten wordt aangegeven dat de projecten nu voornamelijk gericht zijn op zorg en het welzijnsaspect nog ontbreekt. Ze wijten dit aan het afhaken van verschillende partners doorheen de jaren (mogelijks door de vele veranderingen). Echter, er zouden wel nog verschillende communicatiekanalen en (informele) netwerken bestaan waarop beroep kan gedaan worden om de samenwerkingen terug aan te halen.
- Daarnaast tonen de pilootprojecten GIZ/ELP aan dat hoewel de **betrokkenheid van andere domeinen** dan zorg en welzijn eerder **beperkt is** (omwille van de meer recentelijke focus hierop), ze zich wel bewust zijn van de **meerwaarde hiervan**. Net zoals aangegeven door de sleutelfiguren erkent men hier ook het belang van de samenwerking met de lokale besturen (die soms vertegenwoordigd zijn in de stuurgroep) en zijn er binnen verschillende projecten reeds initiatieven in samenwerking met jeugd- en sportclubs en scholen / CLB opgezet (bv. in het kader van vindplaatsgericht werken probeert men aanwezig te zijn in bibliotheek, jeugdhuis enz.)

Conclusie

- Voor dit onderwerp geldt iets gelijkaardigs als voor topic 9: het belang wordt breed erkend en er wordt vooral geopperd om samenwerkingsafspraken rond te maken. Er is evenwel nog wat verdeeldheid over wanneer dit best gebeurt (in relatie tot het aanpakken van andere topics), nl. ofwel van in het begin brede afspraken maken of juist eerst focussen op andere zaken en pas dan breder gaan.
- Gezien het belang van lokale toepassing met expliciete aandacht voor een holistische benadering op zorg én welzijn, zou hier eveneens een samenwerking met i.h.b.z. lokale besturen een piste kunnen zijn.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 13: Integratiemanagement (1/3)

Algemene beschrijving en wetenschappelijke inzichten

- Het evolueren naar geïntegreerde zorg zal inherent meer samenwerking vereisen. Dit zal zowel op niveau van multidisciplinaire teams nodig zijn, alsook op eerder organisationeel en structureel niveau. In kader van dit project situeren we het faciliteren van dergelijke samenwerking als “integratiemanagement”. Meer bepaald kunnen we dit omschrijven als een proces dat verschillende opdrachten omvat die gericht zijn op de ondersteuning en aansturing van de implementatie van geïntegreerde zorg.
    - Enerzijds zien we integratiemanagement structureel/organisationeel; dit topic hangt nauw samen met topic 1 (locoregionaal niveau) aangezien er net op dit locoregionale niveau ook nood zal zijn aan doorgedreven integratiemanagement om de evolutie naar GIZ te versterken. Zo zal er moeten worden onderzocht of er nood is aan een “orgaan” dat eventueel zal instaan voor de samenwerking van de verschillende actoren op locoregionaal niveau (en op andere niveaus), welk soort orgaan dit dan mogelijks kan zijn, of integratiemanagement niet eerder een rol is, hoe er structureel in de verschillende organisaties aspecten kunnen worden ingebouwd die de samenwerking stimuleren, hoe de samenwerking tussen niveaus kan worden verankerd, etc.
    - Anderzijds zien we dit cultuurmatig; integratiemanagement bevat ook activiteiten gerelateerd aan verandermanagement, organisatiemanagement, verbinding en samenwerking, … dit alles om de evolutie naar GIZ mogelijk te maken en te doen “landen” bij alle stakeholders.
- Uit bovenstaande kunnen we tevens afleiden dat integratiemanagement indirect ook voortkomt uit het geheel van alle voorgaande inhoudelijke 13 topics. Zo zal de optelsom van zowel optimalisaties aan financiering, locoregionaal niveau, digitalisering, … er toe leiden dat er wordt ingezet op de letterlijke integratie van de evolutie naar geïntegreerde zorg.
- In de literatuur zien we verschillende **internationale voorbeelden** waarbij er organisaties zijn opgezet die de verantwoordelijkheid krijgen om zorg en welzijn aan te sturen en te integreren (en op die manier dus het luik integratiemanagement opnemen). Hierbij moeten we rekening houden dat de volgende voorbeelden beschikken over een andere financiering, staatsstructuur,… en dus eerder ter inspiratie dienen i.p.v. rechtsreeks vergelijkingsmateriaal zijn voor de situatie in België:
    - In de Verenigde Staten - **Accountable Care Organizations (ACO)**: een groep van artsen, ziekenhuizen en andere zorgverleners die gezamenlijk vrijwillig zorg coördineren voor een afgebakende groep mensen (gedekt door Medicare) met als doel tijdige en gepaste zorg te bekomen voor deze populatie. De eventueel uitgespaarde middelen zullen door de ACO verdeeld worden in het Medicare programma.
    - In het Verenigd Koninkrijk - **North West London Integrated Care System (ICS)**: het Verenigd Koninkrijk werd in April 2022 opgedeeld in 44 geografische ‘integrated care systems’. Binnen elke ICS is een Integrated Care Partnerschip aanwezig waarin zowel de NHS als de lokale besturen en vrijwilligerssector zetelen en deze de zorgstrategie voor de ICS bepalen.
    - In Nederland - **Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS)**: In Nederland bestaan er 14 ROS-netwerken die instaan voor een krachtige organisatie van de eerstelijnszorg in een afgebakende regio. De ROS–netwerken zijn vergelijkbaar met de eerstelijnszones in Vlaanderen en dekken het gehele Nederlandse gebied. Het integratiemanagementteam van een ROS bestaat uit een gemengd team van ongeveer 20-30 medewerkers, waarin o.a. een directeurs, adviseurs /consultants, office managers en een secretariaat zitten.
    - Andere internationale voorbeelden: Health Maintenance Organisations, Kaiser Permanente, Geisinger Health System en integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal[1].
- In de praktijk werd er in Vlaanderen door het consortium van het pilootproject geïntegreerde zorg Zorgzaam Leuven een ‘integrator’ opgericht in 2017 opdat geïntegreerde zorg beter zou landen in de regio van Leuven. In dit voorbeeld wordt de ‘integrator’ gedefinieerd als “*een steeds groeiende groep van personen (momenteel meer dan 40 personen) die zich vanuit de partnerorganisaties van het project inzetten om zorgactoren te mobiliseren om deel te nemen aan geïntegreerde zorg. Het is een groep ambassadeurs en trekkers die een vertegenwoordigende rol opnemen in verschillende structuren en overlegorganen”.* Deze organen staan in dit voorbeeld in voor het ontmoeten, enthousiasmeren, wegwerken van weerstanden en engageren van betrokkenen.

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 13: Integratiemanagement (2/3)

Observaties en inzichten van sleutelfiguren in het Belgische zorg- en welzijnslandschap

- De sleutelfiguren geven een **duidelijke nood en belang** aan voor **gestructureerd integratiemanagement**, aangezien dit volgens hen ervoor zal zorgen dat GIZ op een positieve manier verder kan worden uitgerold en voornamelijk ook op het terrein geïmplementeerd geraakt.
- Echter de **concrete invulling** van integratiemanagement is voor de sleutelfiguren **nog verdeeld en/of onduidelijk**. Volgende vragen worden luidop gesteld: wie neemt de integrator rol op, zal dit door een bestaand dan wel een nieuwe instantie/persoon worden opgenomen, welke rollen en verantwoordelijkheden neemt de integrator dan precies op, op welk(e) niveau(s) wordt aan integratiemanagement gedaan, zal integratiemanagement eerder structureel opgezet worden, zal integratiemanagement centraal aangestuurd worden, hoe tijdelijk / permanent wordt integratiemanagement gezien, etc. Tijdens de interviews maken de sleutelfiguren dan ook vaak de **link met het locoregionale niveau** (topic 1), waarbij enkele sleutelfiguren het locoregionale niveau als integrator zien en anderen dan weer niet. Sommigen stellen voor dat integratiemanagement vnl. op microniveau dient te worden opgenomen, anderen geven dan weer aan dat dit op àlle beleidsniveaus moet worden opgenomen.
- Een aantal sleutelfiguren wijzen er op dat ze integratiemanagement expliciet gepaard zien met uitgebreid **gedragsveranderingsmanagement**, dat inzoomt op datgene dat nodig is om verbinding te creëren, alsook langdurige transitie en duurzame samenwerking te faciliteren. Ze vermelden ook dat dit een langdurige inspanning zou moeten zijn, om net de evolutie naar GIZ bij de terreinmedewerkers te stimuleren.
- Tot slot, geven sommige sleutelfiguren mee dat digitale tools faciliterend kunnen zijn (bv. voor het verspreiden van informatie), hoewel anderen ook aangeven dat er bijkomende aandacht besteed moeten worden aan het voldoende includeren van iedereen (vb. digitale inclusie) en het beperkt houden van administratieve impact.

Ervaringen vanuit de praktijk nl. de drie projectgroepen (PG'en)

- **Alle PG'en**: geven aan, net zoals de sleutelfiguren bevestigen, ook **nood** te hebben aan **gestructureerd integratiemanagement**. Ze achten dit nodig aangezien:
  - Ze een historiek van vele veranderingen ervaren in verband met het GIZ-kader en de –visie ("*en cours de route* verandert er steeds veel aan de richting die we dienen te volgen", "overheid lijkt te kiezen voor GIZ, maar neemt tegelijk veel tegenstrijdige beslissingen")
  - Ze vaststellen dat de visie van geïntegreerde zorg nog niet overal op het terrein vandaag wordt uitgedragen ('bepaalde stakeholders zijn vandaag echt nog niet mee met de visie van GIZ")
  - Ze aangeven dat het tijdelijke karakter van de projecten (en het ontbreken van een langetermijnvisie hierover) vandaag afremmend werkt. Een vaste structuur, met een duidelijke gedefinieerde integratorfunctie, kan er voor zorgen dat verantwoordelijkheden worden opgenomen, samenwerking wordt gestimuleerd en kan leiden tot verduurzaming en verankering, geven de deelnemers in de workshops mee.
  - ➢ Er is dus behoefte aan het bewaken, uitleggen en ondersteunen van deze GIZ-visie op het terrein & het vertalen van deze visie in (vaste) structuren. Deze bewakersrol linken de PG'en aan integratiemanagement. Op die manier kan er volgens de PG'en voor bepaalde tijd één lijn worden gevolgd, hetgeen vandaag lijkt te ontbreken. Dit huidig gemis is volgens de PG'en dé reden dat de projecten ook niet kunnen stijgen in maturiteit. We merken dat in de PG'en gemengde meningen circuleren, zowel over de invulling van integrator rol (wat omvat dit exact?) als de link met bestaande dan wel nieuwe structuren (wie neemt dit op?) heerst nog veel onduidelijkheid.
- Tevens geven de PG'en aan dat deze visie en strategie ook moet verbonden zijn aan **financiering en budgetten** (cfr. topic 6). Vandaag ervaren bepaalde PG'en een gebrek aan middelen (of een versnippering), dat op zijn beurt zorgt dat er nog geen optimale samenwerkingen vb. overheen regio's wordt opgezet ("men wil vandaag enkel geld investeren in eigen regio's en dus niet overheen werken, want daarvoor zijn geen middelen"), maar ook als effect heeft dat er minder en minder projectmedewerkers gevonden worden die zich willen inzetten voor dergelijke onzekere projecten.
- Verder geven de PG'en aan dat ze van de integratorsrol ook verwachten dat die alle **initiatieven** die vandaag opgezet worden in kader van GIZ, **mee** zal **stroomlijnen**. Meer bepaald ervaren de PG'en dat er nu véél initiatieven worden opgezet, maar allen met een redelijk beperkte impact. Ze stellen meer grootschalige initiatieven voor die focussen op een grote(re) impact.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken

Topic 13: Integratiemanagement (3/3)

Ervaringen vanuit de praktijk nl. de drie projectgroepen (PG'en) – vervolg

- **ELP-projecten**: geven aan dat project opstart moeizaam ging en dat vandaag niet alle stakeholders "mee" zijn in GIZ visie. Ze zijn in deze beginfase zoekende naar een concreet verander- en transitieplan dat richting geeft aan de volgende stappen en gestructureerd werken toelaat. Voorts is er veel tevredenheid over de (integrator-)rol die de lokale coördinatoren opnemen. De aanwezigheid is een troef en de verwachtingen ten aanzien van deze lokale coördinatoren, waarvan een aantal nog maar recent hun rol hebben opgenomen, groot.
- **GIZ-projecten**: ook zij bevestigen wat de andere projectgroepen al aangaven, nl. dat er een bereidheid tot verandering is maar dat een integratie- en transitievisie en -plan vandaag nog ontbreekt. Ze merken tijdens de workshops ook nog op dat in kader van integratiemanagement ook de patiënt niet mag vergeten worden. Het zijn volgens de PG'en niet enkel de zorgprofessionals, projecten, locoregionale niveaus, … die mee moeten integreren, maar ook de persoon/patiënt moet mee in de evolutie naar geïntegreerde zorg betrokken worden en uiteindelijk mee ambassadeur worden.
- **P3-projecten**: geven aan dat ze vnl. op zoek zijn naar verankering en verduurzaming ("heel wat stakeholders haken of door de tijdelijkheid en vrijblijvendheid"). Voorts geven ze dezelfde signalen over vraag naar visie en richting inzake de GIZ-evolutie.

Conclusie

- Er lijken hierrond erg veel termen te circuleren die in essentie neerkomen op activiteiten die nodig zijn om van een actuele naar een gewenste situatie te evolueren.
- Het lijkt bijzonder nauw gelinkt aan hoe één en ander georganiseerd zal worden op locoregionaal niveau, cfr. topic 1. De geïdentificeerde buitenlandse voorbeelden geven interessante invullingen, doch grote kanttekening is dat België een ander financieringssysteem heeft én dat de onderliggende staatsstructuur anders in elkaar zit. Dit maakt dat vergelijkbaarheid en toepasbaar van dergelijke ideeën niet noodzakelijk evident is.
- Een grote vrees die vaak terugkeert is dat er bijkomende structuren of organen gecreëerd zullen worden, terwijl de roep eerder is om te vertrekken van wat er al is. Deze vrees in combinatie met de roep om bottom-up te werken, maakt dat een te overwegen piste zou kunnen zijn om eerder te gaan kijken hoe de relevante activiteiten precies ingebed kunnen worden.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

A 4

Zoom in instrumentarium

De inhoud is bewust onveranderd gelaten, ondanks de recente ontwikkelingen in 2023, om een duidelijk overzicht te behouden van de bevindingen en inzichten die zijn opgedaan in fase 1 van het programma.

Uitgebreid hoofdstuk

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken – zoom in instrumentarium

Gecapteerde ideeën en noden op vlak van instrumentarium– algemene ideeën en noden

Het doel van het instrumentarium is het identificeren van instrumenten die gebruikt kunnen worden voor de implementatie van geïntegreerde zorg en/of de quintuple aim op het terrein. In bijlage 1 wordt beschreven welke stappen ondernomen werden (eerste screening, opmaken long list, en vervolgens focus leggen op short list) om te komen tot een long list met 87 instrumenten, een short list met 6 instrumenten en additionele instrumenten vanuit het perspectief van empowerment.

Tegelijk zijn echter in zowel de sleutelfiguurbevragingen als de Scirocco-gebaseerde consensusworkshops met de 3 projectgroepen ook de noden van het terrein duidelijker geworden. In wat volgt gaan we dieper in op de manier hoe dit alles in elkaar past.

We beschrijven eerst welke soort noden werden gecapteerd m.b.t. instrumentarium.

Gecapteerde ideeën en noden van de stakeholders van meer algemene aard

- Er wordt de wens geuit om beter **data te verzamelen voor gebruik op macro- en mesoniveau**.
  - Enerzijds het verzamelen van data om de **noden van de burgers** met betrekking tot zorg en welzijn beter te kunnen **identificeren**;
  - Anderzijds het verzamelen van data en vastleggen van gezamenlijke indicatoren zodat men op mesoniveau **gezamenlijke doelen kan stellen, acties kunnen uitwerken en evalueren**.
- Er wordt gewezen op het feit dat digitale tools een middel zijn om bepaalde zaken te faciliteren, deze vormen geen doel op zich. Men wil zich niet verliezen in een veelheid aan tools (die ook een significant kostenplaatje met zich meedragen) maar men focussen op één goede tool die echt meerwaarde biedt.
- Er is voldoende aandacht nodig voor de ontwikkeling van digitale tools, maar men vraagt evenzeer aandacht voor de burgers die geen toegang hebben tot digitale kanalen. Ondersteuning van deze mensen door iemand in hun informeel netwerk wordt hier als mogelijke oplossing genoemd.

Gecapteerde ideeën en noden van het terrein (met terrein = zorgprofessionals)

- Er is een grote **angst voor "toolisation"**: de angst dat men te snel zal redeneren dat een tool problemen kan oplossen terwijl dit slechts een ondersteunend hulpmiddel is, waarop men beroep kan doen in specifieke situaties;
- Er is een grote **terughoudendheid voor een overheid die top-down tools oplegt** en daarmee de indruk zou wekken voorbij te gaan aan de inherente competentie van een jarenlange opgeleide en door de praktijk getrainde zorgprofessional. In verschillende expert interviews werd deze visie treffend omschreven als volgt; "*de toolbox dient verschillende instrumenten te bevatten die (aspecten van) geïntegreerde zorg kunnen ondersteunen, maar de professional draagt deze toolbox en kan zelf de keuze maken wanneer hij/zij beroep doet op een instrument*."
- Uit verschillende praktijkervaringen bleek dat de **manier waarop instrumenten gepositioneerd worden, cruciaal is,** vb. wanneer instrumenten (verplicht) toegepast worden om te bepalen of patiënten recht hebben op bepaalde vormen van zorg en ondersteuning, kan dit verkeerd gebruik van het instrument in de hand werken. Dit werd bijvoorbeeld aangehaald omtrent het Belrai instrument (zie verder).
- Er wordt een **zeer sterke nood weerhouden rond communicatie en gegevensdeling.** Dit kent echter vele facetten kent en zit bovendien ook op verschillende niveaus – zie overzicht volgende pagina.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken – zoom in instrumentarium

Gecapteerde ideeën en noden op vlak van instrumentarium – meer concreet

In wat volgt zoomen we in op meer concreet geformuleerde noden

- **Communicatie** werd als cruciaal element geïdentificeerd bij de stakeholders om samenwerking tussen verschillende professionals en met de patiënt te kunnen realiseren in de praktijk – zie meer gedetailleerd overzicht op pagina 71. Dit wordt onderstreept door de instrumenten waar professionals vandaag gebruik van maken om tegemoet te komen aan deze nood. De belangrijkste bevindingen hieromtrent zijn de volgende:
  - Momenteel is er een duidelijk gebrek aan een éénduidig systeem dat hieraan tegemoet komt, dit is dan ook een duidelijke vraag vanop het terrein.
  - Om zoveel als mogelijk reeds tegemoet te komen aan deze nood, ging men vanop het terrein zelf al met bepaalde tools aan de slag. Voorbeelden hiervan zijn:
    - Het gebruik van **MS Teams**, zowel om casussen op patiëntniveau te bespreken, alsook om meer algemene afstemming en communicatie tussen organisaties of professionals te verwezenlijken.
    - Het gebruik van de **app Siilo**, die communicatie tussen zorgverleners op patiëntniveau faciliteert op een GDPR-conforme manier (in vergelijking met andere generieke communicatieapps zoals Whatsapp) en waarin ook een zorgteam rond één centrale patiënt kan opgemaakt worden om samenwerken te faciliteren. Dit laatste wordt voorlopig op beperkte schaal uitgetest in de provincie Limburg. Het zou zijn om dergelijke voorbeelden aan te grijpen als opportuniteit om de criteria te bepalen waaraan een communicatie-instrument moet voldoen.
  - Vanop het terrein wordt in eerste instantie gekeken naar de overheid om een platform te creëren dat communicatie tussen professionals en de patiënt mogelijk maakt in de praktijk. Hoewel lokale initiatieven goed kunnen werken en reeds ingeburgerd kunnen zijn, bestaat het risico dat dit overal op een andere manier aangepakt wordt. Zowel in het belang van de patiënt (alle zorgverstrekkers betrokken in hetzelfde instrument) als van de professional (vermijden dat professionals gebruik moeten maken van meerdere instrumenten met hetzelfde doel) is het belangrijk een uniforme aanpak uit te rollen. Het bepalen van de criteria en aftoetsen van de mogelijkheden zou daarom zeker opgenomen moeten worden in het ontwerp interfederaal plan.
  - Er wordt tevens verwezen naar een nood aan gefinancierde overlegvormen, en een platform waarop zorgprofessionals informatie/protocollen/… kunnen delen met elkaar. Volgende elementen hiervoor werden geïdentificeerd:
    - **Op locoregionaal niveau:**
      - Een **intervisie** waarbij professionals samenkomen rond een bepaald thema of meer structureel ingebed worden onder de vorm van een **lerend netwerk**. De samenkomsten worden bij voorkeur begeleid door een ervaren procesbegeleider (rol voor de integrator) die instaat voor het ontwerp (selectie methodieken), de voorbereiding, opvolging, evaluatie en bijsturing. Enkele voordelen van een lerend netwerk zijn: het ontwikkelen van inzichten, het versterken van sleutelcompetenties, het verduurzamen van goede praktijken, een katalysator zijn voor verandering en de ontwikkeling van een kwaliteitscultuur en helikopterperspectief.
      - Op **organisatieniveau of regionaal niveau** kan er bijvoorbeeld gebruik gemaakt worden van **medisch-farmaceutisch overleg (MFO).** Dit overleg heeft als doel de multidisciplinaire samenwerking tussen artsen en apothekers te stimuleren. Zij kunnen per regio afspraken maken om bepaalde uitdagingen gezamenlijk aan te pakken of kwaliteit bevorderende programma's uit te werken. Overleg op dit niveau kan ook een meerwaarde betekenen voor andere beroepsgroepen, dit stimuleren via bepaalde incentives kan de transitie naar multidisciplinaire en geïntegreerde zorg verder faciliteren.
      - Daarnaast kan op locoregionaal niveau een **overkoepelend platform waarop informatie m.b.t. afspraken/protocollen/… gedeeld kan worden**, praktische ondersteuning bieden. Deze informatie is niet casus gebonden maar bevat het bredere afsprakenkader waarop de organisatie van zorg gebaseerd is.
    - **Op individueel niveau:**
      - Hiervoor kan er gebruik gemaakt worden van het **multidisciplinair overleg (MDO)**. De mogelijkheid om te overleggen tussen professionals en de patiënt in zijn informele context in complexe zorgsituaties is uiterst belangrijk om de zorg voor een patiënt goed te organiseren. Stakeholders geven aan dat er momenteel een gebrek is aan financiële middelen en dat het kader waarbinnen MDO kan plaatsvinden te strikt is (vb verplichte aanwezigheid van de huisarts, maximaal 4 professionals worden vergoed). Een uitbreiding van dit kader of het versoepelen van de criteria voor een MDO kan multidisciplinaire samenwerking vergemakkelijken.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken – zoom in instrumentarium

Gecapteerde ideeën en noden op vlak van instrumentarium – meer concreet

In wat volgt zoomen we in op meer concreet geformuleerde noden.

- **Gegevensdeling:** momenteel geven stakeholders een gebrek aan gegevensdeling aan als belangrijke blokkerende factor voor geïntegreerde zorg. Debelangrijkste bevindingen hieromtrent zijn de volgende:
  - Men tracht reeds op verschillende manieren hieraan tegemoet te komen, maar men botst op verschillende uitdagingen:
    - Het gebrek aan interoperabiliteit tussen systemen van verschillende professionals of organisaties;
    - GDPR-richtlijnen die het delen van data bemoeilijken;
    - De terughoudendheid van professionals of organisaties om data te delen.
  - Er wordt hier tevens de connectie gelegd met een **geïntegreerd elektronisch patiëntendossier**. Dat wordt gekoppeld aan het bevorderen van multidisciplinaire samenwerken, maar ook aan:
    - Het bevorderen van zelfregie en empowerment van de patiënt (bijvoorbeeld via gebruik van het instrument Belrai);
    - Het betrekken van de mantelzorger als volwaardige partner;
    - Het faciliteren van zorgcoördinatie en casemanagement.
  - Naast het ter beschikking stellen van een platform, is er ook aandacht nodig voor volgende zaken:
    - Opleiding van professionals;
    - Voorzien van incentives (bv. financieel) voor professionals;
    - Informeren van de burger;
    - Aandacht voor digitale vaardigheden (e-inclusie).

- We zien bovendien dat de nood aan communicatie en gegevensdeling zowel op micro-als mesoniveau speelt – zie volgende pagina voor een overzicht hiervan.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

A1
A2
A3
A4
A5

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken – zoom in instrumentarium

Gecapteerde ideeën en noden op vlak van instrumentarium vanuit het terrein – noden rond communicatie en gegevensdeling

BIHR: Belgian Integrated Health Record

Type nood	Doel	Concrete nood & mogelijkheden	Voorbeelden reeds in gebruik of initiatieven in ontwikkeling die in aanmerking zouden kunnen komen	Gelinkt aan topic
Casus-gebonden communicatie en gegevensdeling tussen zorg- en welzijnsverleners (zorgteam) m.b.t. een individuele persoon = microniveau				
Face-to-face communicatie	Overleg, casusbespreking	• Gefinancierde overlegvormen • Instrumenten voor online/hybride gebruik	• Multidisciplinair overleg • Sillo – telefoon – MS Teams –Zoom…	Topic 2, 3, 4, 8 en 11
Schriftelijke communicatie	Nota's/ verslagen/ vragen kunnen delen met andere leden van het zorgteam rond een patiënt, inclusief de patiënt in zijn informele context	• Platform voor (online) communicatie met zorgteam, inclusief patiënt in informele context • Notities kunnen toevoegen aan patiëntendossier, zichtbaar voor andere professionals • Verslagen vanuit 1 zorgprofessional kunnen delen	• Digitaal Zorgplaform Vlaanderen • Project 4.2 Multi-disciplinaire functionaliteiten (cfr. e-Gezondheidsplan) • Persoonlijke eHealthBox voor zorgverleners • Siilo (functie zorgteam) • Geïntegreerd elektronisch patiëntendossier (cfr. BIHR, e-Gezondheidsplan)	Topic 2, 3, 4, 8, 10 en 11
	Doelgerichte zorg kunnen toepassen	Registratie levensdoelen en vertaalde zorgdoelen van een patiënt, zichtbaar voor betrokken hulp- en zorgverleners én de patiënt zelf. Instrumenten om de zorgnoden van personen in kaart te brengen	• Geïntegreerd elektronisch patiëntendossier (cfr. BIHR, e-Gezondheidsplan) • Belrai	Topic 3, 8, 10 en 11
	Persoonsgerichte zorg en de 5AIM kunnen toepassen	Registratie Patient Reported Outcome Measures (PROM) en Patient Reported Experience Measures (PREM)	• Project met in pilootfase een (combinatie van) een aantal vragenlijsten: EQ-5D, PROMIS-10, PaRIS, PACIC, P3CEQ • Geïntegreerd elektronisch patiëntendossier (BIHR, cfr. e-Gezondheidsplan)	Topic 8 en 10
Communicatie en gegevensdeling tussen zorg- en welzijnsverleners m.b.t. alles dat niet handelt over een individuele persoon, maar over zorg in een bepaalde regio = mesoniveau				
Face-to-face communicatie	Afspraken kunnen maken over processen/aanpak/… voor specifieke ziektedomeinen en algemene samenwerking	• Gefinancierde overlegvormen (vb intervisie, overleg op mesoniveau om processen/protocollen af te spreken,…) • Instrumenten voor online/hybride gebruik • Instrument dat zelfreflectie en vorming van gemeenschappelijke taal faciliteert	• Op vrijwillige basis of gefinancierd vanuit een projectcontext • Telefoon – MS Teams – Zoom,… • Scirocco – HSO,…	Topic 1, 2, 4 en 13
Schriftelijke communicatie	Delen van informatie/ protocollen/ … en stellen van vragen over algemene samenwerking	Platform waar informatie/ protocollen/ …. gedeeld kunnen worden en vragen gesteld kunnen worden op locoregionaal niveau	• MS Teams • (specifiek platform nog onbestaand)	Topic 1, 2, 4, 10 en 13
Ter beschikking stellen van data aan micro- en mesoniveau voor een populatiegerichte aanpak en evaluatie				
Dashboard	Informatie vergaren m.b.t. zorgnoden en –aanbod in een regio	• Noden van populatie in de regio in kaart brengen • Aanbod (inclusief gerichte acties) afstemmen hierop • Resultaat van acties evalueren en bijsturen o.b.v. gerichte indicatoren (ziekte specifiek en algemeen, vb PREM)	• Databronnen als provincies.incijfers, IMA atlas,… • Zorgatlas Vlaanderen • Dashboard KU Leuven voor huisartsen (pilootproject vanaf 2023) • Secundair gebruik van data uit het BIHR mogelijk maken (cfr. e-Gezondheidsplan)	Topic 1, 3, 7 en 10

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken – zoom in instrumentarium

Gecapteerde ideeën en noden op vlak van instrumentarium – meer concreet

In wat volgt zoomen we in op meer concreet geformuleerde noden (vervolg):

- **Data gedreven en populatiegericht werken op mesoniveau,** waarbij volgende zaken worden aangestipt:
  - Er is nood aan het correct verzamelen van data bij alle zorgverstrekkers: hiervoor is het belangrijk dat data in elektronische dossiers wordt opgeslagen op een manier dat deze data beschikbaar is voor hergebruik op mesoniveau (zogenaamde interoperabiliteit),.
  - Er is nood aan beschikbare data die eenvoudig kan geraadpleegd worden op micro en mesoniveau, met de nodige aandacht voor veilig gebruik van data (bv via gebruik van gezondheidskluizen waarin data veilig wordt verzameld en uit opgeroepen kan worden), zodat de noden van de populatie in kaart kunnen gebracht worden en het aanbod hierop afgestemd kan worden.
  - Er wordt verwezen naar het belang van het hergebruiken van data op mesoniveau die verzameld wordt op microniveau vanuit specifieke instrumenten, bijvoorbeeld Belrai, PROMS & PREMS,…
  - Tot slot geven stakeholders ook aan dat er ondersteuning moet zijn om de nodige competenties te ontwikkelen om data correct te kunnen interpreteren en hiermee aan de slag te gaan.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken – zoom in instrumentarium

Wat kan in een mogelijke toolbox GIZ zitten

Zoals beschreven in de gevolgde aanpak, werd in 3 stappen (eerste screening, opmaken long list, en vervolgens focus leggen) gekomen tot volgende resultaten:

1) Long list van > 80 geïnventariseerde instrumenten die mogelijk relevant kunnen zijn i.k.v. evolutie naar GIZ en uitvoering van 5AIM
2) Shortlist: de instrumenten waar de primaire focus op gelegd zou kunnen worden i.k.v. evolutie naar GIZ en uitvoering van 5AIM
3) Additionele instrumenten vanuit het perspectief van empowerment

In wat volgt, gaan we hier achtereenvolgens op in:

1) Long list van > 80 geïnventariseerde instrumenten

- Een inventaris werd opgemaakt in de vorm van een navigeerbaar Excel-document waarin instrumenten werden opgenomen gesorteerd per topic
- De lijst bevat (online) tools, methodieken, modellen, platformen,… die enerzijds waardevol werden geacht door het terrein of anderzijds als potentieel waardevol werden omschreven vanuit wetenschappelijke literatuur voor implementatie van geïntegreerde zorg en 5AIM.
- In deze toolbox kunnen de korte beschrijvingen van elk van de geïdentificeerde instrumenten teruggevonden worden.

De volledige long list kan teruggevonden worden in bijlage 10.

→ Dergelijke lijst is te lang om te kunnen positioneren als toolbox. Bovendien is de link met de gecapteerde noden op het terrein ook niet altijd helder.

→ Er werd daarom beslist om de meest cruciale en relevante instrumenten te identificeren; deze worden opgenomen in de zogenaamde short list – zie verder.

Voorbeeld uit long list

Topic	Korte beschrijving topic	Naam instrument	Type	Subtype	Toepassingsniveau	Gebruiker
4	Invulling van zorgproces/ zorgtraject/ zorgpad/ zorgplanning, inclusief zorgcoördinatie en casemanagement					
		Clever	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau	Professional
		Doelzoeker	Doelgerichte zorg	Online tool	Microniveau	Professional
		Positieve gezondheid	Doelgerichte zorg	Online tool	Microniveau	Professional
		Babbelboost	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau	Professional
		Samenspraak	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau	Professional
		Zorg-Esperanto	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau	Professional
		DZOP	Platform		Microniveau	Professional
		Multidisciplinair Overleg	Methodiek		Microniveau	Professional
		MFO: medisch-farmaceutisch overleg	Methodiek		Mesoniveau	Professional
		Siilo	Communicatie app		Micro- en mesoniveau	Professional
		Microsoft teams	Communicatie en bestandsoverdracht		Micro- en mesoniveau	Professional
5	Cultuur van geïntegreerde zorg					
		Intervisie/ lerend netwerk	Methodiek		Mesoniveau	Professionals
		CPM: collaborative practice models	Model		Mesoniveau	Professionals, organisaties
6	Financiering van geïntegreerde zorg op verschillende niveaus die beantwoordt aan 5AIM					
		Virtual payment			Macroniveau	Professional
		Cappuccino model			Macroniveau	Professional
		Nood aan instrumenten om financiering van GIZ op mesoniveau te implementeren			Mesoniveau	Professional

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken – zoom in instrumentarium

Wat kan in een mogelijke toolbox GIZ zitten

2) Shortlist: de instrumenten waar de primaire focus op gelegd kan worden i.k.v. evolutie naar GIZ

Op basis van 3 criteria werden 6* instrumenten weerhouden die volgens stakeholders een belangrijke hefboom kunnen zijn voor geïntegreerde zorg. Dit zijn niet de enige relevante instrumenten, maar wel de instrumenten waar stakeholders in een eerste fase het meeste focus op leggen omdat het gebrek eraan momenteel blokkerend kan zijn op het terrein. Volgende redenering werd daarbij gevolgd.

Nr.	Geïdentificeerd instrument	Criterium 1: hoe helpt dit op mesoniveau?	Criterium 2: welke nood op het terrein kan dit vervullen?	Criterium 3: hoe is dit een hefboom in de veranderstrategie?
1	Dashboard dat indicatoren biedt voor een populatiegerichte aanpak en evaluatie op meso- en macroniveau.	Data ter beschikking stellen voor secundair gebruik	Noden van populatie in kaart brengen zodat acties (aanbod) hierop afgestemd kan worden en het resultaat van deze acties geëvalueerd kan worden	Ontbreken van toegankelijke data en de nodige kennis voor interpretatie blokkeren momenteel populatiegerichte aanpak (traject voor secundair gebruik van data is echter lopende)
2	Platform dat communicatie tussen zorg- en welzijnsprofessionals realiseert.	Communicatie is een randvoorwaarde voor multidisciplinaire zorg, zowel op microniveau als op mesoniveau tussen verschillende zorg- en welzijnsberoepen en organisaties	• Platform voor (online) communicatie met zorgteam (inclusief patiënt) (microniveau) • Platform waar informatie/ protocollen/ afspraken gedeeld kunnen worden, vragen gesteld kunnen worden aan collega's op locoregionaal niveau (mesoniveau)	Ontbreken van platform blokkeert momenteel communicatie, terwijl deze communicatie als cruciaal voor geïntegreerde zorg wordt gezien (verschillende trajecten voor opmaak van dergelijk platform zijn echter lopende)
3	Elektronisch patiëntendossier dat gegevensdeling realiseert tussen de patiënt en professionals in zorg en welzijn.	Een gedeeld patiëntendossier is een randvoorwaarde voor geïntegreerde multidisciplinaire zorg	Platform waarin notities/ verslagen/ zorgdoelen/ PROM en PREM vragenlijsten/ … gelinkt aan elektronisch patiëntendossier gedeeld kunnen worden met zorgteam	Ontbreken van platform blokkeert momenteel gegevensdeling, terwijl gegevensdeling als cruciaal voor geïntegreerde zorg wordt gezien (traject voor opmaak van dergelijk platform is echter lopende)
4	Model voor zelfreflectie op locoregionaal niveau , (vb HSO, Scirocco,…)*	Opbouwen van gemeenschappelijke taal om focus op bepaalde domeinen te kunnen bespreken	Instrument dat zelfreflectie en het samenbrengen van partners faciliteert	Faciliteert het proces om gezamenlijke acties op te zetten vanop mesoniveau
5	Methodiek voor integratiemanagement (vb intervisie, overleg op organisatie- of locoregionaal niveau,…)**	Transitie naar GIZ vormgegeven vanuit mesoniveau	Gefinancierde overlegvormen en instrumenten voor online/hybride gebruik	Veranderstrategie vereist het samenbrengen van stakeholders en een proces van continue kennisdeling
6	Belrai als instrument om zorgnoden in kaart te brengen**	Data uit Belrai kunnen hergebruikt worden voor populatiemanagement op mesoniveau.	Instrument om zorgnoden in kaart te brengen en deze info te delen met andere professionals	Het delen van deze info tussen professionals faciliteert de opmaak van een zorgplan en zorgt ervoor dat een persoon niet telkens opnieuw deze vragen moet beantwoorden.

** Nog te bepalen of de geïdentificeerde instrumenten die momenteel in gebruik zijn, ideaal zijn voor verdere implementatie*

*** Dit instrument werd toegevoegd aan de short list op vraag van de beleidscel Volksgezondheid*

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken – zoom in instrumentarium

Wat kan in een mogelijke toolbox GIZ zitten

2) Shortlist: de instrumenten waar de primaire focus op gelegd kan worden i.k.v. evolutie naar GIZ

Mogelijk instrument 1: Dashboard dat indicatoren biedt voor een populatiegerichte aanpak en evaluatie op mesoniveau.

Eerste exploratie & analyse

- Gegeven de geformuleerde noden, zien we momenteel **volgende aspecten om rekening mee te houden bij de eventuele opbouw van een dashboard**:
  - Een dashboard dient wellicht te worden opgebouwd in meerdere lagen waarbij elke dieper liggende laag meer ingezoomde data bevat (vb kleinere geografische regio of meer gespecialiseerde info) – zie onderstaand voor een illustratie
  - Indicatoren die gebruikt kunnen worden om geïntegreerde zorg in België te monitoren, zouden gebaseerd kunnen worden op de 5AIM,
  - Een visuele voorstelling van indicatoren kan de interpretatie door de gebruiker faciliteren

Illustratief

Telkens inzoomen op een kleiner geografisch gebied

Macro niveau

- **Gebied**: federaal of deelstaat niveau
- **Doel**: monitoren indicatoren ivm gezondheidszorg, monitoren specifieke doelgroepen en aftoetsen van beleidsmaatregelen (zowel noden als effecten)
- **Type data**: geaggregeerde data
- **Voorbeeld indicatoren**: mentaal welzijn professionals, PREMS, bevolkingsonderzoek kankeropsporing, aantal inwoners met GMD,…

Vertaling naar mogelijke indicatoren op macroniveau

- Aantal inwoners met een GMD
- Resultaten van de Vlaamse Patiëntenpeiling
- Resultaten van de Be.well.Pro enquête (in ontwikkeling)
- Vaccinatiestatus voor een bepaalde ziekte

Meso niveau

- **Gebied**: locoregionaal niveau (kan verschillen tussen de deelstaten) of zorgregio (regionale stad, ziekenhuisnetwerk,…)
- **Doel**: bepalen regionale noden en opzetten en monitoren van gerichte acties adhv specifieke indicatoren
- **Type data**: geaggregeerde data
- **Voorbeeld indicatoren**: groene/grijze druk, zorgaanbod, armoede-indicatoren, vaccinatiestatus,…

Vertaling naar mogelijke indicatoren op mesoniveau

- Aantal inwoners met een GMD
- Bevragingen rond werkbelasting door beroepskringen
- Instroom en uitstroom van personeel
- Vaccinatiestatus voor een bepaalde ziekte

Micro niveau

- **Gebied**: praktijkniveau
- **Doel**: opzetten en monitoren van gerichte acties adhv specifieke indicatoren, opzetten van acties naar individuele patiënten, opvolgen benchmarking tov andere praktijken,
- **Type data**: individuele data ïfv zorgrelatie en geaggregeerde data afkomstig van andere beroepen
- **Voorbeeld indicatoren**: proces- en uitkomst indicatoren voor diabetespatiënten, vaccinatiestatus,…

Vertaling naar mogelijke indicatoren op microniveau

- Resultaten van PROM vragenlijst zoals PROMIS-10
- Indicatoren gelinkt aan diabetes en antibioticagebruik in dashboard KU Leuven (in ontwikkeling, vanaf 2023)
- Vaccinatiestatus voor een bepaalde ziekte

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken – zoom in instrumentarium

Wat kan in een mogelijke toolbox GIZ zitten

2) Shortlist: de instrumenten waar de primaire focus op gelegd kan worden i.k.v. evolutie naar GIZ

Mogelijk instrument 1: Dashboard dat indicatoren biedt voor een populatiegerichte aanpak en evaluatie op mesoniveau.

Eerste exploratie & analyse (vervolg)

- We zien momenteel dat er **2 dashboards bestaan, dan wel in opbouw zijn in de vorm van een pilootproject**
  - **Zorgatlas**: deze biedt een overzicht van informatie over zorg, welzijn en gezondheid (bv informatie over ziekenhuis-opnames en bevolkingsonderzoeken) en wordt beheerd door het Agentschap voor Zorg en Gezondheid. Deze informatie kan gebruikt worden door zorgzones in Vlaanderen om de populatie in kaart te brengen en zorggebruik op te volgen.
  - **Diabetes en antibiotica dashboard van KU Leuven** (pilootproject vanaf 2023): dit dashboard biedt huisartsen de mogelijkheid om gezondheid en kwaliteit van zorg van hun patiënten op te volgen. Zo kan men pro-actieve zorg verlenen en taken delegeren aan andere zorgprofessionals wanneer nodig. Daarnaast biedt dit dashboard ook de mogelijkheid om in de toekomst data te ontsluiten naar andere zorgverstrekkers met een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier en de data uit te breiden van microniveau naar mesoniveau. → In kader van de COVID-19 vaccinatiecampagne was er reeds een samenwerking tussen de twee voorgaande dashboards waarbij huisartsen toegang hadden tot de vaccinatiestatus van hun patiënten in een dashboard op microniveau en populatiemanagers per eerstelijnszone de vaccinatiestatus konden opvolgen d.m.v. geaggregeerde data op mesoniveau. Samen konden zij gericht analyseren bij welke doelgroepen de vaccinatiegraad verhoogd kon worden en hiervoor gepaste acties ondernemen.

- In het **traject e-gezondheid** lijken heel wat aspecten te worden opgenomen die met dit soort instrument gelinkt zijn, waaronder (niet-exhaustief):
  - Het legt de link met 5AIM
  - Het voorziet in het secundair gebruik van data bijvoorbeeld voor populatiemanagement, gefaciliteerd door de Health Data Authority (HDA)
  - Het benoemt de evolutie naar een persoon en populatie gebaseerde en vraag-gedreven zorg waarbij welzijn en levenskwaliteit centraal staan
  - Het voorziet de integratie van een aantal essentiële instrumenten die data kunnen opleveren voor gebruik op mesoniveau, zoals Belrai en PROMs en PREMs
  - Het benoemt de noodzaak aan interoperabiliteit, harmonisatie van gegevensmodellen en standaardisatie van gegevens om primair en secundair gebruik van data te ondersteunen

- We zien dat er al wat zaken bestaan, die mogelijks een input/basis kunnen zijn voor een toekomstig dashboard:, zie onder enkele voorbeelden (niet-limitatieve lijst):
  - **Databanken (inclusief gespecialiseerde rapporten)**
    - IMA atlas
    - Provincies.incijfers (Vlaanderen)
    - Walstat.iweps.be (Wallonië)
    - Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG) (administratieve, medische en verpleegkundige gegevens ter beschikking van Fod Volksgezondheid)
    - INTEGO (enkel Vlaamse praktijken aangesloten, data wordt opgehaald uit GMDs bij huisarts)
  - **Data-rapporten**
    - Gezondbelgië.be (voornamelijk op macroniveau, kleinst mogelijke regio is provincieniveau bij praktijkvariaties)
    - Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (Brussel; bevat thematische rapporten en linken naar kwalitatieve en kwantitatieve info)
    - BISA (Brussel; bevat thematische rapporten en beperkte kwantitatieve info)
    - Leefmilieu Brussel (bevat thematische rapporten en kwantitatieve info over milieu gerelateerde zaken)
    - Iweps (Wallonië, bevat kaartjes en beperkte kwalitatieve info)
    - Kansarmoedeatlas (Vlaanderen, provincie West-Vlaanderen)

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken – zoom in instrumentarium

Wat kan in een mogelijke toolbox GIZ zitten

2) Shortlist: de instrumenten waar de primaire focus op gelegd kan worden i.k.v. evolutie naar GIZ

Mogelijk instrument 1: Dashboard dat indicatoren biedt voor een populatiegerichte aanpak en evaluatie op mesoniveau.

Aanbeveling / conclusie:

- Het lijkt erop dat rond dit instrument reeds heel wat initiatieven lopende zijn. Dat betekent dat het wellicht relevant is om volgende zaken helder te krijgen:
  - In hoeverre worden noden geformuleerd vanuit geïntegreerde zorg reeds afgedekt door de lopende initiatieven?
  - Is er overlap tussen de lopende initiatieven of zijn er net hiaten in?
  - Op welke tijdslijn is voorzien om deze op te leveren?
- Een goede governance & coördinatie overheen deze initiatieven lijkt cruciaal om hier meer zicht op te verkrijgen. Gezien dit instrumenten en digitale evoluties meestal een lange termijn karakter kennen, zou het interessant zijn als dit een duurzame samenwerkingsmodus zou zijn.
- De vertaalslag om data die verzameld wordt op microniveau ter beschikking te stellen op geaggregeerde wijze op mesoniveau, dient wellicht nog verder vorm te krijgen. Zodat niet alleen individuele zorgactoren een aangepast dashboard kunnen raadplegen dat een overzicht geeft van de relevante gezondheidstoestand van hun patiënt (opgenomen in traject e-Gezondheid), maar ook populatiemanagers op mesoniveau een dashboard ter beschikking hebben om de noden van de hele populatie in hun regio in kaart te brengen en op te volgen.
- Gerelateerd aan het kunnen afdekken van noden, verdient het wellicht ook aanbeveling om in een vervolg ontwikkeltraject te kijken naar een adequate betrokkenheid van het doelpubliek, i.e. de toekomstige gebruikers. Dit wordt vb. reeds ook als succesfactor omgeschreven in het plan e-Gezondheid.
- Het is wellicht mogelijk dat er nog wat analysewerk nodig is omtrent welke databronnen gebruikt worden voor een dergelijke instrument. De databronnen opgenomen in het traject e-gezondheid zijn voornamelijk gebaseerd op gezondheidszorg. Vanuit GIZ-perspectief is wellicht echter ook de combinatie met andere data (demografische, socio-culturele, …) nodig gezien hun potentiële invloed op gezondheidszorg, of omdat ze nodig zijn om een populatie goed in beeld te brengen.
- De opbouw van dergelijk instrument vergt algemeen heel wat afspraken op vlak van: databeschikbaarheid, datakwaliteit, dataontsluiting, databronkoppeling, IT-performantie. Ook hierrond zal dus de nodige afspraken nodig zijn.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken – zoom in instrumentarium

Wat kan in een mogelijke toolbox GIZ zitten

2) Shortlist: de instrumenten waar de primaire focus op gelegd kan worden i.k.v. evolutie naar GIZ

Mogelijk instrument 2: Een platform dat communicatie tussen zorg- en welzijnsprofessionals realiseert, is cruciaal om multidisciplinair te kunnen werken

Eerste exploratie & analyse

- **We zien hier eveneens dat er momenteel reeds initiatieven lopen omtrent dergelijke platform, al dan niet met potentieel overlappende functionaliteiten en doelen:**
  - namelijk het Digitaal Zorg en Ondersteuningsplan (DZOP) vanuit het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, vervat in het e-gezondheidsplan
  - op federaal niveau, het project "4.2 Multi-disciplinaire functionaliteiten", vervat in het e-gezondheidsplan
  - Het bestaan van de eHealthBox voor zorgverleners, dewelke bruikbaar is voor zorgverstrekkers zoals huisartsen die individueel werken, maar niet tegemoet komt aan de noden van zorgverstrekkers die samenwerken zoals apothekers

Aanbeveling / conclusie:

- Gezien de reeds lopende trajecten, lijkt afstemming met deze trajecten cruciaal om externe hefbomen voor geïntegreerde zorg mee te verwezenlijken, zeer gelijklopende vragen spreken hier ook; welke noden worden afgedekt met lopende initiatieven? Zijn er overlaps dan wel hiaten? Op welke tijdslijn worden deze uitgevoerd?
- Een goede governance & coördinatie overheen deze initiatieven lijkt cruciaal om hier meer zicht op te verkrijgen. Gezien dit instrumenten en digitale evoluties meestal een lange termijn karakter kennen, zou het interessant zijn als dit een duurzame samenwerkingsmodus zou zijn.

Mogelijk instrument 3: Een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier dat gegevensdeling realiseert tussen de patiënt en professionals in zorg en welzijn is cruciaal voor de implementatie van geïntegreerde zorg

Eerste exploratie & analyse

Als we terugkijken naar concreet geformuleerde noden, lijkt het erop dat ook hier hele wat zaken potentieel vervat zitten in het plan e-Gezondheid:

- Op het verzamelen van kwalitatieve data wordt ingezet via het traject e-gezondheid: "'*ondersteunen door real world data' uit het BIHR beschikbaar te maken als 'routinely collected data' en door de documentatie, vindbaarheid, toegankelijkheid, kwaliteit en herbruikbaarheid van de data te verhogen*." Daarnaast staat in het traject e-gezondheid beschreven dat men gebruik wil maken van "care sets", dit is informatie die gestructureerd, gestandaardiseerd en gecodeerd uitgewisseld kunnen worden tussen zorgactoren. De informatie uit deze care sets kan na pseudonimisering, worden gebruikt voor beleid en opvolging op mesoniveau
- Op het overzichtelijk ter beschikking stellen van data wordt op ingezet via het traject e-Gezondheid: "*Alle zorgactoren moeten daarvoor een software applicatie (EPD) hebben (zelfs minimaal) met een aangepast dashboard dat een overzicht geeft van de relevante gezondheidstoestand van hun patiënt, eventueel ontsloten via eerstelijnskluizen of andere netwerken voor gegevensdeling*."
- Tot slot wordt het secundair gebruik van data verkregen via specifieke instrumenten opgenomen in het traject e-gezondheid: "[…] *natuurlijk ook integratie voorzien van een aantal essentiële instrumenten zoals BelRAI*".

Aanbeveling / conclusie:

- Gezien de reeds lopende trajecten in het plan e-Gezondheid, lijkt afstemming met de trajecten in dit plan cruciaal om externe hefbomen voor geïntegreerde zorg mee te verwezenlijken. Dezelfde vragen als hierboven zijn relevant; welke noden worden afgedekt met de lopende initiatieven en op welke tijdslijn worden deze uitgevoerd?

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken – zoom in instrumentarium

Wat kan in een mogelijke toolbox GIZ zitten

2) Shortlist: de instrumenten waar de primaire focus op gelegd kan worden i.k.v. evolutie naar GIZ

Mogelijk instrument 4: Model voor zelfreflectie op locoregionaal niveau (vb HSO, Scirocco,…)

Eerste exploratie & analyse

Het ontwikkelen van een gemeenschappelijke taal om doelstellingen te formuleren, acties te implementeren en evalueren werd geïdentificeerd als belangrijke facilitator op locoregionaal niveau. Een instrument om zelfreflectie te faciliteren, zou dan ook een grote meerwaarde kunnen betekenen op dit vlak. De belangrijkste vaststellingen hieromtrent zijn de volgende:

- Momenteel worden twee modellen toegepast in België op het locoregionale niveau: Scirocco en HSO.
  - In Vlaanderen werd reeds een pilootproject uitgevoerd waarbij Scirocco toegepast werd door de zorgraden om hen te ondersteunen in de opmaak van beleids- en actieplannen, waarbij het Scirocco model faciliterend lijkt te werken om een gemeenschappelijke taal te ontwikkelen en diverse uitdagingen vanuit verschillende stakeholderperspectieven te bekijken.
  - In Wallonië werkt men met de HSO 7600:2021 standaard voor geïntegreerde zorg, die het proces faciliteert om geïntegreerde en patiëntgerichte gezondheidszorg vorm te geven en te evalueren. Belangrijk is om op te merken dat deze standaard momenteel vooral gebruikt wordt om een stapsgewijs proces te ondersteunen, de echte toepassing is voorzien voor 2023.
  - Voor Brussel en de Duitstalige gemeenschap werden geen specifiek instrumenten geïdentificeerd die momenteel toegepast worden op het locoregionale niveau.

Geleerde lessen uit Scirocco toepassing

Ervaren voordelen	Ervaren nadelen
• Geschikt kader voor zelfreflectie en open discussie tussen stakeholders, bevordert ontwikkeling van gemeenschappelijke taal	• Scoresysteem zorgt soms voor verwarring: toelichting is steeds nodig om erop te wijzen dat scores geen waarde hebben zonder inhoudelijke argumentatie en niet extern gebruikt kunnen worden
• Gevalideerd Europees instrument met beschreven proces dat zowel individuele reflectie als reflectie in groep bevat	• Online tool weinig gebruiksvriendelijk; risico op verlies van data • Verbeterde versie van tool noodzakelijk voor verder gebruik

Vergelijkende analyse Scirocco versus HSO

Scirocco	HSO standaard
Doel: implementatie van geïntegreerde zorg faciliteren	
Gebruik: als begeleidend kader bij de opmaak van een beleids- en actieplan en bepalen focus m.b.t. doelgroepen, specifieke acties, bepalen zorgaanbod,…	
Inhoudelijke focus: zeer gelijkaardig, met zaken als populatiegerichte aanpak, installeren van een goed bestuur, digitale informatiesystemen,…	
Algemeen referentiekader en voorbeelden worden aangereikt maar geen concrete componenten	Concrete en uitgebreide checklist van componenten die vervuld moeten worden
Scoresysteem impliceert stapsgewijze uitbouw van dimensies maar deze komt niet altijd overeen met de praktijk	Aangereikte componenten moeten niet in volgorde verwezenlijkt worden, kan op maat bepaald worden

Aanbeveling / conclusie:

- Door de uniforme toepassing van één gekozen instrument (per deelstaat of federaal) zou een gelijkaardige aanpak gestimuleerd kunnen worden over de verschillende locoregionale netwerken, wat de uniformiteit van de gezondheidszorg en welzijn ten goede kan komen. Indien verschillende modellen worden gekozen, leggen deze idealiter gelijkaardige inhoudelijke focus, om de interoperabiliteit tussen de verschillende deelstaten te garanderen.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken – zoom in instrumentarium

Wat kan in een mogelijke toolbox GIZ zitten

2) Shortlist: de instrumenten waar de primaire focus op gelegd kan worden i.k.v. evolutie naar GIZ

Mogelijk instrument 5: Gerichte methodieken kunnen proces van integratiemanagement faciliteren

Eerste exploratie & analyse

- Bestaande methodieken of praktijken zouden uitgebreid kunnen worden (bijvoorbeeld naar financieringsvoorwaarden) die momenteel al gedeeltelijk (soms vergoed, soms op vrijwillige basis) worden toegepast:
  - Het multidisciplinair overleg (MDO) dat de mogelijkheid biedt aan professionals om een overleg met het zorgteam te organiseren in complexe zorgsituaties. Momenteel is er een strikt kader waarbinnen MDO kan plaatsvinden (vb verplichte aanwezigheid van de huisarts, maximaal 4 professionals worden vergoed).
  - Het medisch-farmaceutisch overleg (MFO) heeft als doel de multidisciplinaire samenwerking tussen artsen en apothekers te stimuleren. Zij kunnen per regio afspraken maken om bepaalde uitdagingen gezamenlijk aan te pakken of kwaliteit bevorderende programma's uit te werken. Overleg op dit niveau zou ook een meerwaarde kunnen betekenen voor andere beroepsgroepen.
  - Intervisie of het vormen van een lerend netwerk waarbij professionals samenkomen rond een bepaald thema worden op dit moment voornamelijk toegepast op projectbasis. Daarnaast zou verder onderzocht kunnen worden op welke manier het burger/patiënten perspectief meegenomen kan worden in discussies op mesoniveau.

Aanbeveling / conclusie

- Er kan bekeken worden welke **methodieken voor integratiemanagement geïmplementeerd kunnen worden in de praktijk**. De bepaling van de precieze methodieken kan allicht optimaal gebeuren in overleg met de stakeholders op het terrein.

Mogelijk instrument 6: Belrai als instrument om zorgnoden in kaart te brengen

Eerste exploratie & analyse

- Potentiële meerwaarde van instrument wordt erkend op het terrein, maar huidig gebruik wordt door professionals bestempeld als suboptimaal (vb. in protocol 3 projecten) en is gefragmenteerd
- Praktische problemen zoals geen offline gebruik van Belrai mogelijk bij de patiënt thuis zorgen voor tijdsintensieve processen wat remmend kan werken op gebruik in de praktijk. Men tracht hier op het terrein reeds aan tegemoet te komen door gebruik van een app (Pyxicare) die offline gebruik toelaat. Echter ontbreekt de IT-technische interoperabiliteit tussen Pyxicare en Belrai om deze oplossing vlot te implementeren in de praktijk, met nog steeds tijdsintensieve processen tot gevolg.

Aanbeveling / conclusie

- Verder analyseren wat professionals weerhoudt om met Belrai aan de slag te gaan, zodat dit aangepakt kan worden en dit instrument breder gebruikt zou kunnen worden.
- Afstemming met traject e-Gezondheid is nodig i.v.m. koppeling aan I-EHR, zodat data herbruikbaar zijn op micro- en mesoniveau

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Inhoudelijke inzichten m.b.t. GIZ vanuit verschillende hoeken – zoom in instrumentarium

Wat kan in een mogelijke toolbox GIZ zitten

3) Instrumenten met focus op empowerment

Tot slot werden een aantal overige instrumenten geïdentificeerd die belangrijk kunnen zijn om empowerment bij de patiënt/burger te realiseren. Deze instrumenten kunnen een belangrijke ondersteuning vormen voor het informeren van de persoon, maar ook voor het meten van effecten die enkel door de patiënt zelf kunnen ingeschat worden: patient reported outcome measures (PROMS) en patient reported experience measures (PREMS). Daarnaast kunnen ook instrumenten die patiënten helpen om na te denken over hun voorkeuren en levensdoelen belangrijke ondersteuning bieden.

Volgende instrumenten werden geïdentificeerd:

- PROM vragenlijsten: EQ-5D-5L, SF-36, ALCOS, PROMIS-10
- PREM vragenlijsten: PACIC, P3CEQ, Vlaamse patiëntenpeiling ziekenhuisopname
- Instrumenten in kader van doelgerichte zorg: Doelzoeker, Clever, Positieve gezondheid, Babbelboost, Samenspraak
- Instrumenten om health literacy en zelfredzaamheid te verbeteren: Wegwijs in zorg en gezondheid (spel), Gezondheidskompas
- Informatiecampagnes voor de burger: 3 goede vragen

Aanbeveling / conclusie:

Te onderzoeken in 2023:

- Hoe hiermee verder aan de slag kan gegaan worden; op welke manier de (verdere) implementatie van deze instrumenten gefaciliteerd kan worden door:
    - Het linken aan het geïntegreerd elektronisch dossier zodat de verkregen gegevens gebruikt kunnen worden door het volledige zorgteam
    - Het secundair gebruik van de data die deze instrumenten genereren om aan kwaliteitsopvolging te doen op micro-, meso- en macroniveau
    - Algemene communicatie omtrent het gebruik van deze instrumenten in kader van geïntegreerde zorg, zowel naar de burger als naar professionals (vb via opleiding)
    - …
- Hoe patiënten/ burgers zelf het verdere gebruik van deze instrumenten beoordelen en verdere implementatie zouden faciliteren
- Welke noden patiënten/ burgers nog ervaren die door eventuele andere instrumenten zouden kunnen ingevuld worden

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

A 5
Bijlagen

Bijlagen

Overzicht

01	Verdere detaillering aanpak	85
02	Bronnenlijst wetenschappelijke literatuur	97
03	Stakeholdermap	99
04	Overzicht deelnemers bilaterale kennismakingsgesprekken	100
05	Overzicht deelnemers interactieve workshop 7/09	101
06	Overzicht deelnemers sleutelfiguurbevragingen (SFB)	102
07	Interviewleidraad en voorbereidende oefening sleutelfiguurbevragingen	104
08A	Kwalitatieve verwerking van de sleutelfiguurbevragingen	105
08 B	Kwantitatieve verwerking obv voorbereidende oefening	106
09	Deelnemers stakeholderforum	107
10	“Long List” van instrumenten	108
11	Overzicht 3 projectgroepen	113
12	Scirocco consensusworkshop – template verslag	114
13	Link Scirocco dimensies en steeds terugkerende topics	115
14	IMC verslag 25 maart 2019	116

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

Verdere detaillering aanpak van werkstroom 2A: Ontwerp Interfederaal plan (IFP) Geïntegreerde Zorg

Een eerste prioriteit was om enerzijds snel vat te krijgen op wat de verschillende ideeën waren rond dit programma, anderzijds om snel zicht te krijgen op wat mogelijke inhoudelijke elementen zouden kunnen zijn in een ontwerp IFP. Er werd daarom bij aanvang meteen gestart met deze activiteiten:

Juni - juli - augustus - september '22

1) **Bilaterale kennismakingsronde:** als eerste stap vonden kennismakingsgesprekken plaats met de verschillende betrokkenen aan zijde van de opdrachtgever. Op basis daarvan werden eerste bevindingen samengevat – zie bijlage 4 voor een gedetailleerd overzicht

   - **Periode:** juni '22 – juli '22
   - **Selectie van deelnemers**: individuele vertegenwoordigers van FOD VVVL, RIZIV, Kabinet Vandenbroucke en de deelstaten binnen het IKW Geïntegreerde zorg
   - **Interviewer:** het gesprek werd telkens geleid door 2 mensen van WeCare
   - **Voorbereiding en uitvoering van het gesprek:** De interviews verliepen op semi-gestructureerde wijze, d.w.z.: enkele vragen werden op voorhand per individu gebundeld en geformuleerd, met voldoende flexibiliteit voor de volgorde en eventuele bijkomende vragen.
   - **Verwerking van de gesprekken:** Op basis van de gesprekken werd een synthese gemaakt van waar de focus in de opdracht op kon liggen, ervaringen in het verleden, toekomstperspectief, must reads etc. omvatte.

   Resultaat: bevindingen en terugkomende topics/uitdagingen die in het verdere traject in rekening werden genomen.

2) **Documentanalyse:** doorheen de hele fase werd relevante documentatie meegenomen – zie bronnenlijst in bijlage 2

   - **Periode:** juli – december '22
   - **Relevante (niet-exhaustieve) documentatie**:
     - Bestaande raamwerken (vb. 18 componenten, 5AIM, rainbow model,…);
     - Ontvangen documentatie tijdens kennismakingsgesprekken en andere bevragingen;
     - Vorige plan geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid, meerjarenbegroting, Gidsen GGZ netwerken, nota's, beleidsteksten, KCE rapporten,…
     - Status lopende projecten geïntegreerde zorg, etc.

   Resultaat: reeds verworven inzichten en achtergrondinformatie kon worden meegenomen

© 2023
Alle rechten voorbehouden

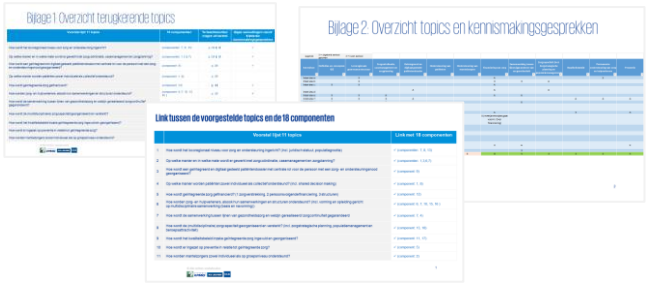
Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

Verdere detaillering aanpak van werkstroom 2A: Ontwerp Interfederaal plan (IFP) Geïntegreerde Zorg

Juni - juli - augustus - september '22

3) Interactieve workshop: Om voor het vervolg met verschillende partijen op gedeelde, collectieve lijn te geraken wat betreft focus en om het programma van het najaar verder vorm te geven, werd een interactieve workshop georganiseerd, met als doelpubliek de zogenaamde "uitgebreide programmagroep" en een vertegenwoordiging van de deelstaten (zie bijlage 5 voor overzicht). Hierin werden topics gesuggereerd, aangevuld en werd ook nagedacht met welke stakeholders dit besproken moest.

- **Periode:** 7 september 2022
- **Deelnemers**: uitgebreide programmagroep incl. vertegenwoordigers van: FOD VVVL, RIZIV, het Kabinet Vandenbroucke en de deelstaten
- **Voorbereiding**: Op basis van de vorige twee stappen, analyse over steeds terugkerende inhoudelijke uitdagingen/topics waaraan gedacht wordt als het gaat om het uitklaren hoe geïntegreerde zorg in de toekomst in België eruit kan zien.
- **Aanpak:** Een interactieve werksessie die als volgt verliep:
  1. **Verhelderen**: komen tot een collectief begrip over relevante topics voor een toekomstig ontwerp IFP.
  2. **Focussen**: inschatten van de mate van belangrijkheid en complexiteit
  3. **Bepalen met wie:** nadenken over welke stakeholders betrokken zouden moeten worden bij verdere exploratie.



Resultaat: op basis van de input van deze workshop werd verder gesleuteld aan welke topics verder onderzocht moesten worden. Uiteindelijk werden 13 topics weerhouden, i.e. topics die steeds terugkwamen in de verschillende analyses. Ook werd beslist om verdere exploratie te doen met een selectie van sleutelfiguren – zie verder. Na validatie door de Federale stuurgroep werd dit idee uitgewerkt.

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

Verdere detaillering aanpak van werkstroom 2A: Ontwerp Interfederaal plan (IFP) Geïntegreerde Zorg

November – december 2022

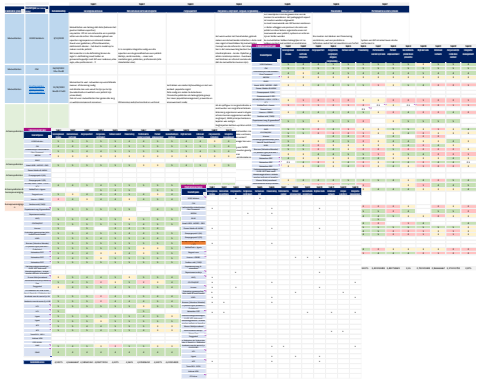
4) Sleutelfiguurbevraging (SFB): Een volgende stap was om het spreekveld wat breder open te trekken. Doel was enerzijds draagvlakcreatie en anderzijds inhoudelijk dieper ingaan op hoe verschillende soorten stakeholders kijken naar die 13 geïdentificeerde topics, d.w.z. hun inhoudelijke ideeën daarrond, persoonlijke ervaringen, gevoeligheden, hoe zij kijken naar de mogelijke impact van de verschillende topics in de evolutie naar GIZ.

- **Periode:** 3 oktober 2022 t.e.m. 18 november 2022
- **Selectie van sleutelfiguren**: de samenstelling was een mix van vertegenwoordiging vanuit (- zie bijlage 6 voor volledige lijst):
  - Begeleidingscomité, aangevuld met actoren die deel uitmaken van het verzekeringscomité;
  - Beleidsadministraties;
  - Partners uit welzijn, patiënten/mantelzorger-perspectief;
  - Wetenschappelijke partners…
- **Interviewer:** het gesprek werd telkens geleid door 2 medewerkers van WeCare; waar mogelijk was er ook een observator aanwezig van het IAC van de opdrachtgever.
- **Voorbereiding en uitvoering van het gesprek:**
  - Inhoudelijk werd afgesproken het gesprek op te hangen aan de 13 geïdentificeerde topics. Een korte beschrijving van die topics werd vooraf aan de deelnemers bezorgd.
  - De interviews verliepen op semi-gestructureerde wijze, d.w.z.:
    - Een door de opdrachtgever gevalideerde interviewleidraad, werd op voorhand bezorgd aan de deelnemers van het gesprek. Deze werd eveneens vooraf bezorgd. – zie rechts/bijlage 8.
    - Een voorbereidende oefening op voorhand bezorgd zodat deelnemers op voorhand reeds konden nadenken over de verschillende topics – zie rechts/bijlage 8.
- **Verwerking van de gesprekken:**
  - Een geanomiseerde weerslag van elk gesprek werd gemaakt waarbij de output gestructureerd werd verwerkt a.d.h.v. de 13 topics – zie output template rechts/in bijlage 8.
  - Vervolgens werd deze info gebruikt als basis voor dit tussentijds rapport: hoofdstuk 3.

Interviewleidraad

Template voorbereidende oefening

Templates verwerking gesprekken



Resultaat: de gesprekken leidden tot inzichten in waar “common ground” zit, waar juist tegenstellingen zitten, wat haalbare pistes zouden kunnen zijn om een haalbaar ontwerp IFP te kunnen maken.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

Verdere detaillering aanpak van werkstroom 2A: Ontwerp Interfederaal plan (IFP) Geïntegreerde Zorg

November - december 2022

5) Verrijking door WeCare experts (academisch, beleid & terrein): de verzamelde input werd geconsolideerd i.k.v.de opbouw van een eerste tussentijds rapport. In deze consolidatiefase werden tevens inhoudelijke experten geconsulteerd binnen het WeCare team. Dit leidde tot:

a) bijkomende wetenschappelijke verificatie van welke evidence-base er bestaat voor bepaalde maatregelen in evolutie naar geïntegreerde zorg en leading practices;

b) ideeën omtrent verdere aanpak binnen dit project.

6) Stakeholderholderforum: tot slot werd in de eerste fase een breed scala aan stakeholders samengebracht om enerzijds te informeren over de tot hiertoe verkregen inzichten, en anderzijds nog meer verrijking in de reeds verkregen inhoud te kunnen aanbrengen, i.e. **"**het stakeholderforum"

- **Periode:** 14 december 2022 (voormiddag)
- **Selectie van deelnemers**: In totaal engageerden 40 deelnemers (onder voorbehoud, exacte aantal bij schrijven van rapport nog niet duidelijk) zich om deel te nemen aan het forum. De groep omvat deelnemers vanuit zowel terrein als beleid (zie bijlage 9 voor volledig overzicht). Meer bepaald werden volgende groepen uitgenodigd:
  - Deelnemers van de interactieve workshop (uitgebreide programmagroep) op 7 september;
  - De bevraagde sleutelfiguren (zie vorige pagina)
  - Vertegenwoordiging van de projectgroepen
  - Vertegenwoordiging verzekeringscomité
  - Leden van het IKW geïntegreerde zorg
- **Voorbereiding:**
  - Er werd afgesproken om in te zoomen op de meest prioritaire topics (ongeveer 4-5) dewelke binnen de 13 terugkerende topics werden geïdentificeerd op basis van de sleutelfiguurbevragingen. Er werd geen voorbereiding gevraagd van de deelnemers.
- **Aanpak:** we opteerden bewust voor maximaal interactieve werkvormen in gemixte werkgroepen. De volgende agenda werd daarbij doorlopen:
  - Toelichting over hoe rapport werd opgebouwd, op basis van welke input, welke de belangrijkste inzichten zijn, …
  - Zoom in op 5 prioritaire topics: in de diepte te bespreken van topics (locoregionaal niveau / integratiemanagement, digitale tools, financiering, invulling zorgproces/zorgcoördinatie/case management/…. Daarbij werd de reeds vergaarde info aan de deelnemers voorgelegd, gevraagd om een kort invulblad aan te vullen en daarna werd een rondetafelgesprek opgezet dewelke focuste op de vraag: waarop moeten we inzetten richting het ontwerp IFP, voor deze topics.
  - Algemene toelichting van de 8 overige topics.
  - Afsluiting: met behulp van een QR code werd nog laatste feedback gevraagd.
- **Resultaat**: de input van het stakeholderforum (nl. datgene dat werd vermeld in de rondetafelgesprekken, input op QR code, …) werd meegenomen waar mogelijk in het rapport bij de bespreking van de topics alsook bij de overkoepelende inzichten.

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

Verdere detaillering aanpak van werkstroom 2B: Creatie van het gevraagde instrumentarium

Voor wat betreft het instrumentarium, werd in eerste instantie gezocht naar wat de adequate scope, finaliteit en meerwaarde precies kon zijn. Er bestaan immers erg veel instrumenten, tools, modellen, richtlijnen, de ene al concreter dan de andere. Dat betekende een iteratief zoekproces met volgende etappes:

Juni-juli-augustus 2022

- **Initiële en ruwe identificatie mogelijke instrumenten**. Dit representeerde de **versie 0 van de toolbo**x. *(Merk op dat "toolbox" en "instrumentarium" hier beide gebruikt worden, en naar hetzelfde verwijzen).*
  - Een eerste selectie voor de toolbox versie 0 werd bekomen o.b.v. input van de academische partners, gesprekken met leden van het IAC en IMA, ter beschikking gestelde documentatie en nationale en internationale literatuur en omvat:
    - Instrumenten voor de zelfscreening van de maturiteit van geïntegreerde zorg;
    - Selectie van vragenlijsten in functie van de 5AIM;
    - Oplijsting beschikbare relevante databronnen.

    Merk op dat de definitie van een "instrument" hierbij breed geïnterpreteerd werd, zodat alle zaken die op een manier ondersteuning bieden aan de implementatie van (aspecten van) geïntegreerde zorg en de quintuple aim, geïncludeerd werden.

Toolbox versie 0

September-oktober 2022

- Creatie van een zogenaamde **"long list" van instrumenten** (zie bijlage 10)
  - Op basis van verschillende infobronnen werd een lange lijst opgemaakt van 87 instrumenten die in aanmerking zouden kunnen komen voor de toolbox GIZ. Deze bronnen waren:
    - Gesprekken met experts;
    - Input uit de SFB: in deze gesprekken werden immers regelmatig bepaalde concrete instrumenten genoemd, behoeften op vlak van tools/instrumenten geuit en risico's gesignaleerd;
    - Input uit de workshops (zie werkstroom 3): ook in deze workshops werden regelmatig bepaalde concrete instrumenten genoemd, behoeften op vlak van tools/instrumenten geuit en risico's gesignaleerd.
  - Deze long list werd gestructureerd volgens de 13 geïdentificeerde topics (cfr. hoger voorgesteld).
  - Instrumenten waren zeer uiteenlopend, i.c. methodieken, vragenlijsten, modellen, databanken, platformen, richtlijnen,… en waren zowel voor online als offline gebruik.
  - De gevormde long list is geen exhaustief overzicht van alle instrumenten in kader van geïntegreerde zorg. Enkel tools die werden aangereikt door stakeholders en een beperkt aantal experts werden opgenomen, waardoor het mogelijk is dat overige relevante instrumenten niet werden geïdentificeerd.

Toolbox versie 1 (long list)

Topic	Korte beschrijving topic	Naam instrument	Type	Subtype	Toepassingsniveau	Gebruiker
4	Invulling van zorgproces/ zorgtraject/zorgpad/ zorgplanning, inclusief zorgcoördinatie en casemanagement					
		Clever	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau	Professional
		Doelzoeker	Doelgerichte zorg	Online tool	Microniveau	Professional
		Positieve gezondheid	Doelgerichte zorg	Online tool	Microniveau	Professional
		Babbelboost	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau	Professional
		Samenspraak	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau	Professional
		Zorg-Esperanto	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau	Professional
		DZOP	Platform		Microniveau	Professional
		Multidisciplinair Overleg	Methodiek		Microniveau	Professional
		MFO: medisch-farmaceutisch overleg	Methodiek		Mesoniveau	Professional
		Siilo	Communicatie app		Micro- en mesoniveau	Professional
		Microsoft teams	Communicatie en bestandsoverdracht		Micro- en mesoniveau	Professional
5	Cultuur van geïntegreerde zorg					
		Intervisie/ lerend netwerk	Methodiek		Mesoniveau	Professionals
		CPM: collaborative practice models	Model		Mesoniveau	Professionals, organisaties
6	Financiering van geïntegreerde zorg op verschillende niveaus die beantwoordt aan 5AIM					
		Virtual payment			Macroniveau	Professional
		Cappuccino model			Macroniveau	Professional
		Nood aan instrumenten om financiering van GIZ op mesoniveau te implementeren			Mesoniveau	Professional

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

Verdere detaillering aanpak van werkstroom 2B: Creatie van het gevraagde instrumentarium

November 2022

- **Aanbrengen van focus in het instrumentarium:** op een bepaald moment werd duidelijk dat een lange lijst niet noodzakelijk overeenstemt met wat er nodig is op het terrein, maar dat het gebruik van een beperkt aantal instrumenten een grote bijdrage zou kunnen leveren aan geïntegreerde zorg. Daarom werd in kader van dit project een selectie gemaakt vanuit 3 criteria, afgesproken met de opdrachtgever: (criterium 2 en 3 werden beoordeeld op basis van input via de sleutelfiguurbevraging en workshops op het terrein)
    1. Legt het instrument voldoende focus op ondersteuning/facilitering van geïntegreerde zorg op mesoniveau;
    2. Heeft het terrein er nood aan: welke instrumenten worden als “noodzakelijk voor geïntegreerde zorg” bestempeld door de sleutelfiguren en het terrein maar zijn momenteel ontoereikend of onbestaand;
    3. Is het een hefboom in de (nog op te maken) veranderstrategie voor geïntegreerde zorg (i.e. wat moet er prioritair veranderen om geïntegreerde zorg mogelijk te maken, waar blokkeert de implementatie van geïntegreerde zorg momenteel op?)
- **Mogelijke aanbevelingen & verdere analyses:** Zowel binnen de short list van 6 instrumenten als binnen de overgebleven long list werden nog een aantal analyses uitgevoerd als startpunt voor het verder uitdiepen en concretiseren van deze instrumenten in fase 2 van het project.
    - Analyse dashboard: Welke databanken en dashboards zijn reeds beschikbaar die dienst kunnen doen als typemodel voor de toekomst? Welke uitdagingen moeten nog opgelost worden om datagedreven en populatiegericht te kunnen werken op het mesoniveau (vb gevalideerde indicatoren, verzamelen van geaggregeerde data, competentieontwikkeling,…)?
    - Vergelijkende analyse HSO en Scirocco die momenteel beide worden toegepast op mesoniveau in België.
    - Analyse van overige instrumenten op de long list die belangrijk zijn voor geïntegreerde zorg en/of de quintuple aim, maar geen ware hefbomen zijn voor de realisatie van andere aspecten van geïntegreerde zorg (naast hun eigen doelstelling).

Resultaat:

- Deze selectie resulteerde in een **short list van 6 instrumenten** die de focuspunten kunnen vormen voor 2023, dewelke door de stuurgroep werden gevalideerd, dit is de zogenaamde **versie 1 van de toolbox**.
- Daarnaast werd er ingezoomd op specifieke conclusies rond:
    - Ervaringen/feedback van het terrein rond bepaalde instrumenten, i.c. Belrai, MDO, intervisies,…
    - Meerwaarde en gebruiksvriendelijkheid van Scirocco-methodologie, en wat dit betekent voor eventueel toekomstig gebruik
    - Voor de instrumenten in de long list die niet de selectie naar de short list haalden, werd geanalyseerd wat hun plaats en meerwaarde kan zijn binnen de toolbox voor geïntegreerde zorg, aan welke andere instrumenten zij eventueel gelinkt kunnen worden en op welke termijn deze geïmplementeerd kunnen worden (Belrai, PROM & PREM vragenlijsten, Be.well.pro vragenlijst,…).

Toolbox versie 1 (long list)

Topic	Korte beschrijving topic	Naam instrument	Type	Subtype	Toepassingsniveau	Gebruiker
4	Invulling van zorgproces/zorgtraject/zorgpad/zorgplanning, inclusief zorgcoördinatie en casemanagement					
		Clever	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau	Professional
		Doelzoeker	Doelgerichte zorg	Online tool	Microniveau	Professional
		Positieve gezondheid	Doelgerichte zorg	Online tool	Microniveau	Professional
		Babbelboost	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau	Professional
		Samenspraak	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau	Professional
		Zorg-Esperanto	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau	Professional
		DZOP	Platform		Microniveau	Professional
		Multidisciplinair Overleg	Methodiek		Microniveau	Professional
		MFO: medisch-farmaceutisch overleg	Methodiek		Mesoniveau	Professional
		Siilo	Communicatie app		Micro- en mesoniveau	Professional
		Microsoft teams	Communicatie en bestandsoverdracht		Micro- en mesoniveau	Professional
5	Cultuur van geïntegreerde zorg					
		Intervisie/ lerend netwerk	Methodiek		Mesoniveau	Professionals
		CPM: collaborative practice models	Model		Mesoniveau	Professionals, organisaties
6	Financiering van geïntegreerde zorg op verschillende niveaus die beantwoordt aan 5AIM					
		Virtual payment			Macroniveau	Professional
		Cappuccino model			Macroniveau	Professional
		Nood aan instrumenten om financiering van GIZop mesoniveaute implementeren			Mesoniveau	Professional

Toolbox versie 1 (short list)

Nr.	Geïdentificeerd instrument	Criterium 1: hoe helpt dit op mesoniveau?	Criterium 2: welke nood op het terrein kan dit vervullen?	Criterium 3: hoe is dit een hefboom in de veranderstrategie?
1	Dashboard dat indicatoren biedt voor een populatiegerichte aanpak en evaluatie op meso- en macroniveau.	Data ter beschikking stellen voor secundair gebruik	Noden van populatie in kaart brengen zodat acties (aanbod) hierop afgestemdkan worden en het resultaat van deze acties geëvalueerd kan worden	Ontbreken van toegankelijke data en de nodige kennis voor interpretatie blokkeren momenteel populatiegerichte aanpak (traject voor secundair gebruik van data is echter lopende)
2	Platform dat communicatie tussen zorg- en welzijnsprofessionals realiseert.	Communicatie is een randvoorwaarde voor multidisciplinaire zorg, zowel op microniveau als op mesoniveau tussen verschillende zorg- en welzijnsberoepen en organisaties	• Platform voor (online) communicatie met zorgteam (inclusief patiënt) (microniveau) • Platform waar informatie/ protocollen/ afspraken gedeeld kunnen worden, vragen gesteld kunnen worden aan collega's op locoregionaal niveau (mesoniveau)	Ontbreken van platform blokkeert momenteel communicatie, terwijl deze communicatie als cruciaal voor geïntegreerde zorg wordt gezien (verschillende trajecten voor opmaak van dergelijk platform zijn echter lopende)
3	Elektronisch patiëntendossier dat gegevensdeling realiseert tussen de patiënt en professionals in zorg en welzijn.	Een gedeeld patiëntendossier is een randvoorwaarde voor geïntegreerde multidisciplinaire zorg	Platform waarin notities/ verslagen/ zorgdoelen/ PROM en PREM vragenlijsten/ … gelinkt aan elektronisch patiëntendossier gedeeld kunnen worden met zorgteam	Ontbreken van platform blokkeert momenteel gegevensdeling, terwijl gegevensdeling als cruciaal voor geïntegreerde zorg wordt gezien (traject voor opmaak van dergelijk platform is echter lopende)
4	Model voor zelfreflectie op locoregionaal niveau , (vb HSO, Scirocco,…)**	Opbouwen van gemeenschappelijke taal om focus op bepaalde domeinen te kunnen bespreken	Instrument dat zelfreflectie en het samenbrengen van partners faciliteert	Faciliteert het proces om gezamenlijke acties op te zetten vanop mesoniveau
5	Methodiek voor integratiemanagement (vb intervisie, overleg op organisatie- of locoregionaal niveau,…)**	Transitie naar GIZ vormgegeven vanuit mesoniveau	Gefinancierde overlegvormen en instrumenten voor online/hybride gebruik	Veranderstrategie vereist het samenbrengen van stakeholders en een proces van continue kennisdeling
6	Belrai als instrument om zorgnoden in kaart te brengen**	Data uit Belrai kunnen hergebruikt worden voor populatiemanagement op mesoniveau.	Instrument om zorgnoden in kaart te brengen en deze info te delen met andere professionals	Het delen van deze info tussen professionals faciliteert de opmaak van een zorgplan en zorgt ervoor dat een persoon niet telkens opnieuw deze vragen moet beantwoorden.

** Nog te bepalen of de geïdentificeerde instrumenten die momenteel in gebruik zijn, ideaal zijn voor verdere implementatie*

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

Verdere detaillering aanpak van werkstroom 3: Ondersteuning aan het mesoniveau in veranderingsdynamiek naar geïntegreerde zorg

De opdrachtgever wenste in dit programma om reeds vanaf het begin samen te werken met wat reeds loopt op het terrein. Er zijn immers sinds verschillende jaren heel wat projecten actief aan de slag rond bepaalde aspecten van geïntegreerde zorg. De opdrachtgever selecteerde 3 projectengroepen waarmee gewerkt kon worden. In totaal kwam dit neer op 63 individuele projecten – zie volledig overzicht in bijlage 11).

Projectgroep	Aantal projecten	Looptijd
Projecten geïntegreerde zorg	12	Sinds 2018 t.e.m. eind 2022
Protocol 3 projecten	19	Sinds 2010 t.e.m. eind 2022
Eerstelijns psychologische zorg	32	Sinds 2020 t.e.m. eind 2023

Er werd beslist om in deze eerste fase **vooral te focussen op het capteren van zoveel mogelijk ervaringen en geleerde lessen die deze projecten tot hiertoe opdeden**. Pas dan kan immers een meer gerichte begeleiding of ondersteuning worden opgezet. Bovendien was het belangrijk om die captatie af te stemmen op de inhoudelijke accenten die in parallel ook in de andere activiteiten in het programma naar boven kwamen.

Om dit op gestructureerde wijze te laten gebeuren, werd beslist om de **Scirocco-methodologie te gebruiken**, een instrument bedoeld om in een regio zicht te krijgen op de “readiness” voor geïntegreerde zorg én vooral: een instrument dat een multi-stakeholder dialoog rond de progressie naar geïntegreerde zorg kan faciliteren.

Dit gaf als voordeel:

- Een éénduidig kader voor gestructureerde dialoog die maakt dat praktijkervaring naast input kan worden gelegd uit de sleutelfiguurbevraging en naast theoretische en academische inzichten. Dit vormt een verrijking van de input om te komen tot mogelijke bouwstenen van heen ontwerp IFP.
- De gelegenheid om Scirocco als concreet instrument uit te testen, en te evalueren of dit instrument op termijn deel moet blijven uitmaken van de toolbox GIZ.
- De opportuniteit voor de individuele projecten om hun ervaringen te delen als input voor het tussentijds rapport (en het ontwerp interfederaal plan)
- De individuele projecten konden bovendien hierdoor op basis van de 12 dimensies een eigen inschatting maken over de maturiteit van hun project op vlak van geïntegreerde zorg

WeCare

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

Verdere detaillering aanpak van werkstroom 3: Ondersteuning aan het mesoniveau in veranderingsdynamiek naar geïntegreerde zorg

Waarom het gebruik van Scirocco?

Bij aanvang van het programma werd door de opdrachtgever teruggegrepen naar de 12 dimensies van de Scirocco als bril om naar geïntegreerde zorg te kijken. Omdat hier een hele methodologie rond bestaat die ook internationaal gevalideerd is, werd beslist om 2 vliegen in 1 klap te slaan: 1) de 12 dimensies concreet verkennen via de projecten in scope en 2) door het gebruik van de Scirocco-methodologie het potentieel van de bijhorende tooling te verkennen voor de toekomst. .

Scirocco (***Scaling integrated Care in Context***) wordt in meer dan 60 organisaties in Europa gebruikt als online hulpinstrument om de bereidheid en maturiteit tot geïntegreerde zorg binnen een organisatie of regio te meten aan de hand van 12 dimensies. Zowel de sterktes, stimulansen en goede praktijken als de zwaktes en belemmeringen m.b.t. geïntegreerde zorg worden geïdentificeerd. De methdodologie faciliteert een open discussie en een volledige beoordeling vanuit verschillende invalshoeken. **Let wel, het is géén evaluatie-instrument.**

Het opzet van Scirocco wordt als volgt omschreven[1]:

> "*The SCIROCCO self-assessment tool is an online self-assessment tool with an objective to assess a region's readiness for integrated care. It builds on the conceptual Maturity Model for Integrated Care developed by the B3 Action Group on Integrated Care of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing.*
>
> *The SCIROCCO tool helps regions to:*
> - *Understand the strengths and weaknesses of their regional context for integrated care and inform national, regional and local policy-makers about potential areas of improvement;*
> - *Adopt and transfer integrated care good practices by identifying their maturity requirements and requirements for the potential transferability and scaling-up;*
> - *Facilitate multi-stakeholder dialogues on progress towards the implementation and delivery of integrated care;*
> - *Facilitate twinning and coaching activities that help regions and organisations to better understand the local conditions that enable the successful deployment of integrated care."*

Hoe werkt Scirocco precies?

De methodologie behelst een zelf-assessment bestaande uit volgende etappes:

- Stap 1: individueel invullen van een **online enquête**. Dit levert een **spindiagram** op dat de eigen beoordeling weergeeft op de Scirocco-dimensies. Die beoordeling reflecteert de zelf ingeschatte maturiteit van geïntegreerde zorg in de regio

- Stap 2: collectieve **consensus workshop**, d.w.z. samenbrengen van meerdere stakeholders die elk reeds een online enquête invulden, en faciliteren van een dialoog rond de dimensies. Dit leidt tot: a) kennisuitwisseling zodat men ook zelf een beter begrip krijgt van de lokale condities die nodig zijn om naar geïntegreerde zorg te evolueren; b) een kwalitatief en diepgaander inzicht in de eigen beoordeling

De consensusworkshop wordt gezien als cruciale stap, om te vermijden dat er enkel wordt gefocust op het kwantitatieve aspect dat het risico draagt op gebruikt te worden als een evaluatie. Dit is echter geenszins het opzet van Scirocco en dergelijke gebruik wordt dan ook niet aangemoedigd.

Toepassing van Scirocco in België tot hiertoe

- In België wordt Scirocco vooral toegepast in **Vlaanderen**. In 2021 werd een Nederlandstalige versie ontwikkeld door de onderzoeksgroep doelgerichte zorg van UGent [2,3], aangepast aan de context van de zorgraden in Vlaanderen. Daaropvolgend heeft UGent in samenwerking met VIVEL een piloottraject opgestart waaraan vier zorgraden (ELZ Aalst, ELZ Brugge, ELZ Oost-Meetjesland en ELZ West-Meetjesland) deelnamen en werden ondersteund in het bepalen van zowel de sterktes als zwaktes m.b.t. geïntegreerde zorg als input voor de opmaak van een beleidsplan. In januari 2022 vonden de eerste vier Scirocco consensusworkshops plaats, waarna een positieve evaluatie volgde en ook andere zorgraden de mogelijkheid kregen Scirocco toe te passen als startpunt voor het opstellen van een beleids- en actieplan.
- Daarnaast heeft het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) deze gebruikt om de mate van de **maturiteit van geïntegreerde zorg in België** te meten aan de **hand** van de percepties van professionals[4].

Binnen België wordt Scirocco in de enkele toepassingen die werden geïdentificeerd breed ingezet en getest, gaande van een instrument voor zelfbeoordeling tot hulpmiddel voor het beleid. Het gebruik van Scirocco is echter grotendeels ad hoc en voorlopig nog niet geheel ingebed in de werking van het terrein (vb. jaarlijkse metingen/evaluaties).

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

Verdere detaillering aanpak van werkstroom 3: Ondersteuning aan het mesoniveau in veranderingsdynamiek naar geïntegreerde zorg

Toepassing binnen dit programma

Augustus – September – oktober '22

1. Voorbereiding: De Scirocco-methodologie werd uitgevoerd volgens het gevalideerde Europese format waarbij een individuele voorbereiding per deelnemers wordt gevolgd door een fysieke workshop. Volgende zaken werden uitgevoerd om de praktische organisatie op punt te stellen:

- Hertalen van de verschillende dimensies van het maturiteitsmodel: de omschrijving en scores werden geherformuleerd naar de context van de 3 projectgroepen. Deze hertaling had als doel de begrijpbaarheid van het model te verhogen, terwijl getracht werd zo dicht mogelijk bij de originele betekenis te blijven. Deze aangepaste versie werd gevalideerd vanuit academisch perspectief.
- De hertaalde versie (Nl) vertalen naar het Frans zodat 2 identieke versies in beide talen beschikbaar waren voor de projectgroepen.
- Opstellen van een gebruikershandleiding en handleiding en templates voor de transitiebegeleiders in Nederlands en Frans.
- Bepalen en samenstellen van het deelnemerspubliek aan de workshops, i.e. bepalen van de ideale samenstelling van een workshop en hoe dit zich verhoudt tot een regio. Dit werd beslist enerzijds o.b.v. input van de projecten zelf, anderzijds in samenspraak met de interne begeleidingsequipes van de opdrachtgever.
    - Voor de workshops met de P3-projecten en ELP/GGZ-projecten werden meerdere projecten samengebracht zodat een grotere diversiteit aan deelnemers ontstond wat rijkere discussies opleverde. Voor de GIZ-projecten werd een afzonderlijke workshop per project georganiseerd, aangezien er bij dit type project een groter aantal en meer diverse stakeholder zijn betrokken.
    - Er werd getracht workshops zoveel als mogelijk te organiseren in de provincie waar het project plaatsvindt. Dit omdat workshops fysiek moesten doorgaan en het dus praktisch haalbaar moest zijn om mensen effectief samen te brengen. Enkel wanneer er onvoldoende projecten aanwezig waren in één provincie om voldoende participanten op de workshop te garanderen, werden projecten over meerdere provincies samengebracht.
    - Om een goede mix van professionals te bereiken per workshop, werd de professionele achtergrond van de deelnemers bevraagd alvorens een workshop werd vastgelegd. Het minimum aantal deelnemers per workshop werd vastgelegd op 5 (cfr. volgende slide voor een overzicht van de aanwezige beroepsgroepen)

- Begeleidingscapaciteit voorzien: 10 transitiebegeleiders vanuit WeCare werden verdeeld over 27 workshops. Deze transitiebegeleiders fungeerden als aanspreekpunt voor de deelnemers aan het traject en faciliteerden de workshops.
- Planning opmaken: het traject moest in een beperkte tijdsspanne gerealiseerd worden om de noodzakelijke input tijdig te kunnen capteren en verwerken.

2. Uitvoering: het hele traject vond plaats in de periode: 29 augustus t.e.m. 28 oktober 2022

- Stap 1: individueel invullen van een **online enquête.** De deelnemers bereidden zich voor op de workshop d.m.v. het invullen van de online vragenlijst. In totaal werden 168 vragenlijsten verzameld.
    - De deelnemers hadden de mogelijkheid om voor elk van de 12 Scirocco dimensies een score toe te kennen op basis van een vooraf bepaalde schaal en om voor die score een argumentatie toe te voegen in het invulveld.
    - Dit leidde tot een individueel spindiagram. Het systeem laat toe om de individuele scores samen te voegen tot een gemeenschappelijk diagram (afhankelijk van de grootte van de groep is dit een spindiagram of een diagram met bollen in verschillende grootte). Gezien de grootte van onze groepen waren dit in hoofdzaak diagrammen met bollen, waarop kon worden afgelezen hoeveel deelnemers een bepaalde score aan een bepaalde dimensie gegeven hebben.

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

Verdere detaillering aanpak van werkstroom 3: Ondersteuning aan het mesoniveau in veranderingsdynamiek naar geïntegreerde zorg

Toepassing binnen dit programma

Augustus – September – oktober '22

2. Uitvoering:

- Stap 1: individueel invullen van een **online enquête** (vervolg)
  - Mensen die de vragenlijst niet hebben ingevuld werden aangespoord via reminder mails om dit alsnog te doen. De opgegeven redenen voor het niet invullen waren veelal tijdsgebrek. Daarnaast zijn een aantal vragenlijsten (geschat op minimum 50) verloren gegaan omwille van de matige gebruiksvriendelijkheid van de online tool, waardoor antwoorden niet werden opgeslagen. Er werd de flexibiliteit geboden om deel te nemen aan de workshop zonder de vragenlijst in te dienden en omgekeerd.
  - De gecombineerde spindiagrammen, samengesteld op basis van de vragenlijsten voor elk van de drie projectgroepen, geven een **grote spreiding van scores voor de verschillende dimensies** weer. De inschatting van de maturiteit van elk van deze dimensies wordt door verschillende stakeholders dus verschillend ingeschat. Enkel voor dimensie 1 "Bereidheid tot verandering", werd door niemand de score 0 gegeven, wat aangeeft dat **alle stakeholders in de projectgroepen de noodzaak tot verandering om meer geïntegreerde zorg te bieden, erkennen**.
  - Daarnaast zien we dat de **gemiddelde score gegeven door de pilootprojecten geïntegreerde zorg** voor 10 van de 12 dimensies **hoger ligt dan bij de andere twee projectgroepen**. De oorzaak hiervoor zou kunnen liggen in het feit dat de pilootprojecten geïntegreerde zorg specifiek als doel hebben om geïntegreerde zorg voor (een brede groep) chronische patiënten uit te testen binnen een geografisch afgelijnde regio, terwijl de andere twee projectgroepen zich toespitsen op verbeterde zorg in een specifieke context als ouderenzorg en mentale gezondheid.

Spindiagram voor het geheel van de ELP projecten

Spindiagram voor het geheel van de projecten GIZ

Spindiagram voor het geheel van de P3 projecten

Collectieve spindiagram van de 3 projectgroepen

- Stap 2: **collectieve consensusworkshop** van 4 uur. In totaal namen 286 mensen deel aan een workshop. De variabiliteit van het deelnemers wordt weergegeven in de tabel rechts weergegeven.
  - Tijdens een workshop werd dieper ingezoomd op bepaalde dimensies. Het aantal besproken dimensies varieerde tussen 3 en 7 dimensies. Het bepalen van de dimensies gebeurde voornamelijk door de transitiebegeleiders. Zij kozen op basis van stap 1 voor dimensies :
    1. waar de scores van de deelnemers ver uit elkaar lagen;
    2. waar net veel gelijkgezindheid aanwezig was;
    3. waar in de argumentatie interessante elementen naar voren kwamen;
    4. zodat een gezonde spreiding van de dimensies over de workshops heen aanwezig was, zodat elke dimensie op zijn minst een aantal keer besproken werd voor elk van de verschillende projectgroepen.
  - Tijdens de workshop visualiseerden deelnemers hun score per dimensie door een plaats in te nemen in de ruimte of kaartjes in de lucht te steken en toelichting te geven aan elkaar m.b.t. de gegeven score.

286 = aantal aanwezigen van de verschillende soorten stakeholders tijdens de workshops - verdeeld over de volgende rollen			
39	Projectverantwoordelijke/project coördinator	11	Ergotherapeut / ergothérapeute
25	Lokale coördinatoren / Coordinateurs locaux GGZ	10	Ziekenhuisafgevaardigde / Hôpital délégué
25	Klinisch psycholoog / psychologue clinique/psychiater	10	Partners uit woonzorg of thuiszorg / partennaires des soins résidentiels ou soins à domicile
24	Andere/ Autre (vb. 1G1P, CLB,…)	9	Welzijnspartners/ partennaires d'aide
17	Huisartsen/ médecins de famille	8	Zorgkundige / professionnel de la santé
16	Projectmedewerkers / Personnel du projet	7	Apotheker / pharmacien
15	Casemanagers	6	Mantelzorgvertegenwoordiger / représentant d'aidants proches
14	Netwerkcoördinatoren / Coordinateurs du réseau GGZ	5	Verantwoordelijke locoregionaal netwerk / Représentant du réseau locorégional
14	Patiëntvertegenwoordiger / Représentant de patients	3	Mutualiteiten / mutualités
13	Verpleegkundige / infirmière	2	Vertegenwoordiger Logo / Coordinateur/représentant Logo
11	Sociaal werker / travailleur social	2	Actiecoördinatoren / Coordinateurs d'action

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

Verdere detaillering aanpak van werkstroom 3: Ondersteuning aan het mesoniveau in veranderingsdynamiek naar geïntegreerde zorg

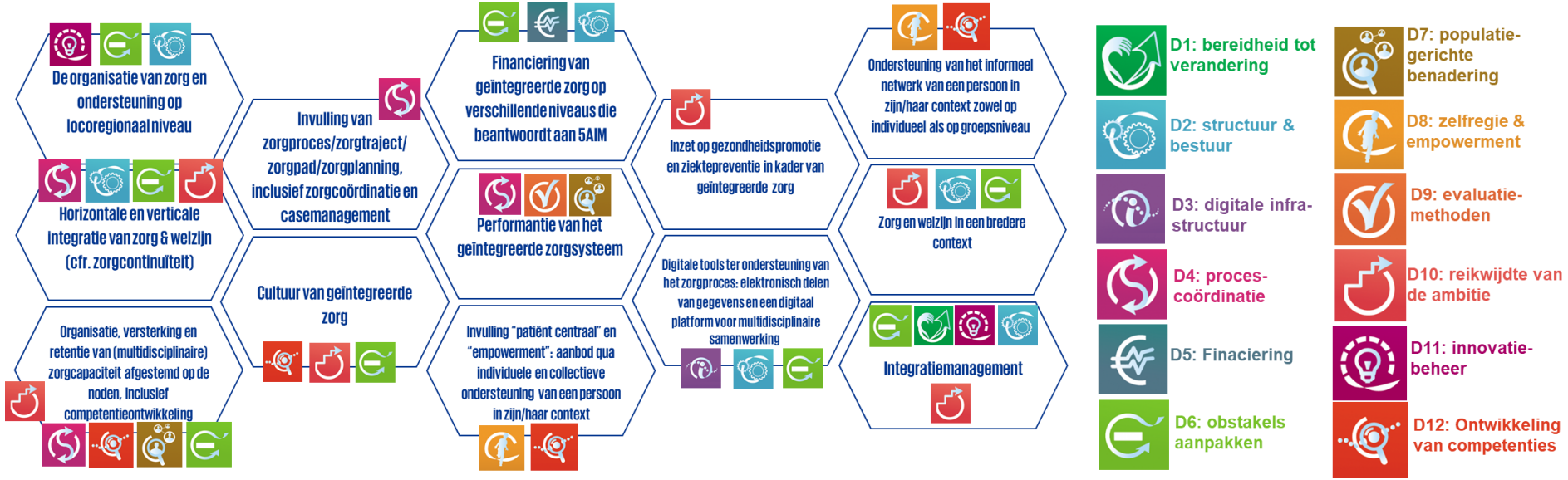
Toepassing binnen dit programma

November '22

3. Verwerking en nazorg

- De bespreking en eventuele consensus voor de behandelde dimensies werd door de transitiebegeleider genoteerd in een verslag (zie template in bijlage 12). Deelnemers ontvingen dit verslag, voor eigen reflectie m.b.t. toepassing in de eigen regio.
- Het projectteam kon vervolgens de output gebruiken i.k.v. input voor de opbouw van een ontwerp IFP, d.w.z.
  - De link kon worden gelegd tussen de Scirocco-dimensies van Scirocco en de 13 topics die werden geïdentificeerd als relevant voor het ontwerp IFP (zie figuur hieronder en bijlage 13)
  - Uitvoeren van een analyse van de goede praktijken, blokkerende en faciliterende factoren per topic (zie template in bijlage)

12 Scirocco dimensies geplot op 13 topics



© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 1: verdere detaillering aanpak

Verdere detaillering aanpak van werkstroom 3: Ondersteuning aan het mesoniveau in veranderingsdynamiek naar geïntegreerde zorg

Resultaat

Hogere aanpak leidde tot:

- Kwantitatieve info
  - Per project:
    - Een overzicht van de door deelnemers gegeven scores in Excel per dimensie
    - Een diagram met de geconsolideerde resultaten op elk van de 12 dimensies
  - Een collectief spindiagram
    - Per projecttype (ELP, GIZ en P3)
    - Overheen de 3 types projecten
  - Een schematische connectie tussen de 12 Scirocco dimensies en de 13 topics die werden geïdentificeerd als potentieel relevant voor een ontwerp IFP;
- Kwalitatieve info: wat leert dit over de maturiteit van GIZ in België vanuit de inschatting en ervaring van de 3 projectgroepen in scope.
- De nodig informatie voor het maken van een onderbouwde inschatting van de meerwaarde en gebruiksvriendelijkheid van Scirocco-methodologie en wat dit betekent voor eventueel verdergezet toekomstig gebruik

WeCare

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 2: bronnenlijst wetenschappelijke literatuur

Introductie

- 1. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. JAMA. 2022;327(6):521–522.
- 2. Itchhaporia D. The Evolution of the Quintuple Aim: Health Equity, Health Outcomes, and the Economy. J Am Coll Cardiol. 2021 Nov 30;78(22):2262-2264. doi: 10.1016/j.jacc.2021.10.018.

Hoofdstuk 1: Naar een veranderdynamiek i.k.v. een ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

- 1. Lambert Anne-Sophie, Op de Beeck Susanne, Herbaux Denis, Macq Jean, Rappe Pauline, Schmitz Olivier, Schoonvaere Quentin, Van Innis Anna Luisa, Vandenbroeck Philippe, De Groote Jesse, Schoonaert Lies, Vercruysse Helen, Vlaemynck Marieke, Bourgeois Jolyce, Lefèvre Mélanie, Van den Heede Koen, Benahmed Nadia. Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2022. KCE Reports 359A. DOI: 10.57598/R359AS.
- 2. WHO Regional Office for Europe. Integrated care models: an overview. 2016. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integratedcare-models-overview.pdf
- 3. IMC verslag 25 maart 2019

Hoofdstuk 2: Naar potentieel relevante bouwstenen voor het ontwerp Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

Hoofdstuk 3: Zoom in 13 topics met inzichten uit verschillende hoeken

Topic 1:

- 1. Quality in primary health care. World Health Organization 2018.
- 2. Baxter S et al. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. BMC Health Serv Res. 2018
- 3. Mitchell GK et al. Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary-secondary interface: how effective is it and what determines effectiveness? AustJ PrimHealth 2015
- 4. Valentijn PP et al. Rainbow of Chaos: A study into the Theory and Practice of Integrated Primary Care. Int J Integr Care 2016
- 5. Timmins N, Ham C. The quest for integrated health and social care. A case study in Canterbury, New Zealand 2013.
- 6. JS Lin et al. Framework for using risk stratification to improve clinical preventive service guidelines. Am J Prev Med 2018

Topic 2:

- 1. Lambert A-S, et al. Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2022. KCE Reports 359As.
- **2. Sam Pless et al. Organizatiemodellen voor geïntegreerde zorg, CORTEXS, April 2016**
- **3**. Looman et al. Drivers of successful implementation of integrated care for multi-morbidity: Mechanisms identified in 17 case studies from 8 European countries. Social Science & Medicine 2021

Topic 3:

- 1. Schottenfeld L et al. Creating Patient-Centered Team-Based Primary Care - Healthy People 2030. 2016
- 2. Borgermans, L. et al. How to improve integrated care for people with chronic conditions: Key findings from EU FP-7 Project INTEGRATE and beyond. 2017
- 3. Buret, L. B., Di Biagi, L., Defraine, F., Jamart, H. H., Vanderhofstadt, Q., D'Ans, P., Schetgen, M., & Mahieu, C. (2020). Chapitre 4 Collaboration interprofessionnelle et développement des compétences. In Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone. 73-104.
- 4. Ghorob A, Bodenheimer T. Building teams in primary care: A practical guide. 2015.
- 5. Hochman M. Improvement Happens: Team-Based Primary Care, an Interview with Stuart Pollack. 2015
- 6. https://www.dezorgsamen.be/power-to-care/
- 7. "Le Dictionnaire Oxford des termes statistiques", Oxford University Press, 2003 - Glossary of statistic Items, https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=2572

Topic 4:

- 1. Mahieu et al (2020). Rapport de recherche. La santé mentale des Bruxellois: quels sont les besoins de la "première ligne" et comment améliorer la collaboration entre métiers, entre structures et entre lignes?: Une perspective territoriale.
- 2. K Vanhaecht et al. An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions 2010
- 3. https://www.pozob.nl/ketenzorg/zorgprogrammas/, geconsulteerd op 26.10.22
- 4. https://www.zorgtraject.be/NL/Professioneel/default.aspx, geconsulteerd op 26.10.22
- 5. Goderis G, et al. Care trajectories are associated with quality improvement in the treatment of patients with uncontrolled type 2 diabetes : A registry based. Prim Care Diabetes. 2015

Topic 6:

- 1. https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/brochure-50j-riziv.pdf
- 2. Best Practice Project in Public Health: Promoting Integrated Care, Organisation for Economic Co-operation and Development, 8 Nov 2022
- 3. Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België | KCE (fgov.be)

Topic 6 (vervolg)

- 4. Roland, M. « Capitation contract financing of primary health care: a possible alternative to traditional payment for service ». Revue Medicale De Bruxelles 19, no 6 (1998): 483 93.
- 5 .https://www.ima-aim.be/IMG/pdf/200302_rapport_budgetgarantie._keuzes_en_aanbevelingen_voor_het_berekeningsmodel_1_.pdf
- 6. Tsiachristas, Apostolos. « Financial Incentives to Stimulate Integration of Care ». International Journal of Integrated Care 16, no 4 (28 2016): 8. https://doi.org/10.5334/ijic.2532.
- 7. Sandhu, Sahil, Anu Sharma, Rushina Cholera, et Janet Prvu Bettger. « Integrated Health and Social Care in the United States: A Decade of Policy Progress ». International Journal of Integrated Care 21, no 4 (2021): 9. https://doi.org/10.5334/ijic.5687

Topic 7:

- 1. Health Status (oecd.org)
- 2. Donabedian, Avedis. « Evaluating the Quality of Medical Care ». The Milbank Quarterly 83, no 4 (2005): 691 729. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x
- 3. Van Durme, Thérèse, Lucia Alvarez Irusta, et Jean Macq. « L'évaluation des soins intégrés en Belgique », 2018. https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:199409.
- 4. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_313A_Performantie_Rapport_2019_Rapport%20NL.pdf
- 5. Ibn El Haj, Hanae, Noureddine Rais, et Mohamed Lamrini. « Quality of Care between Donabedian Model and ISO9001V2008 », 2013, 14
- 6. Valentijn, Pim P., Sanneke M. Schepman, Wilfrid Opheij, et Marc A. Bruijnzeels. « Understanding Integrated Care: A Comprehensive Conceptual Framework Based on the Integrative Functions of Primary Care ». International Journal of Integrated Care 13, no 1 (22 2013). https://doi.org/10.5334/ijic.886.
- 7. Integreo. « Integreo Plan conjoint en faveur des malades chroniques Des soins intégrés pour une meilleure santé », s. d. https://www.integreo.be/fr.

Topic 8:

- 1. Marzban, S., Najafi, M., Agolli, A., & Ashrafi, E. (2022). Impact of Patient Engagement on Healthcare Quality: A Scoping Review. Journal of patient experience, 9, 23743735221125439. https://doi.org/10.1177/23743735221125439.
- 2. Gray, C. S., Grudniewicz, A., Armas, A., Mold, J., Im, J., & Boeckxstaens, P. (2020). Goal-oriented care: a catalyst for person-centred system integration. International journal of integrated care, 20(4).
- 3. Bombard, Y., Baker, G. R., Orlando, E., Fancott, C., Bhatia, P., Casalino, S., Onate, K., Denis, J. L., & Pomey, M. P. (2018). Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. Implementation science : IS, 13(1), 98. https://doi.org/10.1186/s13012-018-0784-z.
- 4. Sak, G., Rothenfluh, F., & Schulz, P. J. (2017). Assessing the predictive power of psychological empowerment and health literacy for older patients' participation in health care: A cross-sectional population-based study. BMC Geriatrics, 17, 59.
- 5. Nys, Herman. "De rechten van de patiënt in de deelstaten." (2022).

Topic 9:

- 1. Ahgren B, Axelsson R. Evaluating integrated health care: a model for measurement. Int J Integr Care. 2005;5:e01; discussion e03, e09.
- h42_5_02_kort_nieuws_0.pdf (domusmedica.be)
- 2. Chen Y, Tian Y, Sun X, Wang B, Huang X. Effectiveness of empowerment-based intervention on HbA1c and self-efficacy among cases with type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis of randomized controlled trials. Medicine (Baltimore). 2021 Sep 24;100(38):e27353.
- 3. Ng WI, Smith GD. Effects of a self-management education program on self-efficacy in patients with COPD: a mixed-methods sequential explanatory designed study. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2017 Jul 20;12:2129–39.
- 4. Shnaigat M, Downie S, Hosseinzadeh H. Effectiveness of Health Literacy Interventions on COPD Self-Management Outcomes in Outpatient Settings: A Systematic Review. COPD J Chronic Obstr Pulm Dis. 2021 May 4;18(3):367–73.
- 5. Disler RT, Appleton J, Smith TA, Hodson M, Inglis SC, Donesky D, et al. Empowerment in people with COPD. Patient Intell. 2015 Dec 30;8:7–20.
- 6. Gai QY, Lv H, Li YP, Fu QM, Li P. Education intervention for older adults with osteoporosis: a systematic review. Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA. 2020 Apr;31(4):625–35.
- 7. Ould Brahim L, Lambert SD, Feeley N, Coumoundouros C, Schaffler J, McCusker J, et al. The effects of self-management interventions on depressive symptoms in adults with chronic physical disease(s) experiencing depressive symptomatology: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2021 Nov 20;21(1):584.
- 8. Schnock KO, Howard EP, Dykes PC. Fall Prevention Self-Management Among Older Adults: A Systematic Review. Am J Prev Med. 2019;56(5):747–55.
- 9. Lorig KR, Mazonson PD, Holman HR. Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. Arthritis Rheum. 1993 Apr;36(4):439–46.
- 10. Wilson JMG, Jungner G. PRINCIPLES AND PRACTICE OF SCREENING FOR DISEASE. :168.

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 2: bronnenlijst wetenschappelijke literatuur

Topic 10:

- 1. eHealth | Shaping Europe's digital future [Internet]. [cited 2022 Oct 23]. Available from: https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/ehealth
- 2. Reddy M. Digital Transformation in Healthcare in 2022: 7 Key Trends [Internet]. Digital Authority Partners. 2022 [cited 2022 Oct 23]. Available from: https://www.digitalauthority.me/resources/state-of-digital-transformation-healthcare/
- 3. Kasyanau A. The six key trends driving the future of digital healthcare [Internet]. Fast Company. 2022 [cited 2022 Oct 23]. Available from: https://www.fastcompany.com/90754971/the-six-key-trends-driving-the-future-of-digital-healthcar
- 4. Lorica B. 2022 AI in Healthcare Survey Report [Internet]. Gradient Flow. 2022 [cited 2022 Oct 23]. Available from: https://gradientflow.com/2022aihealthsurvey/
- 5. The State Of Digital Health | CB Insights [Internet]. [cited 2022 Oct 23]. Available from: https://instapage.cbinsights.com/research-state-of-healthcare
- 6. Best Practice Project in Public Health: Promoting Integrated Care, Organisation for Economic Co-operation and Development, 8 Nov 2022

Topic 11:

- 1. Lambotte, D., Smetcoren, A. S., Zijlstra, G., De Lepeleire, J., De Donder, L., Kardol, M., & D-SCOPE Consortium (2020). Meanings of Care Convoys: The Structure, Function, and Adequacy of Care Networks Among Frail, Community-Dwelling Older Adults. *Qualitative health research*, 30(4), 583–597. https://doi.org/10.1177/1049732319861934

Topic 12:

- 1.Tulchinsky, T. H. (2018). Marc Lalonde, the Health Field Concept and Health Promotion. Case Studies in Public Health, 523.
- 2. OMS-WHO, 124. « Commission des déterminants sociaux de la santé : rapport du Secrétariat ». Organisation mondiale de la Santé, 2009. https://apps.who.int/iris/handle/10665/2902.
- 3. INPES. « INPES - ISS: Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ? », 15 2020, 4

Topic 13:

- 1. Schubert I, Stelzer D, Siegel A, Köster I, Mehl C, Ihle P, et al. Ten-Year Evaluation of the Population-Based Integrated Health Care System 'Gesundes Kinzigtal'. Dtsch Arzteblatt Int. 2021 Jul 12;118(27–28):465–72.

Hoofdstuk 4: Zoom in instrumentarium

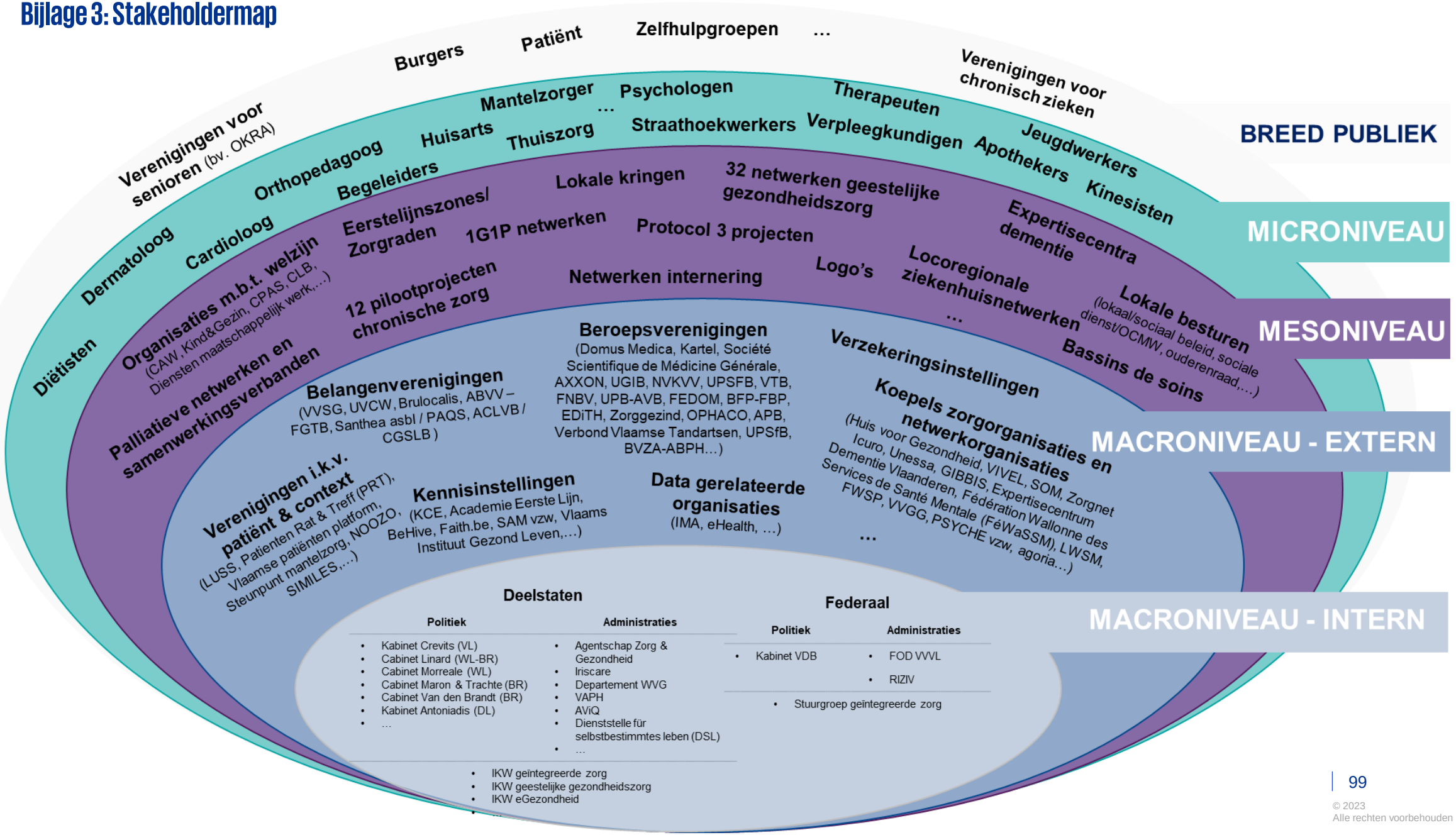
- Protocolakkoord van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid houdende het actieplan e-Gezondheid 2022-2024
- Digitaal zorg en ondersteuningsplan: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid: https://www.zorg-en-gezondheid.be/beleid/ezorgzaam-vlaanderen/digitaal-zorg-en-ondersteuningsplan
- Overeenkomst voor het project ter ondersteuning van personen met complexe zorg- en hulpbehoeften https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/ouderenzorg/alternatieven-ouderen/Paginas/projecten-fase-3.aspx
- KCE rapport evaluatie derde fase van protocol 3 projecten
- Belrai https://www.belrai.org/nl
- SCIROCCO Exchange Maturity Model for Integrated Care – v1.0 – 13.06.2019
- HSO Integrated People-Centred Health SystemsCAN/HSO 76000:2021 (E), April 2021

Bijlage 1:

- Algemeen geraadpleegde (ontvangen of gevonden) documentatie:
  - Plan geïntegreerde zorg
  - KCE integrated care rapport
  - KCE rapport evaluatie derde fase van protocol 3 projecten
  - New Deal huisartsen
  - Gidsen GGZ netwerken volwassenen
  - Gidsen GGZ netwerken kinderen & jongeren
  - Nota CGV 2022/221 (incl. aanvullende nota)
  - Note Publique: Renforcer l'organisation de la première ligne d'aide et de soins, une priorité fondamentale pour la fin de législature 2022-2024 (BX)
  - Note relative aux bassins d'aide et de soins bruxellois
  - Présentation IKW Integrierte Versorgung Projekte Ostbelgien
  - Intermediair rapport meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024
  - Mantelzorgplan 2022-2024
  - Nota integreo projecten 'Uitbreidingsfase na 2022'
  - Sharepoint pilootprojecten GIZ: fiches, jaarrapporten,…
  - Eindrapport en aanbevelingen van de wetenschappelijke evaluatie en ondersteuning van GZP door FAITH.be.
  - Presentatie vanuit meerjarentraject over gezondheidsdoelstellingen
  - Nationaal akkoord arsten-ziekenfondsen 2022-2023 m.b.t transversale projecten en meerjarenbegroting
  - Overeenkomst psychologische functies eerstelijn 26 07 2021
  - Presentatie infosessie rond conventie uitbreiding psychologische hulp (20/09/2021)
  - Nota hervorming van de ziekenhuisorganisatie en – financiering van minister Frank Vandenbroucke (28/01/2022)
  - Rapport 10 jaar hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in België: een voortdurend evoluerend process (2021)
  - BIHR
  - Protocole d'accord de la Conférence Interministérielle Santé Publique portant sur le plan d'actions e-Santé 2022-2024 & actieplan e-Gezondheid 2022-2024
  - Transversale analyse jaarrapporten pilootprojecten GIZ (via IAC)
  - Stand van zaken aandachtspunten en aanbevelingen voor pilootproejcten GIZ na jaarrapporten 2020
  - Wetenschappelijke evaluatie van psychologische functies in de eerste lijn in België
  - Gemeenschappelijke visie over zorgcoördinatie en casemanagement
  - Plan soins intégrés: rapport annuels 2021: des projets pilotes de Soins Intégrés
  - Eindrapport van de EPCAP-studie (Evaluation of Primary Care Psychology study).
  - Overzicht realisaties 18 componenten van geïntegreerdezorg anno2022/ Aperçu des réalisations des 18 composantes de ssoinsintégrés en 2022
  - Zorgpad obesitas bij kinderen en jongeren
  - rapport_wetenschappelijk_comite_meerjarenbegroting.pdf (fgov.be)
  - Overeenkomst voor het project ter ondersteuning van personen met complexe zorg- en hulpbehoeften
  - ….
- 1.https://www.scirocco-project.eu/scirocco-tool
- 2. Research Explorer - (174N05621) Aanpassing van de SCIROCCO Tool en de 12 dimensies aan het multi-disciplinaire werkveld van de Eerste Lijn Zorgraden + Toetsing van de SCIROCCO Tool om te gebruiken in het concept van Doelgerichte Zorg (ugent.be)
- 3. https://www.vivel.be/nl/nieuws/piloot-project-met-scirocco-tool/
- 4. Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België | KCE (fgov.be)

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 3: Stakeholdermap



© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 4: Overzicht deelnemers bilaterale kennismakingsgesprekken

Soort	Organisatie	Naam
Bilaterale Kennismakingsgesprekken opdrachtgever	FOD VVVL	Bernard Jacob
		Isabelle Van der Brempt
		Saskia Van Den Bogaert (volledige 'kleine' IAC)
		Tom Verhaeghe
		Annick Poncé
		Hans Verrept
	RIZIV-INAMI	Daniel Crabbe
		Jelle Coenegrachts
		Patrick Verliefde
		Tom Verdonck
		Marleen Louagie
		Pedro Facon
		Mike Daubie
		Bert Winnen
Bilaterale Kennismakingsgesprekken federaal kabinet	Kabinet Vandenbroucke	Evelyne Hens
		Isabel Moens
		Ri De Ridder
		Nick Marley
Bilaterale Kennismakingsgesprekken vertegenwoordigers deelstaten (kabinetten	Brussel	David Hercot
		Valentine Musette (Brusano)
	Vlaanderen	Ellen Thielens
		Jeroen van der Brandt
	Wallonië	Brigitte Bouton
		Yolande Husden
		Marina Libertiaux
	Duitstalige gemeenschap	Julia Hepp
Bilaterale Kennismakingsgesprekken i.k.v. WS 3	FOD Volksgezondheid	Karolien Weemaes
		Stéphanie Natalis
		Patricia Chavez & Nilgun Kizilmese
		Murielle Makuch
		Florence Leveque

30 bilaterale kennismakings-gesprekken met in totaal 40 personen

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 5: Overzicht deelnemers interactieve workshop 7/09

	Vertegenwoordigers van*:				
	FOD VVVL	RIZIV	Kabinet Vandenbroucke	Deelstaten	
	• Saskia Van den Bogaert	• Daniel Crabbe	• Isabel Moens	**Vlaanderen** • Anneleen Craps • Bavo Smits	
	• Tom Verhaeghe	• Marleen Louagie	• Katrien Vervoort	**Wallonië** • Caroline Frère	
	• Bernard Jacob	• Tom Verdonck	• Ri De Ridder	**Brussel**: • Alexia Lescart	
	• Isabelle Van Der Brempt	• Florence Leveque		**Duitstalige gemeenschap**: • Laura Piraprez • Julia Hepp	
	• Annemarie Jacobi	• Jelle Coenegrachts			
	• Patricia Chavezmejia	• Lieselotte Huyghe			
	• Hannelore Goovaerts				
	• Sarah Morskink				
	• Melissa Chebieb				
Totaal:	**10**	**6**	**3**	**6**	**25**

** Betreft personen die werkelijk deelgenomen hebben aan de workshop*

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 6: Overzicht deelnemers sleutelfiguurbevragingen (SFB)

	Stakeholdergroep	Sleutelfiguur	Organisatie	Individueel gesprek	Groepsgesprek
Vertegenwoordigers opgenomen in begeleidingscomité + rechtstreekse link met verzekeringscomité	**Mutualiteiten**	Jean-Pascal Labille	VI300 - Solidaris	X	
		Luc Van Gorp Elisabeth Degryse Sandra Derieuw	CM	X	
		Xavier Brenez	Onafhankelijke Ziekenfondsen	x	
	Artsensyndicaten	Gilbert Bejjani	ABSYM	x	
		Stan Politis Jos Van Hoof	ABSYM	x	
		Thomas Gevaert Jonathan Brauner	Kartel ASGB – MODES - GBO	x	
		Roel Van Giel	AADM		x
	Beroepsverenigingen	Stefaan Teughels	Domus Medica		
		Quentin Mary	SSMG	x	
		Stefaan Hanson	Verbond Vlaamse Tandarsten		**2 Groeps-gesprekken**: Nl – Fr
		Nicolas Echement (Fr) Koen Straetmans (Nl)	APB		
		Anne Santi FR Marc Henri Cornely	OPHACO		
		Dominique Wouters	BVZA-ABPH		
		Peter Bruynooghe	AXXON		
		Hendrik Van Gansbeke Elise Keldermans	Wit-Gele Kruis Vlaanderen		
		Wouter Decat (NL)/Martine Braem (FR)	AUVB / UGIB		
		Carole Bossens	sages-femmes		
		Pierre Seeuws Marc-Eric Guisset	Ergotherapie BE		
		Koen Lowet	VVKP		
		Quentin Vassart	UPPCF		
Vertegenwoordigers opgenomen in begeleidingscomité + rechtstreekse link met verzekeringscomité	**Vakbonden**	Lisa Castelein	ACLVB / CGSLB		X
		Anne Panneels Raf De Weerdt	ABVV – FGTB		
		EL OTMANI Youssef	ACV		
	Federatie van ondernemingen	Stefanie Devos	beMedTech		X
		Karlien Erauw	Agoria Brussels		
	Ziekenhuiskoepels/ federaties	Hilde De Nutte Karen De Vuyst Bernadette Vandenheuvel	Zorgnet Icuro	x	
		Benoît Hallet - is vervangen door Marc Demesmaecker Aline Hotterbeex David Lefebvre*	UNESSA		X
		Dieter Goemaere	GIBBIS		
		Denis Herbaux	Santhea asbl / PAQS	x	
Federaal betrokken admini-straties	**RIZIV - team DGV**	Vera Beeken Jelle Coenegrachts Daniel Crabbe en dispatch naar anderen	team DGV - RIZIV	x	

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 6: Overzicht deelnemers sleutelfiguurbevragingen (SFB)

	Stakeholdergroep	Sleutelfiguur	Organisatie	Individueel gesprek	Groepsgesprek
Vertegenwoordigers deelstaten op beleidsniveau toe te voegen (macro niveau)	Beleidsniveaus op deelstatelijk niveau	Dirk Dewolf Tom De Boeck	Vlaanderen (dep zorg en gezondheid)		x
		Marijke Enghien Karine Moykens	Vlaanderen (dep welzijn)		x
		Caroline Frère Brigitte Bouton	Wallonië: AVIQ (dep zorg, gezondheid en welzijn)	x	
		Nathalie Noël Madame Lescart Monsieur Vladimir Martens	Cocom / GGC	x	
		Tania Dekens	Iriscare	x	
		Julia Hepp Sarah Paquet	Duitstalige gemeenschap	x	
Vertegenwoordigers van overige organisaties (macro niveau: combinatie zorg en welzijn)	Koepelverenigingen/ netwerken	Caroline Verlinde Gerrit Rauws	VIVEL	x	
		Valentine Musette	Brusano	x	
		Marina Danckaerts	Netwerk kinderen en jongeren - Vlaams Brabant		X
		David Dol	Netwerk volwassenen - Limburg		
		Didier de Vleeschouwer	Netwerk kinderen en jongeren - Namur		
		Geneviève Loots	Netwerk volwassenen - Waals Brabant		
Ondersteuning persoon en bredere netwerk:	Patiënten- en mantelzorgverenigingen	Else Tambuyzer	VPP		x
		Carine Serano	LUSS		
		Anja Boffenrath	PRT		
		Johan Tourne Naomi Debruyne	Vlaams Mantelzorgplatform		x
		Maxime Delaite	Aidants proches		
Welzijnskoepel:	Welzijnskoepels	Herwig Teugels Olivia Vanmechelen	Kenniscentrum Welzijn Wonen Zorg	x	
		Hendrik Delaruelle	Vlaams welzijnsverbond		
		Stefaan Berteloot	Zorggezind	x	
		Gaël Verzele	La Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile		x
		Gaël Schadeck Dikra Charradi	Fédération des Services Bruxellois d'Aide à Domicile		
		Deborah Dewulf	Fédération des Centres de Services à Domicile		
Wetenschappelijke partners:	Academie voor de Eerste Lijn	Roy Remmen Emily Verté	UAntwerpen VUB	x	
		Josephine Van Olmen	Uantwerpen		
	Academici	Thérèse Van Durme Jean Macq	UCLouvain	x	
		Pauline Boeckxstaens Jan De Maeseneer	UGent	x	
	KCE	Jolyce Bourgeois Nadia Benahmed	KCE	x	

Totaal: 34

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 7: Interviewleidraad en voorbereidende oefening sleutelfiguurbevragingen

Version FR

1. Guide d'entretien pour les entretiens semi-structurés

Lors de l'entretien, nous souhaitons discuter avec vous des questions suivantes :

Questions de contenu

- Qu'entendez-vous par soins intégrés ?
- Quelle est votre position ou votre opinion sur l'ambition de réaliser des soins intégrés en Belgique?
  - Pourquoi votre attitude est-elle plutôt négative/ neutre/ plutôt positive?
- Facultatif: Dans quelle mesure connaissez-vous le plan de SI de 2015?
- Dans quelle mesure croyez-vous à un plan interfédéral comme instrument de réalisation des soins intégrés?
- Dans quelle mesure les 13 thèmes vous sont-ils familiers?
  - Y a-t-il des sujets qui manquent selon vous?
- Quelles sont les éléments liés aux 13 thèmes qui ont déjà été réalisées ou qui sont actuellement en cours de réalisation selon vous?
  - Y a-t-il des éléments dans lesquelles votre organisation a joué un rôle?
    Si oui, quel rôle ?
- Quelle est votre ambition/celle de vos organisations en ce qui concerne les 13 thèmes/les soins intégrés ?
- Quels engagements minimums devraient être inclus dans le plan pour les 13 sujets ? *Par exemple : pour le thème "niveau locorégional", au moins X certaine action doivent être incluses dans le plan.*
- Quels leviers voyez-vous pour réaliser certaines questions dans ce futur plan ?
- Quels sont, selon vous, les facteurs qui pourraient entraver l'élaboration d'un plan interfédéral et sa mise en oeuvre?
- Sur la base de tout ce dont nous avons discuté, quels sont, selon vous, les sujets sur lesquels il est le plus prioritaire de progresser rapidement ?

Version FR

2. Exercice préparatoire

***Instructions pour l'exercice préparatoire**: pour chaque « topic », cochez 1) l'importance de ce topic pour votre organisation afin de réaliser les soins intégrés (SI) et 2) dans quelle mesure votre organisation a un impact sur la mise en œuvre de ce topic. Nous discuterons du résultat au cours de l'entretien.*

Topic:	Quelle est l'importance de prendre des mesures dans ce topic pour réaliser les SI?					Dans quelle mesure votre organisation peut-elle contribuer à prendre des mesures dans ce topic?				
	Pas important 1	2	3	4	Très important 5	Contribution limité 1	2	3	4	Grande contribution 5
1. L'organisation des soins et de l'aide au niveau locorégional										
2. Intégration horizontale et verticale des soins et du bien-être (cf. continuité des soins)										
3. Organisation, renforcement et rétention de la capacité de soins (multidisciplinaires) adaptée aux besoins, y compris le développement des compétences										
4. Interprétation du processus de soins/du trajet de soins/du parcours de soins/de la planification des soins, y compris la coordination des soins et le casemanagement										
5. Culture de soins intégrés										
6. Financement des soins intégrés à différents niveaux qui répondent au 5AIM										
7. Performance du système de soins intégrés										
8. Interprétation de la « centralité du patient » et de l' « empowerment » : offre en termes d'accompagnement individuel et collectif de la personne dans son contexte										
9. Engagement envers la promotion de la santé et la prévention des maladies dans le contexte des soins intégrés										
10. Outils numériques qui soutiennent le processus de soins : partage de données électroniques et plateforme numérique pour la collaboration multidisciplinaire										
11. Soutien du réseau informel d'une personne dans son contexte, à la fois individuellement et collectif										
12. Soins et bien-être dans un contexte plus large										
13. Gestion de l'intégration										

Versie NL

Interviewleidraad voor semigestructureerde interviews

Volgende vragen bespreken we graag met u tijdens het interview.

Inhoudelijke vragen

- Wat verstaat u onder geïntegreerde zorg?
- Wat is uw houding/ mening ten opzichte van de ambitie om geïntegreerde zorg te realiseren in België?
  - Waarom is uw houding eerder negatief/ neutraal/ eerder positief?
- Optioneel: In hoeverre bent u op de hoogte van het plan GIZ van 2015?
- Hoe sterk gelooft u in een interfederaal plan als instrument om geïntegreerde zorg te realiseren?
- Hoe herkenbaar zijn de 13 topics voor u?
  - Zijn er topics die ontbreken volgens u?
- Welke zaken met betrekking tot de 13 topics zijn volgens u reeds gerealiseerd of momenteel in fase van realisatie?
  - Zijn hier zaken bij waar uw organisatie een rol in heeft gespeeld?
    Zo ja, welke rol?
- Wat is uw ambitie/ de ambitie van uw organisaties met betrekking tot de 13 topics/ geïntegreerde zorg?
- Welke minimale engagementen zouden voor de 13 topics moeten opgenomen worden in het plan? *Bijvoorbeeld: voor topic "locoregionaal niveau" dient minimaal bepaalde actie X in het plan te worden opgenomen.*
- Welke hefbomen ziet u om bepaalde zaken in dit toekomstig plan te realiseren?
- Welke factoren ziet u die het opmaken van een interfederaal plan en de realisatie ervan kunnen belemmeren?
- Op basis van alles wat we besproken hebben, welke topics vindt u het meest prioritair om snel vooruitgang op te boeken?

Versie NL

Voorbereidende oefening

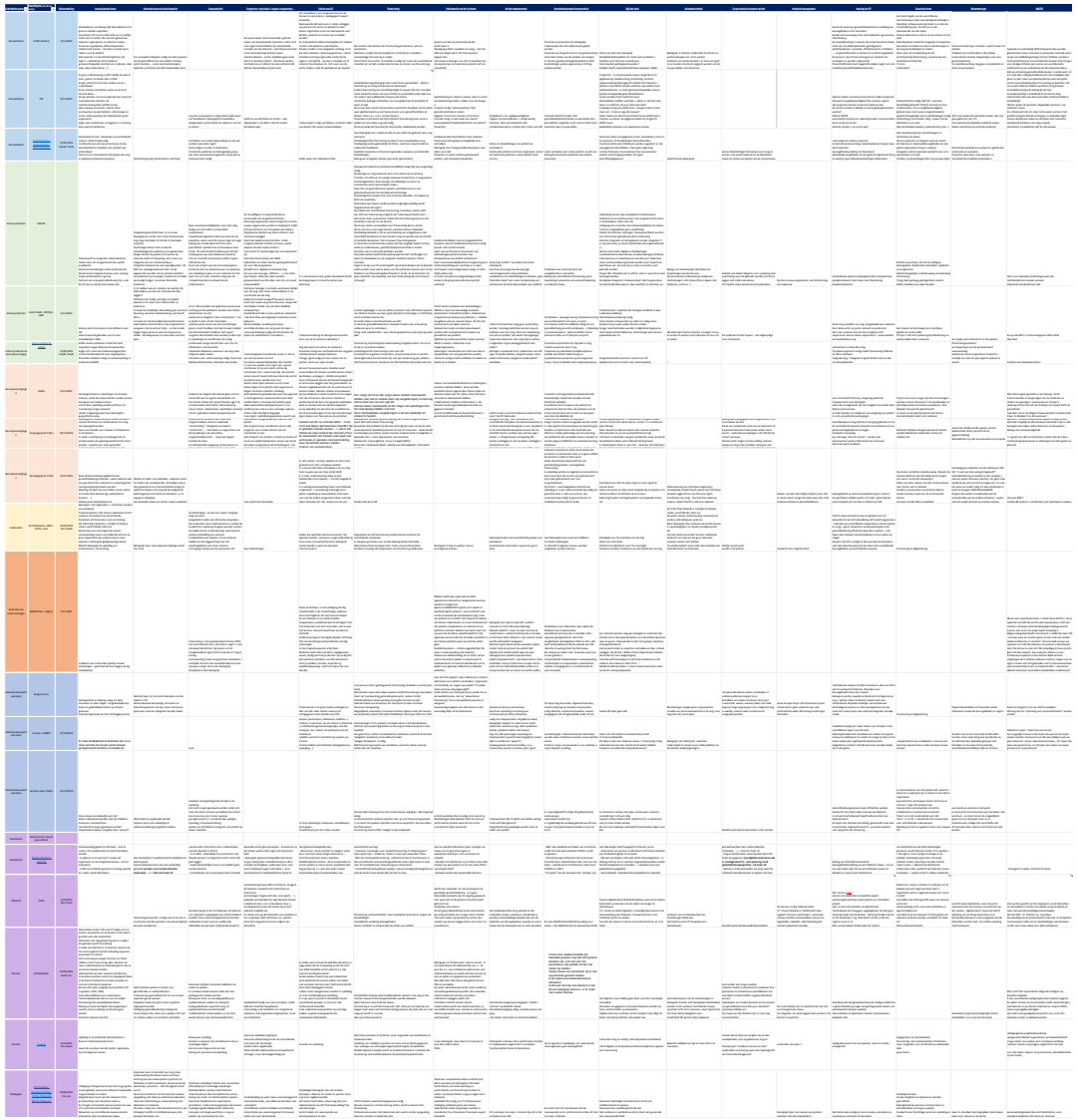
***Instructie voorbereidende oefening**: kruis voor elk topic aan 1) hoe belangrijk dit topic is voor uw organisatie om geïntegreerde zorg (GIZ) te kunnen realiseren en 2) in welke mate uw organisatie impact heeft op de uitvoering van dit topic. We bespreken de uitkomst tijdens het interview.*

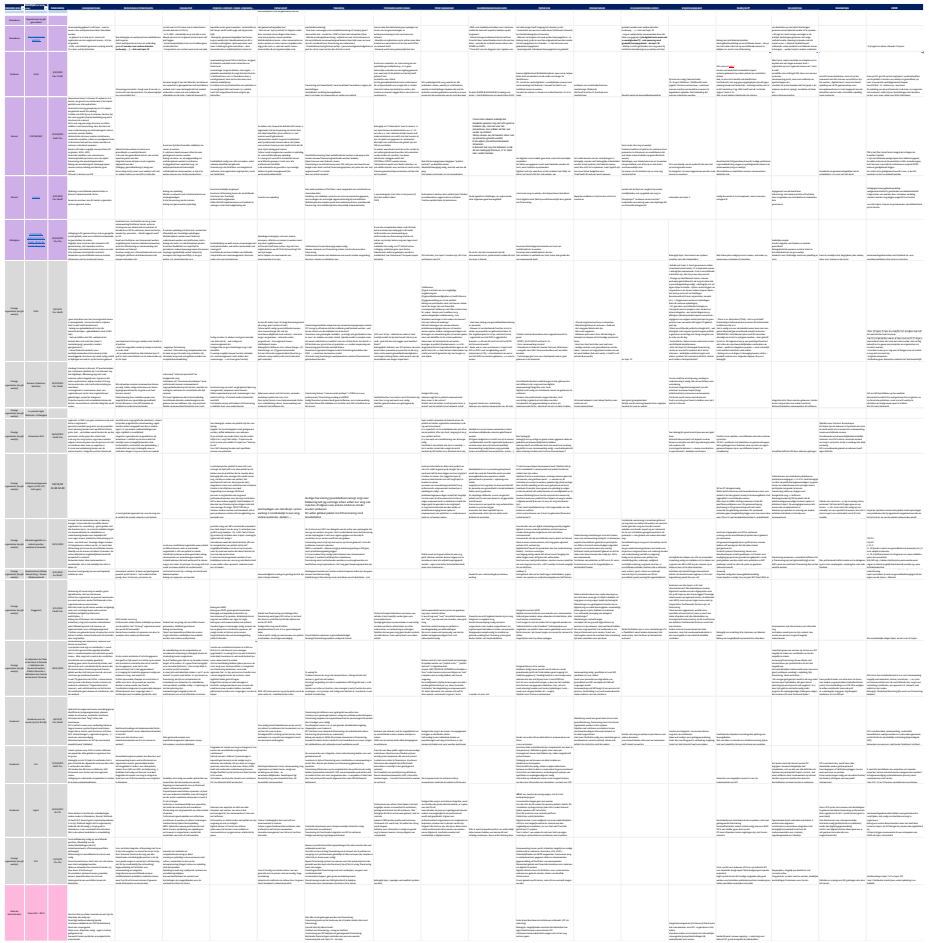
Topic:	Hoe belangrijk is het nemen van maatregelen binnen dit topic voor de realisatie van GIZ?					In welke mate kan uw organisatie bijdragen aan het nemen van maatregelen binnen dit topic?				
	Niet belangrijk 1	2	3	4	Zeer belangrijk 5	Beperkte bijdrage 1	2	3	4	Grote bijdrage 5
1. De organisatie van zorg en ondersteuning op locoregionaal niveau										
2. Horizontale en verticale integratie van zorg & welzijn (cfr. zorgcontinuïteit)										
3. Organisatie, versterking en retentie van (multidisciplinaire) zorgcapaciteit afgestemd op de noden, inclusief competentieontwikkeling										
4. Invulling van zorgproces/zorgtraject/zorgpad/zorgplanning, inclusief zorgcoördinatie en casemanagement										
5. Cultuur van geïntegreerde zorg										
6. Financiering van geïntegreerde zorg op verschillende niveaus die beantwoordt aan 5AIM										
7. Performantie van het geïntegreerde zorg systeem										
8. Invulling "patiënt centraal" en "empowerment": aanbod qua individuele en collectieve ondersteuning van een persoon in zijn/haar context										
9. Inzet op gezondheidspromotie en ziektepreventie in kader van geïntegreerde zorg										
10. Digitale tools ter ondersteuning van het zorgproces: elektronisch delen van gegevens en een digitaal platform voor multidisciplinaire samenwerking										
11. Ondersteuning van het informeel netwerk van een persoon in zijn/haar context zowel op individueel als op groepsniveau										
12. Zorg en welzijn in een bredere context										
13. Integratiemanagement										

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 8: Verwerking van de sleutelfiguurbevragingen

A. Kwalitatieve verwerking o.b.v. bevraging





© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 8: Verwerking van de sleutelfiguurbevragingen

B. Kwantitatieve verwerking o.b.v. voorbereidende oefening

** Lege vakjes geven aan dat dit niet werd ingevuld door de sleutelfiguren*

1. Ingeschat belang van het topic als hefboom

1. Belang van het topic		Topic 1	Topic 2	Topic 3	Topic 4	Topic 5	Topic 6	Topic 7	Topic 8	Topic 9	Topic 10	Topic 11	Topic 12	Topic 13
Stakeholdergroep	Sleutelfiguren	Locoregionaal niveau	Horizontale en verticale	Zorgcapaciteit	Zorgproces, zorgtraject,	Cultuur van GIZ	Financiering	Performantie van het systeem	Patient empowerment	Gezondheidspromotie en	Digitale tools	Informeel netwerk	Zorg en welzijn in bredere context	Integratie management
Ziekenfonds	VI300 Solidaris	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	3	4
Ziekenfonds	CM	4	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4
Ziekenfonds	Onafhankelijke ziekenfondsen (Ann Ceuppens)	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4
Artsensyndicaten	ABSYM	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Artsensyndicaten	BVAS													
Artsensyndicaten	Kartel ASGB - MODES - GBO	5	5	5	5	5	5	3	3	5	4	5	3	5
Artsensyndicaten	Domus Medica & AADM													
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - VVKP	5	4	5	3	2	5	5	3	3	4	2	2	4
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - APB	5	5	4	3	4	4	4	4	4	5	4	3	4
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - AXXON	5	4	4	4	4	5	4	4	5	5	4	4	4
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - WGK	4	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - AUVB	5	4	5	3	3	5	4	3	3	4	3	4	5
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - ERGO VL	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	4
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 2 (FR) - sages femmes	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 2 (FR) - UGIB	5	4	4	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 2 (FR) - OPHACO	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	3	4	5
Beroepsverenigingen	ACLVB/CGSLB + ABVV - FGTB + ACV	4	4	5	4	5	5	5	5	5	4	5	4	4
Beroepsverenigingen	VVKP	5	4	5	3	2	5	5	3	3	4	2	2	4
Beroepsverenigingen	SSMG	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Federatie onderneming	BeMedTeck + Agoria				5	4	5		5	5	4			
ZH koepels / federatie	Zorgnet Icuro	5	3	4	4	4	5	4	3	4	5	3	3	3
ZH koepels / federatie	Unessa + GIBBIS	2	4	3	4	4	3	4	5	4	5	4	3	2
ZH koepels / federatie	Santhea asbl / PAQS	5	3	4	3	5	2	2	3	3	4	3	3	2
Deelstaten	Departement zorg & gezondheid	5	5	5	5	5	5		4	5	5	5	5	
Deelstaten	Departement welzijn													
Deelstaten	AVIQ	5	5	4	5	5	3	5	5	5	5	5		5
Deelstaten	COCOM/GGC	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	5	5	4
Deelstaten	Iriscare	5		5		4	4	5	4		5			
Deelstaten	Duitstalige gemeenschap (Julia Hepp & Sarah Paquet)	5	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5
Koepelorganisaties	VIVEL	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	
Koepelorganisaties	Brusano (Valentine Musette)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Koepelorganisaties	La premier ligne (Wallonie + Ostbelgien)	5	5	5	5	5	5	3	3	5	4	5	3	5
Netwerken GGZ	Netwerken GGZ	5	4	4	3	3	4	3	5	5	3	5	4	3
Netwerken GGZ	Netwerken GGZ	4	4	5	3	5	5	5	5	5	3	4	5	4
Netwerken GGZ	Netwerken GGZ	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Patiëntenvertegenwoo	LUSS	4	4	4	4	4	5	3	5	5	4	4	4	4
Patiëntenvertegenwoo	VPP	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5
Patiëntenvertegenwoo	PRT	4	3	4	3	3	5	2	4	5	3	3	4	3
Mantelzorgvereninge	Mantelzorgplatform + aidants proches wallonie et bruxelles	5		5	2	4	5	4	4	5	3	5	4	4
Welzijnkoepels	Vlaams Welzijnsverbond	3	5	4	4	5	3	5	5	4	3	4	5	4
Welzijnkoepels	Kenniscentrum Welzijn Wonen Zorg	5	4	5	2	3	5	2	3	4	4	3	5	3
Welzijnkoepels	Zorggezind	3	4	5	5	4	5	4	5	4	5	4	4	4
Thuiszorg	La Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile	5	4	4	5	3	5	4	4	4	5	4	4	3
Thuiszorg	Fédération des Services Bruxellois d'Aide à Domicile													
Thuiszorg	Fédération des Centres de Services à Domicile													
Academici	Academie voor de eerste lijn UA	5	5	5	2	4	5	5	4	4	5	5	2	2
Academici	Academie voor de eerste lijn VUB	5	5	5	2	4	4	4	5	4	5	5	5	5
Academici	UCL	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	3	4	5
Academici	UCL	5						5						
Academici	Ugent	5	5	5	5	5	5	4	5	3	4,5	5	5	5
Academici	Ugent	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	3
Wetenschappelijke pa	KCE	5	5	4	4	5	5	5	3	3	5	3	3	5
Wetenschappelijke pa	KCE	5	5	5	4	5	5	4	3	3	5	4	3	5
RIZIV	Team DGV - RIZIV	4	4	5	5	4	4	5	4	3	5	4	5	4
RIZIV	Team DGV - RIZIV	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Gemiddelde score	4,65	4,48	4,52	4,06	4,33	4,59	4,17	4,29	4,38	4,44	4,15	4,07	4,07

2. Verwachte bijdrage aan het topic

2. Bijdrage aan het topic		Topic 1	Topic 2	Topic 3	Topic 4	Topic 5	Topic 6	Topic 7	Topic 8	Topic 9	Topic 10	Topic 11	Topic 12	Topic 13
Stakeholdergroep	Sleutelfiguren	Locoregionaal niveau	Horizontale en verticale integratie	Zorgcapaciteit	Zorgproces, zorgtraject, zorgpad, zorgplanning, ...	Cultuur van GIZ	Financiering	Performantie van het systeem	Patient empowerment	Gezondheids-promotie en preventie	Digitale tools	Informeel netwerk	Zorgen welzijn in bredere context	Integratie management
Ziekenfonds	VI300 Solidaris	5	4	4	5	5	5	5	5	5	3	5	5	4
Ziekenfonds	CM	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Ziekenfonds	Onafhankelijke ziekenfondsen (Ann Ceuppens)	4	3	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	4
Artsensyndicaten	ABSYM	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Artsensyndicaten	Kartel ASGB - MODES - GBO	3	3	4	4	5	5	1	3	5	4	2	2	1
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - VVKP	3	1	3	3	4	4	2	3	3	3	3	2	2
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - APB	3	3	4	3	4	5	5	4	5	5	4	3	2
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - AXXON	3	3	2	3	4	4	3	3	5	5	1	3	1
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - WGK	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - AUVB	3	4	3	2	5	2	3	3	4	1	1	4	2
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 1 (NL) - ERGO VL	3	3	4	4	5	2	3	5	4	4	2	3	2
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 2 (FR) - sages femmes	3	3	2	2	2	2	2	2	5	2	2	2	
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 2 (FR) - UGIB	4	1	3	3	2	1	1	4	3	1	3	1	1
Beroepsverenigingen	Groepsgesprek 2 (FR) - OPHACO	4	3	2	2	4	2	1	5	5	3	2	1	1
Beroepsverenigingen	ACLVB/CGSLB + ABVV - FGTB + ACV	3	1	2	1	2	3	3	2	2	1	2	2	1
Beroepsverenigingen	VVKP	3	1	3	3	4	4	2	3	3	3	3	2	2
Beroepsverenigingen	SSMG	3	2	4	4	4	1	4	4	4	2	1	2	2
Federatie onderneming	BeMedTeck + Agoria	1	1	1	2	1	2	2,5	3	2,5	2	2	1	1
ZH koepels / federatie	Zorgnet Icuro						3,5							
ZH koepels / federatie	Unessa + GIBBIS	3	4	4	4	4	5	3	2	4	2	2	4	2
ZH koepels / federatie	Santhea asbl / PAQS	5	3	4	3	5	2	5	4	1	2	1	1	5
Deelstaten	Departement zorg & gezondheid	5	5	3	5	5	2		3	5	5	5	5	
Deelstaten	AVIQ	5	5	2	4	1	3	3	5	5	3	1	3	4
Deelstaten	COCOM/GGC	5	5	2	2	2	1	3	3	4	2	3	3	3
Deelstaten	Iriscare	5			4	4	2		4		2	2		
Deelstaten	Duitstalige gemeenschap (Julia Hepp & Sarah Paquet)	5	3	3	4	5	2	3	4	4	3	3	4	3
Koepelorganisaties	VIVEL	4	4	2	3	3	3	3	3	4	2	4	3	
Koepelorganisaties	Brusano (Valentine Musette)	5	5	2	4	3	2	2	5	2	2	2	2	3
Koepelorganisaties	La premier ligne (Wallonie + Ostbelgien)	3	3	4	4	5	5	1	3	5	4	2	2	1
Netwerken GGZ	Netwerken GGZ	4	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	4	3
Netwerken GGZ	Netwerken GGZ	2,5	4	2	3	4	2	3	4	4	2	4	4	2,5
Netwerken GGZ	Netwerken GGZ	3	3	4	3	4	1	3	4	3	1	2	2	3
Patiëntenvertegenwoo	Patiëntenvertegenwoordigers LUSS	3	3	3	2	2	2	2	3	2	3	4	2	2
Patiëntenvertegenwoo	Patiëntenvertegenwoordigers VPP	2	2	2	4	4	2	4	4	1	3	3	3	1
Patiëntenvertegenwoo	Patiëntenvertegenwoordigers PRT	2	3	2	3	2	1	3	4	4	3	2	3	2
Mantelzorgvereninge	Aidants proches wallonie et bruxelles	3		1	1	3	3	1	1	3	1	5	1	1
Welzijnkoepels	Vlaams Welzijnsverbond	3	4	4	4	5	4	5	4	3	4	2	5	4
Welzijnkoepels	Kenniscentrum Welzijn Wonen Zorg	3	3	2	2	4	1			3	1	4	4	5
Welzijnkoepels	Zorggezind	3	4	4	3	4	3	4	4	4	3	3	3	4
Thuiszorg	La Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile	5	5	4	5	3	5	3	4	2	5	4	1	3
Thuiszorg	Fédération des Centres de Services à Domicile	5	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3
Academici	Academie voor de eerste lijn UA	3	2	5	3	2	2	2	2	3		2	3	2
Academici	Academie voor de eerste lijn VUB	5	5	5	5	5	5	5	2	4		5	5	2
Academici	UCL	5	5	5	5	5	4	4	5	3	3	2	3	3
Academici	UCL	5						5						
Academici	Ugent	4	5	4		5	4	2		1	4			4
Academici	Ugent	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	3
Wetenschappelijke pa	KCE	3	3	2	3	1	4	5	2	2	1	3	1	3
Wetenschappelijke pa	KCE	3	3	2	3	1	4	5	2	2	1	3	1	3
RIZIV	Team DGV - RIZIV	1	2	3	3	4	5	4	3	2	3	2	1	
	Gemiddelde score	3,62	3,33	3,17	3,32	3,65	3,13	3,25	3,50	3,46	2,89	2,89	2,85	2,62
	Volgorde obv bijdrage	2	5	8	6	1	9	7	3	4	10	11	12	13

WeCare
2023
le rechten voorbehouden

Bijlage 9: Deelnemers* stakeholderforum

Stakeholdergroep	Organisatie	Contactpersoon	FR/NL
Federale overheid	IAC	Joke Wuyts	NL
	Kabinet VDB	Ri De Ridder	NL
		Katrien Vervoort	NL
	RIZIV/INAMI	Lieselotte Huyghe	NL
		Daniel Crabbe	NL
		Mickael Daubie	FR
	FOD VVVL	Tom Verhaeghe	NL
		Bernard Jacob	FR
		Saskia Van den Bogaert	NL
		Anaïs Meur	FR
		Karolien Weemaes	NL
Deelstaten	Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens	Julia Hepp	FR
	cabinet de Mr le Ministre Antonios Antoniadis	Laura Piraprez	FR
	AVIQ	Caroline Frère	FR
	Vlaanderen	Thomas Boeckx	NL
	Cabinet de la Ministre Christie Morréale,	Marina Libertiaux	FR
Federatie van ondernemingen	Agoria Brussels	Danny VAN ROIJEN	NL
	BeMedTech	Stefanie Devos	NL
Mutualiteiten	CM	Sandra Derieuw	NL
		Eline Senesael	NL
	VI300 - Solidaris	Siska Germonpré	NL
	Onafhankelijke Ziekenfondsen	Regina De Paepe	NL
Ziekenhuisfederaties/-koepels	GIBBIS	Edward Van Rossen	NL
	UNESSA	Virginie Lambert	FR
	ZORGNET ICURO	Hilde De Nutte	NL
Artsensyndicaten	Kartel ASGB – MODES – GBO	Thomas Gevaert	NL
		Paul De Munck	FR
	ABSYM / BVAS	Gilbert Bejjani	FR
Vakbonden	ABVV – FGTB	Anne Panneels	FR
Beroepsverenigingen	Verbond Vlaamse Tandarsten	Stefaan Hanson	NL
	AXXON	Peter Bruynooghe	NL
	OPHACO	Anne Santi	FR
	sages-femmes	Carole Bossens	FR
	APB	Nicolas Echement	FR
	Wit-Gele Kruis Vlaanderen	Elise Keldermans	NL
	AUVB / UGIB	Marc Koninckx	NL
	Association belge des pharmaciens hospitaliers	CARYN Victoire	FR
	belgische beroepsvereniging van orthopedische technologieen	DE WINTER Diane	NL
Koepelorganisaties	VIVEL	Caroline Verlinde	NL
	Netwerk volwassenen - Waals Brabant	Geneviève Loots	FR
Patiënten- en mantelzorgverenigingen	VPP	Sarah Jacobs	NL
	LUSS	Claire Servais	FR
	Mantelzorgplatform	Naomi Debruyne	NL
Welzijnskoepels	Vlaams welzijnsverbond	Hendrik Delaruelle	NL
	La Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile	Cindy Desmedt	FR
	Fédération des Services Bruxellois d'Aide à Domicile	Dikra Charradi	FR
	Zorggezind	Stefaan Berteloot	NL
Academici	Ugent	Jan De Maeseneer	NL
		Reini Haverals	NL
	Academische partner WeCare (KUL)	Geert Goderis	NL
	UCL	Thérèse Van Durme	FR
		Jean Macq	FR
Verzekeringscomité	Voorzitter	Anne Kirsch	FR
	VERBOND VAN BELGISCHE ONDERNEMINGEN	DE BISSCHOP Ineke	NL

Totaal:	54

** Betreft personen die de uitnodiging voor het stakeholderforum geaccepteerd hebben.*

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 10: "Long List" van instrumenten (1/5)

Topic	Korte beschrijving topic	Naam instrument	Type	Subtype	Criterium 1	Criterium 2	Criterium 3	Gebruiker
1	De organisatie van zorg en ondersteuning op locoregionaal niveau							
		Scirocco	Model		Meso- en macroniveau			Zorgorganisaties, beleidsorganisaties
		HSO	Richtlijn		Meso- en macroniveau			Zorgorganisaties, beleidsorganisaties
2	Horizontale en verticale integratie van zorg & welzijn (cfr. zorgcontinuïteit)							
		Canterbury model	Model		Meso- en macroniveau			Zorgorganisaties, beleidsorganisaties
		Regenboog model	Model		Meso- en macroniveau			Zorgorganisaties, beleidsorganisaties
		Chronic Care Model	Model		Micro and mesolevel			Zorgorganisaties, beleidsorganisaties
		Zipster	Platform	Vinden professional en doorverwijzing	Microniveau			Professional
		De sociale kaart	Website	Vinden professional en doorverwijzing	Microniveau (en mesoniveau)			Persoon of professional
3	Organisatie, versterking en retentie van (multidisciplinaire) zorgcapaciteit afgestemd op de noden, inclusief competentieontwikkeling							
		Be.well.pro	Vragenlijst		Micro-, meso- en macroniveau			Zorgprofessionals, zorgorganisaties, beleidsorganisaties
		Ziedet?	Platform	E-learning	Microniveau			Professional
		Kaiser piramide	Model		Mesoniveau			Zorgorganisaties
		Kruispuntdenken	Model		Micro- en mesoniveau			Professional en zorgorganisaties
		Leidraad voor het opstellen van een lokale omgevingsanalyse	Leidraad		Mesoniveau			Zorgorganisaties
		DESTEP	Model		Mesoniveau			Zorgorganisaties
		IMA atlas	Dashboard		Mesoniveau			Zorgorganisaties
		Gezondbelgië.be	Data rapport		Macroniveau*			Zorgorganisaties
		Provincies.incijfers	Data rapport en databank		Meso- en macroniveau			Zorgorganisaties
		Observatorium voor Gezondheid en Welzijn	Data rapport		Meso- en macroniveau			Zorgorganisaties
		BISA BXL	Data rapport		Meso- en macroniveau			Zorgorganisaties
		Leefmilieu Brussel	Data rapport		Meso- en macroniveau			Zorgorganisaties
		Iweps	Data rapport		Meso- en macroniveau			Zorgorganisaties
		walstat.iweps.be	Data rapport en databank		Meso- en macroniveau			Zorgorganisaties
		KU Leuven dashboard	Dashboard		Microniveau*			Zorgorganisaties
		Intego database	Data rapport en databank		Macroniveau*			Zorgorganisaties
		Zorgatlas	Dashboard		Meso- en macroniveau			Zorgorganisaties
		Public health monitor	Dashboard (in ontwikkeling)		Mesoniveau			Zorgorganisaties
		Kansarmoedeatlas	Data rapport		Mesoniveau			Zorgorganisaties
		Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG)	Data rapport en databank		Macroniveau*			Zorgorganisaties

* Instrument heeft de mogelijkheid om toegepast te worden op mesoniveau maar dit is vandaag niet het geval

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 10: "Long List" van instrumenten (2/5)

Topic	Korte beschrijving topic	Naam instrument	Type	Subtype	Criterium 1	Criterium 2	Criterium 3	Gebruiker
4	Invulling van zorgproces/ zorgtraject/ zorgpad/ zorgplanning, inclusief zorgcoördinatie en casemanagement							
		Clever	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau			Persoon/ Professional
		Doelzoeker	Doelgerichte zorg	Online tool	Microniveau			Persoon/ Professional
		Positieve gezondheid	Doelgerichte zorg	Online tool	Microniveau			Persoon/ Professional
		Babbelboost	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau			Persoon/ Professional
		Samenspraak	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau			Persoon/ Professional
		Zorg-Esperanto	Doelgerichte zorg	Methodiek	Microniveau			Professional
		Siilo	Platform	Communicatie en gegevensuitwisseling	Microniveau (en mesoniveau)**			Professional
		Microsoft teams	Platform	Communicatie en gegevensuitwisseling	Microniveau (en mesoniveau)**			Professional en zorgorganisaties
		DZOP	Platform	Communicatie, gegevensdeling en zorgplanning	Microniveau (en mesoniveau)**			Professional
		Project 4.2 Multidisciplinaire functionaliteiten	Platform	Communicatie, gegevensdeling en zorgplanning	Microniveau (en mesoniveau)**			Professional
					**Toepassing op microniveau maar faciliteert samenwerking op mesoniveau tussen verschillende actoren.			
5	Cultuur van geïntegreerde zorg							
		CPM: collaborative practice models	Model		Mesoniveau			Professionals, organisaties
6	Financiering van geïntegreerde zorg op verschillende niveaus die beantwoordt aan 5AIM							
		Virtual payment	Financieringssysteem		Macroniveau			Overheid
		Methodiek budgetgaranties	Financieringssysteem		Macroniveau			Overheid
		Social impact bonds	Financieringssysteem		Macroniveau			Overheid
		Tender systeem zorgvragen	Financieringssysteem		Macroniveau			Overheid

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 10: "Long List" van instrumenten (3/5)

Topic	Korte beschrijving topic	Naam instrument	Type	Subtype	Criterium 1	Criterium 2	Criterium 3	Gebruiker
7	Performantie van het geïntegreerde zorg systeem							
-	-	PDCA cyclus	Model		Mesoniveau			Zorgorganisaties
		FlaQuM - visiemodel	Model		Meso- en macroniveau			Organisaties
		FlaQuM - co-creatiemodel	Model		Mesoniveau			Zorgorganisaties (ziekenhuizen)
		Een kei in evalueren	Werkboek		(Micro-) en mesoniveau			Organisatie of professional
		ROPI	Vragenlijst		Mesoniveau			Professional, GGZ zorginstelling
8	Invulling "patiënt centraal" en "empowerment": aanbod qua individuele en collectieve ondersteuning van een persoon in zijn/haar context							
		EQ 5D-5L	Vragenlijst	PROMS	Macroniveau			Patiënt
		SF-36	Vragenlijst	PROMS	Macroniveau			Patiënt
		ALCOS	Vragenlijst	PROMS	Microniveau			Patiënt
		PROMIS-10	Vragenlijst	PROMS	Micro, meso en macroniveau			Patiënt
		PaRIS project vragenlijst	Vragenlijst	PROMS/PREMS	Macroniveau			Patiënt
		PACIC	Vragenlijst	PREMS	Mesoniveau			Patiënt / zorgorganisaties
		P3CEQ	Vragenlijst	PREMS	Mesoniveau			Patiënt / zorgorganisaties
		Vlaamse patiëntenpeilig ziekenhuisopname	Vragenlijst	PREMS	Mesoniveau			Patiënt / zorgorganisaties
		Belrai	Vragenlijst	Noden identificeren	Microniveau*			Professional
		Belrai Screener	Vragenlijst	Noden identificeren	Microniveau*			Professional
		Pyxicare	App	Noden identificeren	Microniveau			Professional
		HLS-EU	Vragenlijst	Health literacy	Macroniveau			Persoon/ burger
		3 goede vragen	Informatiecampagne	Patiëntcommunicatie	Macroniveau			Persoon en professional
		Communicatiewaaier	Praktische richtlijn	Patiëntcommunicatie	Microniveau			Persoon en professional
		Patient empowerment voor zorgverstrekkers	Boek met praktijktips	Patiëntcommunicatie	Microniveau			Professional
		Wegwijs in zorg en gezondheid	Spel	Health literacy	Microniveau			Persoon/burger

'* Instrument heeft de mogelijkheid om toegepast te worden op mesoniveau maar dit is vandaag niet het geval

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 10: "Long List" van instrumenten (4/5)

Topic	Korte beschrijving topic	Naam instrument	Type	Subtype	Criterium 1	Criterium 2	Criterium 3	Gebruiker
9	Inzet op gezondheidspromotie en ziektepreventie in het kader van geïntegreerde zorg							
		Gezondheidskompas	Vragenlijst		Microniveau			Persoon/ burger
		Preventiemethodieken	Toolbox		Microniveau (en mesoniveau)			Professional
		Healthli Buurtkompas	Methodiek		Microniveau (en mesoniveau)			Professional
		Toolkit heerlijk helder in de zorg	Toolkit		Microniveau (en mesoniveau)			Professional
		Onder Vier Ogen	Methodiek		Microniveau			Professional
10	Digitale tools ter ondersteuning van het zorgproces: elektronisch delen van gegevens en een digitaal platform voor multidisciplinaire samenwerking							
		Globaal medisch dossier (GMD)	Platform	Gegevensdeling	Microniveau			Professional
		Belgian Integrated Health Record (BIHR)	Platform	Gegevensdeling	Microniveau**			Professional
		Mijngezondheid.be	Platform	Gegevensdeling	Microniveau**			Professional/ Persoon
		Vitalink	Platform	Gegevensdeling	Microniveau**			Professional/ Persoon
		MyhealthViewer	Platform	Gegevensdeling	Microniveau**			Persoon
		Waals gezondheidsnetwerk	Platform	Gegevensdeling	Microniveau**			Professional/ Persoon
		Brussels gezondheidsnetwerk	Platform	Gegevensdeling	Microniveau**			Professional/ Persoon
		Mynexuz	Platform	Gegevensdeling	Microniveau**			Professional/ Persoon
		Cozo	Platform	Gegevensdeling	Microniveau**			Professional/ Persoon
		Helena	Platform	Gegevensdeling	Microniveau**			Professional/ Persoon
		E-health box	Platform	Gegevensdeling en communicatie	Microniveau**			Professional

**Toepassing op microniveau maar faciliteert samenwerking op mesoniveau tussen verschillende actoren.

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 10: "Long List" van instrumenten (5/5)

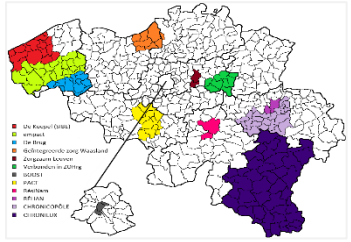
Topic	Korte beschrijving topic	Naam instrument	Type	Subtype	Criterium 1	Criterium 2	Criterium 3	Gebruiker
11	Ondersteuning van het informeel netwerk van een persoon in zijn/haar context zowel op individueel als op groepsniveau							
		Zorgwijs	Platform		Microniveau			Persoon en informeel netwerk
		Prisma	Vragenlijst		Microniveau (en mesoniveau)*			Mantelzorger of professional
		Zarit Burden Interview	Vragenlijst		Microniveau (en mesoniveau)*			Mantelzorger
		CSI: Caregiver Strain Index	Vragenlijst		Microniveau (en mesoniveau)*			Mantelzorger
					* Instrument heeft de mogelijkheid om toegepast te worden op mesoniveau maar dit is vandaag niet het geval			
12	Zorg en welzijn in een bredere context							
		Er werden geen instrumenten specifiek voor dit topic geïdentificeerd.						
13	Integratiemanagement							
		MFO: medisch-farmaceutisch overleg	Methodiek	Communicatie en gegevensuitwisseling	Mesoniveau			Professional
		Overleg op organisatie- of locoregionaal niveau	Methodiek	Communicatie en gegevensuitwisseling	Mesoniveau			Professional
		Intervisie/ lerend netwerk	Methodiek	Communicatie en gegevensuitwisseling	Mesoniveau			Professionals
		Multidisciplinair Overleg	Methodiek	Communicatie en gegevensuitwisseling	Microniveau (en mesoniveau)**			Professional
					**Toepassing op microniveau maar faciliteert samenwerking op mesoniveau tussen verschillende actoren.			

WeCare
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 11: Overzicht 3 projectgroepen

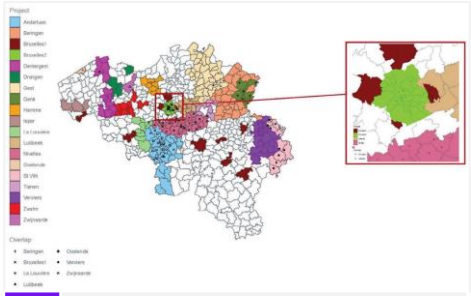
63 Individuele projecten

Pilootprojecten GIZ



1	De Brug
2	EMPACT
3	De Koepel
4	Zorgzaam Leuven
5	Verbonden in ZOHrg
6	Geïntegreerde Zorg Waasland
7	RéLIAN
8	Chronicopôle
9	Chronilux
10	PACT
11	RésiNam
12	**BOOST**

Protocol 3 projecten



1	Wegwijs
2	Zorg op maat bij opnamevraag
3	Cape
4	@ zorg
5	Gerontopsychiatrisch expertisecentrum Menos
6	Op maat
7	Thuiszorg 2.0
8	24u zorggarantie met zorgcoach
9	ZORG 24: Psychologische begeleiding ouderen /mantelzorgers
10	Langer thuis met extra zorg
11	Som+
12	OOTT & Zorgcirkels 24
13	Patients – Soignants-Aidants : une relation intégrée
14	A l'écoute du Bien- Etre du patient à domicile
15	SAGaDOM
16	Maintenir son lieu de vie à domicile – Equipe de soutien
17	Dionysos III
18	ASAPP
19	Projekt Selbstbestimmt leben (REK III)

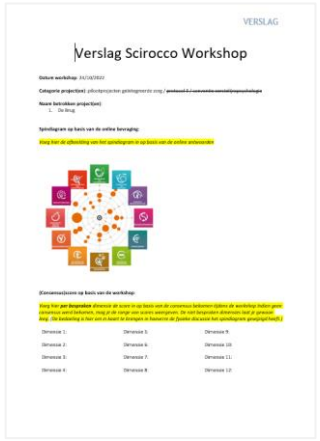
Eerstelijns en gespecialiseerde psychologische zorg in een netwerk voor geestelijke gezondheidszorg

- Vlaanderen
- Wallonië
- Brussel
- Duitstalige gemeenschap

1	Netzwerk Mentale Gesundheit Deutschsprachige Gemeinschaft		
2	Netwerk Noord West-Vlaanderen	22	WINGG
3	Netwerk Kwadraat	23	RADAR
4	Netwerk GGZ Zuid West Vlaanderen	24	YUNECO
5	Het PAKT	25	PANGG-018
6	Netwerk GGZ ADS	26	LIGANT
7	Emergo	27	REALISM
8	SaRa	28	MATILDA
9	SaVHA	29	KIRIKOU
10	Netwerk GGZ kempen	30	RHESEAU
11	Reling	31	ARCHIPEL
12	Noolim	32	BRUSTARS
13	Diletti		
14	RéSME		
15	Fusion Liège		
16	Réseau Santé Namur		
17	Réseau en santé mentale de la région du centre		
18	Réseau Santé mentale Hainaut		
19	Réseau 107 Luxembourg		
20	Brabant Wallon		
21	Netwerk Brussel		

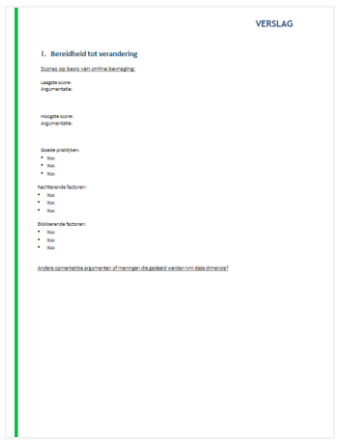
© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 12: Scirocco consensusworkshop – template verslag

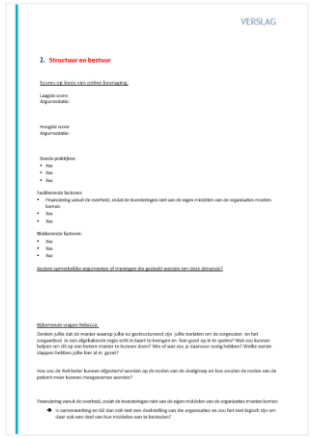

VERSLAG

Verslag Scirocco Workshop

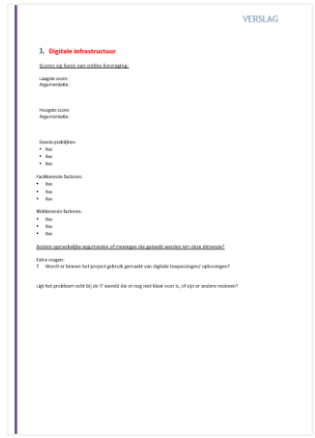
VERSLAG


VERSLAG

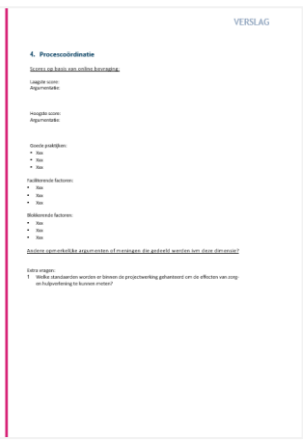
1. Bereidheid tot verandering


VERSLAG

2. Structuur en bestuur


VERSLAG

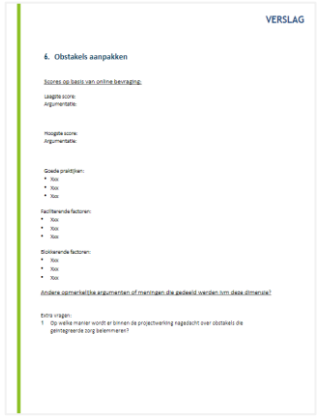
3. Digitale infrastructuur


VERSLAG

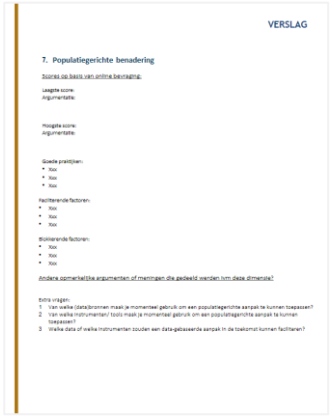
4. Procescoördinatie

VERSLAG

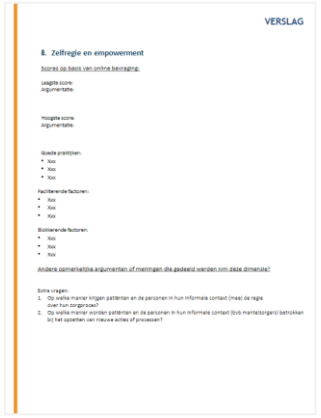
5. Financiering


VERSLAG

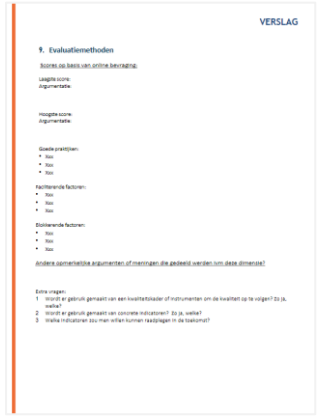
6. Obstakels aanpakken


VERSLAG

7. Populatiegerichte benadering


VERSLAG

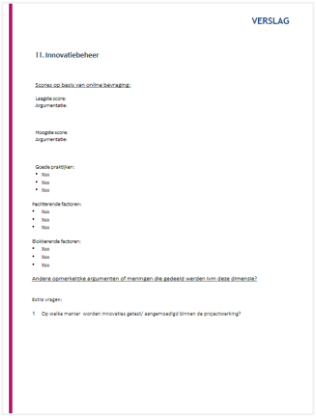
8. Zelfregie en empowerment


VERSLAG

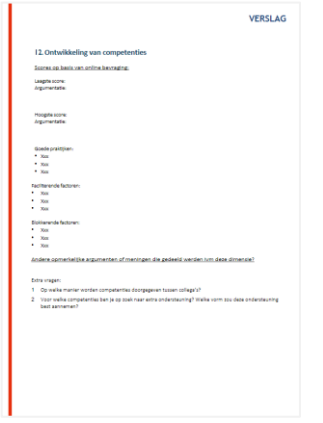
9. Evaluatiemethoden

VERSLAG

10. Reikwijdte van de ambitie


VERSLAG

11. Innovatiebeheer


VERSLAG

12. Ontwikkeling van competenties

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 13: Link Scirocco dimensies en steeds terugkerende topics

© 2023
Alle rechten voorbehouden

Bijlage 14: IMC verslag 25 maart 2019

Definitie zorgcoördinatie en case management:

ANNEXE 1: Vision commune de la coordination des soins et de l'aide et du case management	**BIJLAGE 1: Gemeenschappelijke visie op zorgcoördinatie en casemanagement**
Coordination des soins et de l'aide : « Un **processus** collaboratif d'évaluation, de planification, d'harmonisation et de défense des intérêts, pour que les options et services répondent aux besoins globaux en soins (et aux souhaits) de la personne et de son entourage, par le biais de la communication et des moyens disponibles, de façon à promouvoir des résultats de qualité au meilleur coût..» L'un des prestataires de soins de l'équipe de soins assume le rôle de coordinateur de soins. L'équipe de soins se compose de la personne qui a besoin de soins et d'assistance, ainsi que des soins informels et professionnels[1].	**Zorgcoördinatie** : "Een collaboratief **proces** van evaluatie, planning, afstemming en belangenbehartiging, opdat de opties en diensten aan de globale zorgbehoeften (en wensen) van de persoon en zijn omgeving beantwoorden, via communicatie en beschikbare hulpmiddelen, om kwaliteitsvolle en kost-effectieve resultaten te bevorderen." Een van de zorgaanbieders uit het zorgteam neemt de rol van zorgcoördinator op. Het zorgteam bestaat uit de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de informele zorg en de professionele zorg[1].
Concrètement : Le processus de la **coordination soins et de l'aide** est défini par l'ensemble des activités, qui consistent à : 1. Établir, en faveur du bénéficiaire, les objectifs de soins et un plan de soins comprenant : a) le bilan global de la situation du bénéficiaire et de ses aidants proches d'un point de vue physique, psychologique, fonctionnel, social et matériel, - moyennant les instruments existants (p.ex. BelRAI) et en tenant compte des objectifs de vie du bénéficiaire ; b) l'inventaire des besoins en soins et de soutien du bénéficiaire et des souhaits que lui-même et son aidant proche expriment à ce sujet ; c) le relevé des moyens qui permettent de répondre adéquatement à ces besoins et à ces souhaits ; d) le choix des prestataires qui fourniront les soins adéquats ; e) l'organisation pratique de ces soins.	**Concreet :** Het proces van **zorgcoördinatie** wordt gedefinieerd door het geheel van de activiteiten; dit bestaat uit : 1. De zorgdoelen en een zorgplan voor de rechthebbende op te stellen dat het volgende omvat: a) het globaal bilan van de situatie van de rechthebbende en van zijn mantelzorgers vanuit fysiek, psychologisch, functioneel, sociaal en materieel oogpunt - op basis van bestaande instrumenten (bijvoorbeeld BelRAI) en rekening houdend met de levensdoelen van de rechthebbende ; b) de inventaris van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de rechthebbende en van de wensen die hijzelf en zijn mantelzorger daarover hebben ; c) het overzicht van de middelen waarmee adequaat aan die behoeften en wensen kan worden voldaan ; d) de keuze van de zorgverleners die de adequate zorg zullen verlenen ; e) de praktische organisatie van die zorg.

2. Assurer que ce plan de soins est exécuté, coordonner les soins pour garantir leur dispensation, leur continuité, et leur bonne intégration dans la vie quotidienne du bénéficiaire et de son aidant proche. 3. Défendre les intérêts du bénéficiaire et de son aidant proche, dans toute situation de soins qui le requiert. 4. Évaluer les résultats obtenus et adapter le plan de soins si nécessaire. Ces activités peuvent être exercées de manière informelle par le bénéficiaire lui-même ou son aidant proche. S'ils ne peuvent pas ou ne souhaitent pas réaliser ces activités, le patient désigne un professionnel parmi les prestataires de soins de l'équipe de soins[2] autour du patient.	2. Het verzekeren dat het zorgplan wordt uitgevoerd, de zorg coördineren om te garanderen dat die ononderbroken wordt verleend en goed in het dagelijkse leven van de rechthebbende en zijn mantelzorger wordt geïntegreerd. 3. De belangen van de rechthebbende en zijn mantelzorger te verdedigen, in elke zorgsituatie die dat vereist. 4. De verkregen resultaten te evalueren en het zorgplan indien nodig aan te passen. Deze activiteiten kunnen op een informele manier worden uitgeoefend door de rechthebbende zelf of zijn mantelzorger. Indien zij dit niet kunnen of wensen op te nemen duidt de patiënt hiervoor een professional aan uit de zorgverleners van het zorgteam[3] rond de patiënt.
Case management	**Casemanagement**
Dans quelle situation ?	**In welke situatie ?**
Lorsque la coordination des soins ne suffit pas et que la personne et son aidant proche ne reçoivent pas les soins et le soutien dont ils ont besoin dans l'une ou plusieurs des situations suivantes : - une perte d'autonomie décisionnelle du bénéficiaire et de son aidant proche ; - la complexité des soins requis ; - des difficultés de fonctionnement de l'équipe de soins entourant le bénéficiaire. L'objectif du case management est de rétablir et de stabiliser la situation de soins du patient et la coordination des soins de façon à pouvoir revenir à un processus de soins de qualité.	Wanneer de zorgcoördinatie niet volstaat en de persoon en zijn mantelzorger niet de vereiste zorg en ondersteuning bekomen owv één of meer van de volgende mogelijke situaties: - een verlies van de beslissingsautonomie van de rechthebbende en zijn mantelzorger ; - de complexiteit van de nodige zorg ; - functioneringsproblemen van het zorgteam rond de rechthebbende. Het case management heeft tot doel de zorgsituatie van de patiënt en de zorgcoördinatie te herstellen en te stabiliseren zodat het zorgproces terug kwaliteitsvol verder kan lopen.
Le case management ne peut être démarré qu'à la demande de l'équipe de soins et est	Case management kan maar opgestart worden op vraag van het zorgteam en wordt

[2] Un travailleur social faisant partie d'un service de soins à domicile ou d'un centre de coordination fait également partie de l'équipe de soins (bien qu'il ne pose aucun acte direct)

[3] Ook een maatschappelijk werker van een thuiszorgdienst of van een centre de coördination maakt deel u het zorgteam (hoewel hij of zij geen rechtstreekse zorghandelingen stelt).

initié de préférence par le coordinateur de soins[4].	bij voorkeur geïnitieerd door de zorgcoördinator.[5]
Quelles missions ?	**Welke opdrachten ?**
Le case manager tient le rôle de conseil et de médiateur du bénéficiaire et de son aidant proche. Il est la personne de référence pour le bénéficiaire, son aidant proche et les autres composantes de l'équipe de soins. Il est le facilitateur et l'accompagnateur du processus à l'égard de l'équipe de soins et de la situation de soins.	De casemanager vervult de rol van raadgever en bemiddelaar van de rechthebbende en van zijn mantelzorger. Hij is de referentiepersoon voor de rechthebbende, zijn mantelzorger en de andere partijen in de zorgteam. Hij is de facilitator en procesbegeleider t.a.v. het zorgteam en de zorgsituatie.
Toutes les décisions sont prises en concertation avec le bénéficiaire, l'aidant proche et les autres composantes de l'équipe de soins.	Alle beslissingen worden genomen in overleg met de rechthebbende, de mantelzorger en de andere partijen in het zorgteam.
Il travaille toujours en étroite concertation avec les prestataires de l'équipe de soins ainsi qu'avec la personne qui exerce ou a récemment exercé la fonction de coordination des soins et de l'aide auprès du bénéficiaire.	Hij werkt steeds in nauw overleg samen met de zorgverleners van het zorgteam en ook met de persoon die zorgcoördinatie uitoefent of recentelijk heeft uitgeoefend bij de rechthebbende.
Il intervient de manière globale et intégrée. Il ne limite jamais son intervention à quelques aspects particuliers du suivi.	Zijn interventie vindt plaats op een globale en geïntegreerde manier. Hij beperkt zijn interventie nooit tot enkele specifieke aspecten van de follow-up.
Le case manager veille à ce qu'un bilan global de la situation soit établi, si celui-ci n'a pas encore été fait.	De casemanager ziet erop toe dat er een globaal bilan van de situatie wordt opgesteld, indien dit nog niet zou gebeurd zijn.
Il veille à ce que la fonction de coordination des soins soit exercée, si cette fonction n'est pas encore assumée et s'avère néanmoins nécessaire au bon déroulement du processus de soins.	Hij ziet erop toe dat de functie van zorgcoördinatie wordt uitgeoefend, indien deze functie nog niet wordt opgenomen en toch noodzakelijk blijkt voor het goede verloop van het zorgproces.
Il veille à ce que le plan de soin soit établi et correctement appliqué, si cela n'a pas encore été fait.	Hij ziet erop toe dat het zorgplan wordt opgesteld en correct wordt uitgevoerd, indien dit nog niet zou gebeurd zijn.
À la fin de chaque période d'intervention, il évalue les résultats obtenus avec les autres acteurs.	Aan het eind van elke interventieperiode beoordeelt hij met de andere actoren de behaalde resultaten.
Le case manager ne peut pas faire partie de l'équipe de soins qui entoure le bénéficiaire.	Hij kan als casemanager geen deel uitmaken van het zorgteam rond een rechthebbende.
Dans tous les cas, il fait preuve d'objectivité envers le bénéficiaire, son aidant proche et leur entourage (il ne prend pas parti dans les divergences d'opinion et	In alle gevallen handelt hij objectief jegens de rechthebbende, zijn mantelzorger en hun naasten (hij kiest geen partij in mogelijke meningsverschillen en conflicten…), jegens

[4] Le case management n'est pas possible sans l'autorisation du patient.
[5] Zonder toestemming van de patiënt, is casemanagement niet mogelijk.

les conflits éventuels…), et envers les prestataires de soins (il s'abstient de prendre parti pour une conception de soins par rapport à une autre…).	de zorgverleners (hij spreekt zijn voorkeur niet uit voor de ene zorgopvatting boven een andere…).
Quelles conditions ?	**Onder welke voorwaarden ?**
La qualification / le diplôme du case manager n'est pas imposé :il est de préférence médecin, infirmier ou assistant social. Le case manager devra néanmoins satisfaire à certaines compétences, p. ex. : • Connaissance de la carte sociale ; • Connaissance des soins de santé et de bien-être ; • Connaissance des groupes cibles ; • Aptitudes à la communication ; • Connaissance des techniques de discussion ; • Aptitudes administratives, techniques et rédactionnelles ; • Aptitudes organisationnelles ; • Aptitudes en analyse et en résolution de problèmes. Les dispositions relatives à l'exercice des professions des soins de santé telles que prévues dans la loi du 10 mai 2015 sont respectées.	De kwalificatie/diploma van de casemanager wordt niet opgelegd: hij is bij voorkeur arts, verpleegkundige of maatschappelijk assistent. Wel zal een casemanager aan bepaalde competenties moeten voldoen zoals bv • Kennis van de sociale kaart; • Kennis van de gezondheids- en welzijnszorg; • Kennis van de doelgroepen; • Communicatieve vaardigheden; • Gesprekstechnische vaardigheden; • Administratieve, technische en redactionele vaardigheden; • Organisatorische vaardigheden. • Probleemanalyse en probleemoplossend handelen. De bepalingen inzake de uitoefening van de gezondheidsberoepen zoals voorzien in de wet 10 mei 2015 worden gerespecteerd.
L'intervention du case manager est limitée dans le temps.	De interventie van een casemanager is beperkt in de tijd.

© 2023
Alle rechten voorbehouden

TWEEDE TUSSENTIJDS RAPPORT

PROGRAMMA INTERFEDERAAL PLAN GEÏNTEGREERDE ZORG[1]

Een collectief gedeeld kompas voor het realiseren van geïntegreerde zorg voor de burger

Deel B

Dit tweede tussentijdse rapport kadert in het programma Interfederaal plan Geïntegreerde Zorg en toont de status van de tweede fase van het programma in 2023. Het rapport bundelt heel wat uiteenlopende gedachtegangen rond geïntegreerde zorg en poogt die zaken te identificeren die uiteindelijk tot een verenigend en consistent standpunt kunnen leiden hieromtrent in België. Voorliggend rapport bevat bijgevolg redeneringen, geeft (voorlopige) invulling aan concepten, en biedt een breed inhoudelijk kompas. Het vormt de basis voor de vormgeving van concrete interfederale afspraken tussen de federale overheid en deelstaten, die werden vertaald in een protocolakkoord.

[1] De gehanteerde terminologie verschilt per deelstaat; in de Nederlandstalige tekst wordt de term “geïntegreerde zorg” gebruikt die de domeinen zorg en welzijn omvat, in de Franstalige tekst wordt hiervoor de term “l’aide et soins intégrés” gebruikt. Voor Wallonië wordt voor “welzijn” de term “accompagnement” gebruikt.

Situering van het tweede tussentijds rapport

Met dit rapport willen we een update geven over het programma Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg (IFP GIZ) dat geïnitieerd werd vanuit het kabinet Vandenbroucke, het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Binnen dit programma wordt er daarnaast nauw samengewerkt met de bevoegde administraties van Vlaanderen, Wallonië, Brussel en de Duitstalige gemeenschap en de kabinetten van minister Crevits, minister Morreale, minister Maron en minister Antoniadis. Het programma ging van start in juni 2022 voor een periode van 30 maanden en bestaat uit volgende onderdelen:

- De opmaak van een Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg
- Ondersteuning van 3 types projectgroepen: 12 samenwerkingsverbanden geïntegreerde zorg, 19 ZP3 projecten en 32 projecten in kader van de overeenkomst psychologische zorg in de eerstelijn

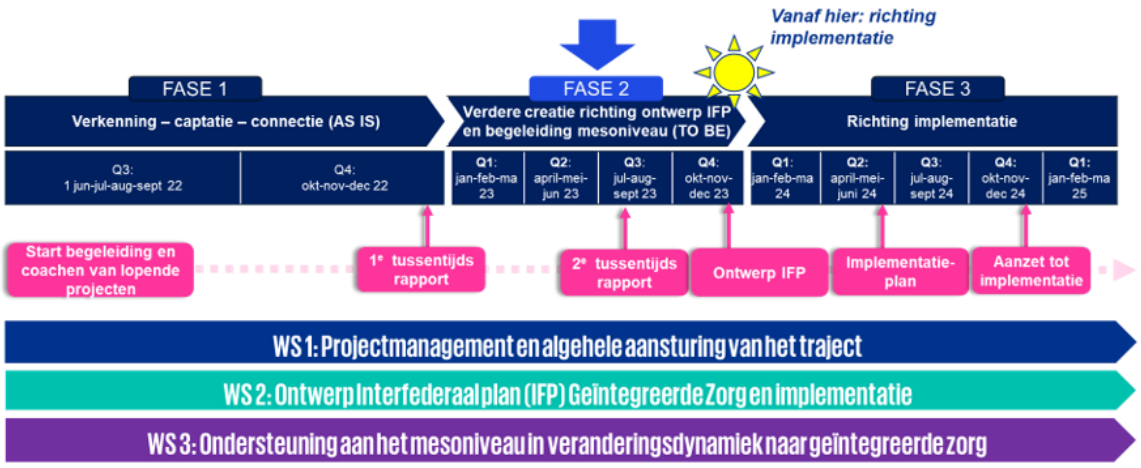
Opmaak van het tweede tussentijds rapport IFP GIZ

Sinds januari 2023 werd fase 2 van het programma IFP GIZ aangevat (zie figuur 1). Vertrekkend vanuit 13 topics uit fase 1 (2022), werden de voorbije maanden vijf concrete hefbomen geëxploreerd om focus en inhoud aan dit Interfederaal Plan te geven, met name:

- Zorg- en welzijnscoördinatie[2] en casemanagement, incl. de link met zorgprocessen
- Interdisciplinair werken
- Organisatie van geïntegreerde zorg op mesoniveau
- Digitalisering om bovenstaande te ondersteunen/faciliteren
- Financiering om bovenstaande te ondersteunen/faciliteren

Doorheen de uitwerking van deze vijf hefbomen, werd voortdurend aandacht besteed aan het versterken van de positie van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood (“*patient empowerment*”).

Deze 5 onderdelen werden in de eerste helft van fase 2 inhoudelijk uitgewerkt in het **tweede tussentijds rapport**. Zij bevatten sleutelconcepten voor de realisatie van geïntegreerde zorg op micro-, meso- en macroniveau en vormen dusdanig de ruggengraat van het Interfederaal Plan in opmaak.



Figuur 1: de verschillende fasen binnen het programma Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg

Beschrijving van het proces

Het tweede tussentijds rapport IFP GIZ kwam tot stand via een **afstemmingsdynamiek** op verschillende fronten: bilaterale afstemming tussen de federale overheid en deelstaten, collectieve besprekingen met deze actoren, een 2de stakeholderforum met een bredere stakeholdergroep, academische consultatie, internationale consultatie (HSO), politieke afstemming, en consultatie met terreinactoren via de 3 lopende projectgroepen gelinkt aan geïntegreerde zorg. Deze tekst poogt op die manier heel wat uiteenlopende gedachtegangen rond eerdergenoemde onderwerpen te identificeren, om te komen tot een verenigend en consistent standpunt rond geïntegreerde zorg in België.

Tegelijk is een groeiende behoefte gedetecteerd om **duidelijkheid te scheppen over een set van afspraken**. Er wordt niet van een wit blad vertrokken. Integendeel, er zijn binnen elke deelstaat en de federale overheid heel wat initiatieven rond geïntegreerde zorg lopende. Het Interfederaal plan voor geïntegreerde zorg krijgt vorm binnen een continu evoluerende context waarbij erg concrete vragen opduiken die om concrete afspraken vragen. Na recurrente bilaterale afstemmingsmomenten met de deelstaten en de federale overheid, werden 8 concrete afspraken samen geformuleerd en bevestigd, welke vervolgens werden vastgelegd in een protocolakkoord dat op 8 november 2023 werd goedgekeurd door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Vervolgstappen

De volgende stappen omvatten momenteel het verder opstellen en uitwerken van een implementatiestrategie. Dit zal de praktische uitvoering van het programma voor het komende jaar sturen en ervoor zorgen dat de gemaakte afspraken op een effectieve manier worden geïmplementeerd.

Inhoudstafel deel B

B 0. Inleiding: naar een generiek kader met als basis een gedeelde visie en gemeenschappelijke uitgangspunten 6

B 0.1 Context huidige gezondheidszorgdomein in België en omschrijving van het geïntegreerd verhaal van zorg en welzijn 6

B 0.2 Nood aan een éénduidige, Belgische veranderdynamiek en bijhorend plan richting geïntegreerde zorg 7

B 0.2.1 De sleutelelementen van het interfederaal plan 9

B 1. Geïntegreerde zorg op het microniveau 12

B 1.1 Interdisciplinair werken 12

B 1.2 Bestaande, in ontwikkeling zijnde of toekomstige zorgpaden 13

B 1.2.1 Actuele status en uitdagingen bij (de opmaak van) zorgpaden 13

B 1.2.2 Voor bestaande zorgpaden: realiseren van continuïteit van zorg in de praktijk 14

B 1.2.3 Voor toekomstige zorgpaden: naar een structureel samenwerkingsproces voor een consistente invulling van GIZ-concepten 15

B 1.2.4 Afstemming tussen zorgpaden en gecoördineerde zorg voor gezondheid en welzijn 16

B 1.3 Gecoördineerde zorg voor gezondheid en welzijn 17

B 1.3.1 Huidige stand van zaken invulling zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement 17

B 1.3.2 Competentieprofiel voor zorg- en welzijnscoördinatie 18

Opdrachten 18

Rol 19

Opstart, duurtijd en beëindiging 20

Type zorg- en/of hulpverleners en competenties 20

B 1.3.3 Competentieprofiel voor casemanagement 21

Opdrachten 21

Functie 23

Opstart, duurtijd en beëindiging 23

Type zorg- en/of hulpverleners en competenties 24

B 1.3.4 Organisatie van de capaciteit, aansturing en evaluatie voor zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement 24

Voor zorg- en welzijnscoördinatie: 24

Voor casemanagement: 25

Waarborgen van horizontale en verticale integratie van zorg 25

B 1.3.5 Onderscheid tussen zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement. 25

B 1.3.6 Onderscheid niet-vergoedbare en vergoedbare zorg- en welzijnscoördinatie 26

B 2. De organisatie van geïntegreerde zorg op locoregionaal niveau 27

B 2.1 Uitgangspunten 27
B 2.2 De vorm van de eenheid op het mesoniveau 29
B 2.3 De opdrachten van de eenheid op mesoniveau 29
B 2.4 Welke partners maken minstens deel uit van die eenheid op mesoniveau? 33
B 2.5 De eenheid in interactie met het micro- en macroniveau: governance 33
B 3. Geïntegreerde zorg gefaciliteerd door macroniveau: digitalisering 34
B 3.1 Huidige nood aan digitalisering voor geïntegreerde zorg 34
B 3.2 Toekomstige digitale tools voor geïntegreerde zorg 34
B 3.2.1 Een geïntegreerd elektronisch dossier voor het interdisciplinair team 34
Relevantie voor IFP geïntegreerde zorg 34
Relevante projecten binnen actieplan eGezondheid voor de realisatie van het IFP geïntegreerde zorg 35
Aandachtspunten binnen actieplan eGezondheid voor de realisatie van geïntegreerde zorg 36
B 3.2.2 Een digitale tool voor communicatie en samenwerking in een interdisciplinair team 36
Relevantie voor IFP geïntegreerde zorg 36
Relevante projecten binnen actieplan eGezondheid voor de realisatie van het IFP geïntegreerde zorg 37
Aandachtspunten binnen actieplan eGezondheid voor de realisatie van geïntegreerde zorg 38
B 3.2.3 Een dashboard om data te ontsluiten op populatieniveau 38
Relevantie voor IFP geïntegreerde zorg 38
Aandachtspunten binnen actieplan eGezondheid voor de realisatie van geïntegreerde zorg 38
Mee te nemen elementen om secundair gebruik van data op microniveau te realiseren 39
Mee te nemen elementen om secundair gebruik van data op mesoniveau te realiseren 39
Mee te nemen elementen om secundair gebruik van data op macroniveau te realiseren 40
B 4. Naar een structurele samenwerking op macroniveau voor de opvolging van geïntegreerde zorg in België 41
B 4.1 Een geschikte governance i.k.v. opvolging en sturing van GIZ 41
B 4.2 De nodige verander- en transitiecapaciteit 41
B 5. Bijlagen 42
B 5.1 Bijlage 1: de 13 terugkerende topics van fase 1 van het programma IFP GIZ 42
B 5.2 Bijlage 2: de verschillende definities & invalshoeken van geïntegreerde zorg 42
B 5.3 Bijlage 3: stakeholder groups involved in integrated care 43
B 5.4 Bijlage 4: Gecapteerde noden omtrent communicatie en gegevensdeling op vlak van digitale instrumenten vanuit het terrein 44

B 0. Inleiding: naar een generiek kader met als basis een gedeelde visie en gemeenschappelijke uitgangspunten

B 0.1 Context huidige gezondheidszorgdomein in België en omschrijving van het geïntegreerd verhaal van zorg en welzijn

In België wordt al verschillende jaren nagedacht over hoe het hoofd te bieden aan de uitdagingen van ons zorg- en welzijnssysteem: wijzigende zorgvragen[3] (o.a. steeds meer chronisch en complex), digitalisering, de emancipatie en empowerment van de persoon, nieuwe behandelingsmogelijkheden, schaarste aan capaciteit in de sector, de noodzaak om het budget voor zorg te kunnen beheersen, fragmentering van de zorg, de vermaatschappelijking van zorg, …

De vraag is daarbij hoe zorg en welzijn zodanig kunnen georganiseerd worden dat ze meer de persoon centraal stellen. Met "persoon" wordt gedoeld op "de persoon met een zorg- of ondersteuningsnood"[4]. Deze nood kan expliciet geuit worden, maar ook impliciet aanwezig zijn, met name in het kader van preventie. Een betere integratie van zorg en welzijn in functie van die persoon lijkt daarop een antwoord en we stellen vast dat zowel regionale als federale entiteiten binnen hun bevoegdheden hervormingen doorvoeren die hieraan bijdragen.

- Dit geldt voor de federale overheid, door bijvoorbeeld het creëren van een transversale budgetlijn in de begroting van de ziekteverzekering. Deze heeft als doel nieuwe investeringen in de gezondheidszorg af te stemmen op gezondheidszorgdoelstellingen, waaronder geïntegreerde zorg, met zowel verticale als horizontale integratie in het achterhoofd.
- De gemeenschappen hebben hun eerstelijnszorg hervormd of voeren die hervorming momenteel door, met daarbij een focus op onder meer het versterken van de verbinding tussen de domeinen zorg en welzijn (zie erkenning van eerstelijnszones in Vlaanderen via het decreet over de organisatie van de eerstelijnszorg, het programma “Proxisanté” in Waals Gewest, het geïntegreerd sociaal en gezondheidsplan in Brussel (“PSSI”) en het project “Gemeinsam für eine integrierte Versorgung in Ostbelgien!” -dat breder dan enkel eerstelijnszorg gaat- in de Duitstalige gemeenschap).

Een gemeenschappelijk kenmerk van deze hervormingen is een zekere vorm van decentralisatie naar territoriaal afgebakende populaties. Er is een gedeelde ambitie om te evolueren naar een persoons- en gemeenschapsgerichte zorg, waarbij de zorg wordt afgestemd op de noden en behoeften binnen een omschreven populatie (populatiemanagement). Of anders gesteld: er is een beweging van een eerder ziektegerichte benadering van gezondheidszorg naar een volksgezondheid en welzijnsbenadering (public health). Dit uit zich ook in het public mental health perspectief, waar de organisatie en financiering van de eerstelijnspsychologische zorg op inspeelt[5].

Het concept van geïntegreerde zorg (GIZ) is één van de speerpunten bij deze nieuwe beweging, zie ook de definitie van de WHO:

“Geïntegreerde zorg wordt gedefinieerd als een aanpak om de populatiegerichte gezondheidssystemen te verbeteren door de bevordering van alomvattende kwaliteitsdiensten gedurende de gehele levensduur van een persoon, die ontworpen zijn volgens de multidimensionale behoeften van de

[4] De term "de persoon met een zorg- of ondersteuningsnood" die gehanteerd wordt in de Nederlandse versie is in overeenstemming met de regelgeving in Vlaanderen. In de Franstalige versie wordt de globale term “la personne” gehanteerd, die aansluit bij de Waalse/Brusselse regelgeving. In de Duitstalige regelgeving spreekt men van “Personen welche einen Bedarf” oder “Bürger”.

[5] Bijlage 3 van de nota 2021/239 van het Verzekeringscomité met betrekking tot de organisatie en financiering van de eerstelijnspsychologische zorg

bevolking / het individu en geleverd worden door een gecoördineerd multidisciplinair team van professionals die in verschillende settings en op verschillende niveaus werken. Het moet doeltreffend worden beheerd om optimale resultaten en het juiste gebruik van middelen op basis van het beste beschikbare bewijs te waarborgen. Dit met een continu circuit van feedback om de prestaties voortdurend te verbeteren en de oorzaken van een slechte gezondheid in een vroeg stadium aan te pakken en het welzijn te bevorderen door middel van inter- en multisectorale acties"

Om maximale impact te maken worden zorg & welzijn zo geïntegreerd mogelijk georganiseerd. De context in België maakt dit complex, aangezien de bevoegdheden omtrent gezondheidszorg en welzijn verdeeld zijn over de federale overheid en de deelstaten zoals beschreven in artikel 5 van de bijzondere wet tot hervorming der instellingen (BWHI) van 8 augustus 1980.

Doordat de bevoegdheden in het kader van het gezondheidsbeleid opgenomen worden door verschillende overheden in België is het cruciaal dat een goede samenwerking tussen de federale overheid en de deelstaten bestaat. Dit is ook een uitdrukkelijke vraag van de zorg- en welzijnsactoren voor wie de samenhang en bevattelijkheid van het zorg- en welzijnssysteem soms ontbreekt omwille van de verschillende initiatieven van overheden.

Deze samenwerking is een politieke noodzaak die via de interministeriële conferenties Volksgezondheid (IMC) moet kunnen gewaarborgd. Vandaar de noodzaak aan een interfederaal plan geïntegreerde zorg, waarin afspraken worden gemaakt om geïntegreerde zorg te realiseren vanuit een gedeeld generiek referentiekader en waarin de fundamenten worden gelegd voor een structurele samenwerking.

B 0.2 Nood aan een éénduidige, Belgische veranderdynamiek en bijhorend plan richting geïntegreerde zorg

Geïntegreerde zorg als dusdanig is geen geheel nieuw concept, het staat als onderwerp al vele jaren op de agenda. Zo werd er reeds in 2015 binnen de Interministeriële Conferentie (IMC) een Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken "Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid" goedgekeurd door de ministers van Volksgezondheid van de gefedereerde entiteiten en de federale overheid. Ook het federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) volgt geïntegreerde zorg op de voet. Zij maakte reeds verschillende balansen op van de vorderingen op het gebied van geïntegreerde zorg in België en stellen daarbij ook actiedomeinen voor.

Geïntegreerde zorg wordt sterk gedreven door de Quintuple Aim (5AIM)[6], die via 5 doelstellingen een verbetering van de zorg beoogt:

1. Een betere ervaring van zorg voor de persoon ;
2. Betere gezondheidsuitkomsten op bevolkingsniveau;
3. Het realiseren van meer waarde met dezelfde middelen door efficiënter gebruik van de beschikbare middelen;
4. Het verhogen van het welzijn van professionals die actief zijn in de zorg- en welzijnssector ;
5. Het realiseren van meer gelijkheid in toegang tot gezondheid en gezondheidszorg (health equity)

[6] Lambert Anne-Sophie, Op de Beeck Susanne, Herbaux Denis, Macq Jean, Rappe Pauline, Schmitz Olivier, Schoonvaere Quentin, Van Innis Anna Luisa, Vandenbroeck Philippe, De Groote Jesse, Schoonaert Lies, Vercruysse Helen, Vlaemynck Marieke, Bourgeois Jolyce, Lefèvre Mélanie, Van den Heede Koen, Benahmed Nadia. Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2022. KCE Reports 359A. DOI: 10.57598/R359AS.

Bovenstaande kan gebruikt worden als “kompas” om stapsgewijs naartoe te werken in de GIZ-evolutie, een evolutie waarvan de consensus lijkt te zijn dat uiteindelijk zowel personen met een zorg- en ondersteuningsnood als zorgprofessionals hier beter van gaan worden. Hierbij is het belangrijk om de quintuple aim naast zorg, bij uitbreiding ook op welzijn toe te passen en beide componenten te integreren in één aanpak.

Echter, verschillende contextfactoren zorgen ervoor dat de evolutie richting geïntegreerde zorg in België relatief moeizaam verloopt, met vele vraagtekens rond hoe geïntegreerde zorg in de praktijk eruitziet. Er zijn immers ontzettend veel ideeën, standaarden, gidsen en buitenlandse voorbeelden van toepassingen. Er is echter geen éénduidig handboek of richtlijn die beschrijft hoe dit specifiek in België eruitziet noch hoe dit dan exact kan gerealiseerd kan worden. Er zijn bovendien meerdere redenen waarom het vinden van zo’n éénduidig Belgisch recept voor geïntegreerde zorg (en welzijn) niet eenvoudig is. We schetsen hieronder enkele van die redenen:

- Een eerste reden is het feit dat in België zorg & welzijn de facto raken aan bevoegdheden die verspreid zijn over zowel federaal als regionaal beleidsniveau (en eigenlijk ook het lokale beleidsniveau), zoals hierboven vermeld. Deze verdeling van bevoegdheden maakt dat samenwerking nodig is, maar ook een uitdaging is.
- Een tweede reden is het Belgische zorgsysteem met zijn veelheid aan betrokken stakeholders: o.a. ziekenfondsen, diverse organisaties die personen met een zorg- en ondersteuningsnood, zorg- en hulpverleners en werknemers vertegenwoordigen, zorg- en welzijnsinstellingen en zorg- en hulpverleners. Deze stakeholders werken zeer gefragmenteerd op het terrein, waarbij elke organisatie vertrekt vanuit een eigen beleidsvorming die onderling weinig worden afgestemd op elkaar. Deze manier van silo-denken bemoeilijkt samenwerking en integratie van zorg en welzijn in de praktijk. Als overheid is men hierdoor immers afhankelijk van het draagvlak op het terrein om stappen in de goede richting te zetten en verandering te realiseren. Andere typische karakteristieken van ons systeem zijn: de solidaire financiering via de sociale zekerheid, de overwegende fee-for-service financiering, het paritair beheer en het overlegsysteem met de gezondheidszorgactoren en aansturing vanuit FOD Volksgezondheid en het RIZIV op federaal niveau en een sterk uitgebouwde welzijnssector vanuit OCMW’s en not-for-profit organisaties op gemeenschapsniveau en een overheidssturing ondersteund door agentschappen of departementen. De fragmentering op micro- en mesoniveau, is zo ook aanwezig op macroniveau. Als overheid is men hierdoor immers afhankelijk van het draagvlak op het terrein om stappen in de goede richting te zetten en verandering te realiseren.
- Een derde factor is dat de noden, behoeften en belangen van organisaties, professionals en personen met een zorg- en ondersteuningsnood in verband met geïntegreerde zorg kunnen verschillen van elkaar. Deze verschillende visies bemoeilijken een eenduidige definitie of invulling van het concept geïntegreerde zorg. Dit omwille van vele veranderingen die de laatste decennia plaatsvonden in de praktijk zoals het toegenomen aantal behandelopties, de shift naar meer chronische zorg, de toegenomen aandacht voor persoonlijke voorkeuren en doelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de toegenomen digitalisering waardoor het voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood eenvoudiger werd om zich te informeren en de eigen gezondheidsgegevens op te volgen.
- Een vierde reden die een uniforme aanpak bemoeilijkt zijn de grote regionale verschillen met betrekking tot de context waarin geïntegreerde zorg georganiseerd moet worden. Vlaanderen en Wallonië bedienen beide een groter geografisch gebied waarin grotendeels dezelfde taal wordt gesproken, terwijl Brussel een kleiner meertalig gebied bedient met een zeer hoge bevolkingsdichtheid en typische uitdagingen verbonden aan een grootstedelijke context, en de Duitstalige gemeenschap die een klein gebied bedient dat een grensregio vormt waarin ook meerdere talen worden gesproken. Daarnaast heeft elk van deze deelstaten een eigen

snelheid en vertrekpunt van waaruit al veranderingen richting geïntegreerde zorg worden geïmplementeerd.

- Een vijfde reden tot slot, is dat er niet enkel verschillende noden en visies vanuit de praktijk bestaan, maar dat ook in theoretische hoek variabele invullingen van geïntegreerde zorg gevonden worden. De oorzaak ligt bij de verschillende invalshoeken van waaruit men vertrekt, bv. gaande van het perspectief van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood[7], gezondheidszorgmanager[8] over een invalshoek vanuit de chronische zorg[9] tot een eerder procesmatige[10] en "geheel van systemen" invalshoek [11]. Voor enkele voorbeelden verwijzen we naar de hoger gehanteerde definitie vanuit de WHO, Europees (invalshoek van gezondheidssysteem), alsook naar bijlage 2. Deze bijlage bevat andere definities dewelke door de literatuur worden aangegeven als de belangrijkste m.b.t. geïntegreerde zorg, aanvullend op deze van de WHO.

Precies omwille van die redenen lijkt er steeds meer nood aan een collectief gedeelde strategie om de veranderdynamiek naar een geïntegreerde zorg in te zetten. Een component daarin is de uitwerking van een interfederaal plan geïntegreerde zorg, met een schets van hoe een eerstvolgende etappe van geïntegreerde zorg eruit ziet in de praktijk. De sleutelelementen van dit interfederaal plan worden hieronder weergegeven.

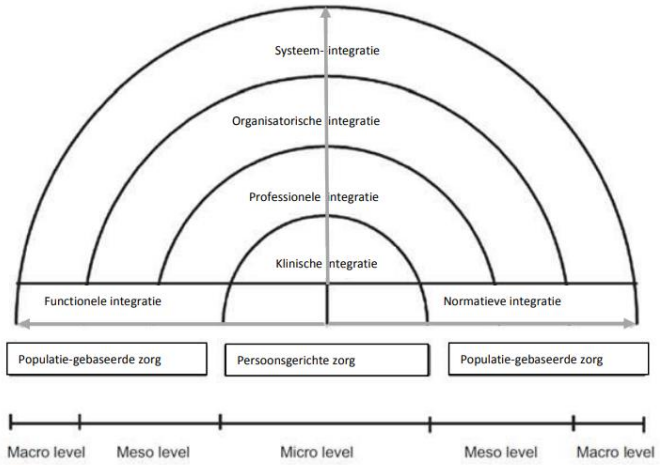
B 0.2.1 De sleutelelementen van het interfederaal plan

In een voorbereidende fase van het achterliggende project om tot een interfederaal plan te komen, werd duidelijk dat er bijzonder veel elementen van geïntegreerde zorg relevant zijn (zie bijlage 1). Tegelijk bleek ook al gauw een sterke roep aan focus en haalbaarheid. Voor het **realiseren van de quintuple aim en geïntegreerde zorg** wordt concreet gekeken naar sleutelelementen op drie niveau's: het micro-, meso- en macroniveau.

Het Regenboogmodel van Valentijn et al (2013) - zie figuur onder, een breed gebruikt model om geïntegreerde zorg in de praktijk in te richten- stelt dat er verschillende gradaties van zorgintegratie noodzakelijk zijn op verschillende niveaus en dat op elk van deze niveaus gelijktijdig moet worden ingezet. Enerzijds zijn er horizontaal de principes van persoonsgerichte tot populatiegebaseerde zorg, en anderzijds zijn er verticaal de verschillende niveaus gaande van micro- over meso- tot macroniveau.

De link tussen het IFP en het regenboogmodel ziet eruit als volgt:

[7] National Voices. A narrative for person-centred coordinated care [Web page].2013 [cited 18/05/2022]. Available from: http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/05/nvnarrative-cc.pdf
[8] Contandriopoulos A, Denis J, Nassera T, Rodriguez C. The integration of health care: Dimensions and implementation. Working Paper. Montreal: Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé: Université de Montréal; 2003. Available from: http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/n04-01.pdf
[9] Nolte E, Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? : WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies; 2014
[10] Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. Int J Integr Care. 2002;2:e12
[11] van Duijn S, Zonneveld N, Lara Montero A, Minkman M, Nies H. Service Integration Across Sectors in Europe: Literature and Practice. Int J Integr Care. 2018;18(2):6



a) Op microniveau, i.e. focus op de integratie op individueel niveau[12] waarbij de behandeling en ondersteuning van een persoon één geheel vormt:

- We leggen de connectie met zorg- en welzijnsprocessen, in het bijzonder met zorgpaden (of zorgtrajecten, zie verder), die geconnecteerd worden met de bredere doelen en noden van de persoon. We bekijken op welke manier vanaf de opmaak van een zorgpad gewerkt kan worden in een proces van afstemming, (interfederale) samenwerking en conceptuele alignering.

- We kijken wat er nog nodig is om interdisciplinair samenwerken optimaal mogelijk te maken, in het bijzonder hoe zorg- en welzijnsprofessionals ondersteund kunnen worden bij het werken in team op interdisciplinaire wijze, en hoe de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood daarin een rol opneemt.

- We kijken wanneer, hoe en welke activiteiten (vb. zorg- en welzijnscoördinatie, casemanagement) als sterke hefboom voor integratie kunnen worden ingericht en werken hierbij aan een generiek, gedeeld kader.

b) Op mesoniveau, i.e. focus op professionele en organisatorische integratie waarbij verschillende zorg- en welzijnsprocessen op elkaar zijn afgestemd:

- We kijken hoe in België de organisatie van geïntegreerde zorg op mesoniveau eruit kan zien, nl. welke vorm neemt zo'n mesoniveau aan, welke soort opdrachten (bijvoorbeeld populatiemanagement, change management,…) worden opgenomen door welke soort actoren, organisaties, netwerken, instellingen, … op locoregionaal niveau.

c) Op macroniveau, i.e. focus ligt hier op systeemintegratie en digitalisering om de efficiëntie en kwaliteit van zorg te verbeteren:

- We kijken hier naar welke digitale ondersteuning noodzakelijk is om zowel zorg- en welzijnsverleners als de burger te ondersteunen in de verdere integratiebeweging; alsook op welke wijze de digitale ondersteuning vorm kan krijgen cfr. de reeds lopende initiatieven.

d) Op meerdere niveaus (multi-niveau):

[12] Klinische integratie moet in dit kader begrepen worden in de ruime zin van het woord met betrekking tot persoonsgerichte zorg.

- We kijken hierbij specifiek naar welke financiering- en vergoedingsmodaliteiten kunnen worden toegepast om eerdergenoemde concepten en activiteiten financieel te stimuleren.

Belangrijk bij hogere focus is dat uitgegaan wordt van een **systemische en gelijktijdige verandering** naar geïntegreerde zorg, d.w.z. dat het **geheel van de elementen en hun onderlinge connectiviteit** nodig is om die evolutie effectief in te zetten. Bij de verdere uitwerking van de sleutelelementen voor geïntegreerde zorg op het micro-, meso- en macroniveau, worden de overige elementen voor geïntegreerde zorg (geïdentificeerd in fase 1) onmiddellijk toegepast. Voorbeelden hiervan zijn persoon met een zorg- en ondersteuningsnood centraal en empowerment, horizontale en verticale integratie van zorg en welzijn (cfr. zorgcontinuïteit) en de ondersteuning van het informeel netwerk van een persoon in zijn/haar context. Daarnaast betekent dit ook dat alle betrokkenen, op alle niveaus, mee deze evolutie dienen te ondersteunen. In die zin zijn zij allen volwaardig partner om deze samenwerkingen, connecties en linken mee vorm te geven.

In wat volgt, gaan we één per één in op de verschillende niveaus (van micro-, over meso-, tot macro- en multi-niveau) waarop geïntegreerde zorg gerealiseerd kan worden.

B 1. Geïntegreerde zorg op het microniveau

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op de zorg rond (en met) de persoon, namelijk op het microniveau. Op dit niveau staan de zorg- en hulpverleners in nauwe interactie met de persoon zelf. We gaan er namelijk vanuit dat, in het geval dat een persoon nood heeft aan zorg- en/of welzijnsondersteuning (bewust, of onbewust in kader van bv. preventie), de persoon dan ook nood heeft aan geïntegreerde zorg. Daarbij ontstaan een reeks aan zorg- en welzijnsactiviteiten die samen een zorg- en welzijnsproces vormen. Persoons- en doelgerichte zorg vormen de uitgangspunten voor deze processen, die worden vormgegeven vanuit een interdisciplinair team.

Op basis van deze persoonsgerichte aanpak, kunnen professionals vanuit verschillende disciplines betrokken zijn wat interdisciplinair samenwerken noodzakelijk maakt. Typische aspecten hiervan kunnen zijn: (door)verwijzen, overleggen, evalueren, plannen, voorschrijven, samenwerken, transfereren, ontslag uit het ziekenhuis, delen gegevens, … Op basis van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, kan het interdisciplinair team vormgeven aan een zorg- en ondersteuningsplan, op maat van de persoon.

In bepaalde omstandigheden, kan een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood nood hebben aan specifieke zorg- en welzijnsprocessen, die beschreven zijn vanuit specifieke problematieken of pathologieën en gericht zijn op het voorzien in de opvolging, waarborging en verbetering van de kwaliteit van het proces dat een persoon met die problematiek/pathologie doorloopt.[13] In België worden deze veelal vertaald naar zorgpaden. Typische aspecten hiervan kunnen zijn: specifieke educatie, bepaalde particuliere financieringsregels, specifieke samenwerking tussen bepaalde actoren, …

Bij het vormgeven van het zorg- en welzijnsproces voor een persoon, is het van belang dat de verschillende activiteiten die opgenomen worden, vanuit een generieke of specifieke problematiek, afgestemd worden op elkaar. Zorg- en welzijnscoördinatie en zo nodig casemanagement vormen daarbij de motor voor de nodige coördinatie en afstemming van zorg en/of welzijn van een persoon.

Daarnaast werden, in het kader van de zesde staatshervorming, een aantal bevoegdheden van de federale overheid overgedragen aan de deelstaten zoals de lokale multidisciplinaire netwerken, geïntegreerde diensten voor thuisverzorging en palliatieve netwerken. Ook binnen deze trajecten is het van belang eenzelfde invulling aan gecoördineerde zorg te geven, en de link te leggen met de concepten die hiervoor worden beschreven in dit interfederaal plan.

B 1.1 Interdisciplinair werken

Zoals eerder aangehaald, is één van de grote uitdagingen in de zorg- en welzijnssector het omgaan met wijzigende en steeds groter wordende zorgvragen. Zo worden zorgprocessen meer en meer complex (vb. door o.a. multimorbiditeit, toename van het aantal chronisch zieken door vergrijzing en langere levensverwachting, toename kwetsbare personen…) wat op zijn beurt vereist dat méér professionals vanuit meerdere disciplines bij een zorgproces verbonden zijn. Zo ontstaan **interdisciplinaire teams**, die bestaan uit **2 of meer disciplines uit zorg en welzijn en de persoon in kwestie samen met zijn/haar informele context zoals de mantelzorger.** De persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en zijn omgeving worden aldus beschouwd als **een actieve partner** binnen het proces van zorg/welzijn.

We richten ons op het “interdisciplinair” werken omdat de zorg- en hulpverleners gemeenschappelijke doelstellingen en verantwoordelijkheid nastreven. Daarentegen zou in het geval van “multidisciplinair”

[13] Gartner, J. B., Abasse, K. S., Bergeron, F., Landa, P., Lemaire, C., & Côté, A. (2022). Definition and conceptualization of the patient-centered care pathway, a proposed integrative framework for consensus: a Concept analysis and systematic review. BMC Health Services Research, 22(1), 1-24.

werken elke professional verantwoordelijk voor zijn 'disciplinair gedeelte' en zouden geen gemeenschappelijke doelstellingen worden nagestreefd[14].

Algemeen kan gesteld worden dat interdisciplinair werken een inherente verantwoordelijkheid is van zorg- en hulpverleners zelf, om persoons- en doelgerichte zorg te realiseren voor elke persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. De zorg- of hulpverleners dragen interdisciplinair werken uit; zij zien hierin de meerwaarde en hebben de vaardigheden om samen te werken (versterkt door bijvoorbeeld bijscholingen). Zij voelen tevens aan in welke situaties dit meer aan de orde is en welke stappen ondernomen kunnen worden om gecoördineerde zorg te realiseren (vb. zorg- en welzijnscoördinatie, casemanagement, interdisciplinair overleg, zorgpaden, een gedeeld elektronisch dossier, een communicatie- en samenwerkingstool, …).

Interdisciplinair werken kan dan ook in belangrijke mate ondersteund worden door een aantal gerichte (financierings-)methodieken en instrumenten, zoals bijvoorbeeld:

- Het mesoniveau neemt een stimulerende en faciliterende rol op om interdisciplinair en intersectoraal werken aan te moedigen, bijvoorbeeld door het "laten samenkomen en ontmoeten" van de verschillende betrokken professionals in zorg en welzijn in bijvoorbeeld buurtteams.
- Daarnaast wordt interdisciplinair werken praktisch ondersteund door een communicatie- en samenwerkingstool, bijvoorbeeld het federale project 4.2 multidisciplinaire functionaliteiten[15], het digitale zorg- en ondersteuningsplatform Alivia in Vlaanderen[16], de projecten van het Waalse herstelplan "Digitalisering van het volledige gezondheidsdossier van de Waalse burgers op een gestructureerde en geïntegreerde manier" in Wallonië[17] en het interdisciplinair gezamenlijk bewonersdossier dat werd ontwikkeld voor de woonzorgcentra in de Duitstalige Gemeenschap. Zie ook hoofdstuk 3.
- Bijzondere aandacht gaat hierbij uit naar overgangssituaties (vb. bij ontslag uit het ziekenhuis)
- Een geschikt vergoedingssysteem dat het interdisciplinair werken stimuleert en verbonden is aan de hoger beschreven concepten in kader van coördinatie biedt daarnaast ook ondersteuning. Dit onderdeel wordt verder uitgewerkt onder hoofdstuk 4.

B 1.2 Bestaande, in ontwikkeling zijnde of toekomstige zorgpaden

B 1.2.1 Actuele status en uitdagingen bij (de opmaak van) zorgpaden

Internationaal wordt erkend dat zorgpaden een nuttige hefboom zijn bij geïntegreerde zorg. In het WHO-raamwerk 'integrated people-centred health services'[18] wordt als één van de strategieën om richting een meer geïntegreerde zorg te evolueren verwezen naar het coördineren van diensten binnen en overheen de verschillende sectoren in zorg en welzijn, waarbij bv. **zorgpaden** een belangrijke rol spelen. Zij faciliteren de afstemming tussen en overheen de verschillende lijnen in zorg en welzijn en geven op die manier invulling aan de horizontale en verticale integratie van zorg.

Ook in België wordt reeds gewerkt met zorgpaden die ofwel vertrekken vanuit een pathologie-gebonden perspectief, zoals de zorgtrajecten voor diabetes en nierinsufficiëntie, en de overeenkomsten MS/ALS/Huntington, ofwel vanuit een bredere benadering, zoals de transversale zorgpaden die in opmaak zijn i.k.v RIZIV's meerjarenbegroting 2022.

---

[14] Page R. Interprofessional education: principles and application. A framework for Clinical Pharmacy. Pharmacotherapy 2009;29:145-64.

[15] *Het project 4.2 multidisciplinaire functionaliteiten voor een efficiënte multidisciplinaire en transmurale werking*

[16] *Het Digitaal zorg- en ondersteuningsplan ALIVIA vanuit Vlaanderen als communicatie- en planningsinstrument om doelgerichte zorg, georganiseerd rond de persoon, te ondersteunen*

[17] Vijf projecten uit het herstelplan van de Waalse regering hebben betrekking op g-gezondheid; meer bepaald de hervorming van gezondheidsbevordering en preventie door de uitvoering van gestructureerde programmering via de projecten 278-282.

[18] World Health Organization (WHO). (2016). Framework on integrated people-centred health services: an overview. World Health Organization.

Voorbeeld 1: De overeenkomsten MS/ALS/Huntington faciliteren met het programma van globale tenlasteneming de verticale en horizontale integratie, bv. via samenwerking tussen ziekenhuizen en rusthuizen, en het versterken van de kwaliteitsvolle zorg en welzijn.

Voorbeeld 2: De transversale paden trachten te beantwoorden aan de door het RIZIV vooropgestelde gezondheidszorgdoelstellingen en richten zich op de gehele cyclus die een persoon kan doorlopen, gaande van preventieve tot eventueel palliatieve zorg.

Zorgpaden zijn een manier om gecoördineerde interventies transparant te maken voor iedereen in het interdisciplinaire team en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Deze invulling van een zorgtraject sluit steeds meer aan op de interpretatie van een zorgpad, waarbij op een evidence-based manier een zo kwalitatief mogelijk zorgproces wordt opgesteld. Vermits de termen zorgpaden en -trajecten naast en door elkaar gebruikt worden, zal in de verdere omschrijving hier geen onderscheid in gemaakt worden en systematisch **'zorgpad'** gebruikt worden.

Bij het opmaken van concrete zorgpaden zijn heel wat onduidelijkheden en uitdagingen (niet-exhaustief):

- De nood aan afstemming van zorgpaden indien een persoon opgenomen is in meerdere zorgpaden en de nood aan afstemming met zorg en welzijn die verloopt in eerste lijn;

- Het is geenszins de bedoeling om geïntegreerde zorg louter op basis van pathologie-specifieke zorgpaden te organiseren, niet alleen gezien de toenemende multimorbiditeit maar ook omwille van een persoonsgerichte aanpak die vooropgesteld wordt (waarbij een persoon per definitie meer is dan zijn ziekte). De doelstelling is om rekening te kunnen houden met ziekte- of situatie-specifieke problematieken.

- In de huidige werking is het nog weinig gebruikelijk om in het kader van zorg en welzijn dergelijke zorgpaden in co-creatie met de verschillende entiteiten uit te werken, meer bepaald tussen de federale en deelstatelijke overheden. Hierdoor kan/lijkt een gedeeld gevoel van ownership en een collectief gedeelde invulling van zorgpaden te ontbreken;

- Daarnaast ontbreekt ook de nodige sensibilisering naar het terrein toe waardoor een adequate "uptake" mogelijk achterblijft. Er moet voldoende kennis en een totaaloverzicht van het aanbod van zorgpaden om de uitrol succesvol te laten landen op het terrein aanwezig zijn.

Met dit ontwerp IFP willen we een antwoord bieden op de bovenstaande uitdagingen door middel van:

1. Een conceptuele alignering tussen reeds lopende zorgpaden (vb. hoe kunnen deze meer compatibel aan elkaar ingevuld worden) en het generieke kader van gecoördineerde zorg (zie verder);
2. Een meer structurele manier van interfederaal samenwerken rond zorg- en welzijnsprocessen met oog op eventuele nieuwe zorgpaden (vb. op welke manier komen nieuwe zorgpaden tot stand en wie is daarbij betrokken op welk moment).

B 1.2.2 Voor bestaande zorgpaden: realiseren van continuïteit van zorg in de praktijk

Zoals eerder vermeld bestaan er vandaag de dag al verschillende zorgpaden en zijn in het kader van de meerjarenbegroting 2022 bijkomende zorgpaden in opmaak. Het is te vermijden dat de bestaande paden en diegene in opmaak een andere invulling aan gecoördineerde zorg geven dan in het generiek

kader dat verder in het IFP beschreven wordt. Ook in het kader van toekomstige vergoedingsmogelijkheden, zal een conceptuele alignering geïncorporeerd moeten worden.

Voor de reeds bestaande zorgpaden betekent dit dat:

- Indien geen verantwoordelijke bestaat voor de bestaande zorgpaden, wordt deze aangeduid binnen de organisatie die verantwoordelijk is voor het ontstaan / opmaak van het zorgpad (bv. voor het zorgpad diabetes type 2 dient een owner aangeduid te worden binnen het RIZIV).
- De verantwoordelijken van de bestaande zorgpaden op de verschillende beleidsniveaus (macroniveau) een conceptuele check doen zodat de gerelateerde concepten binnen het zorgtraject meer gealigneerd zijn met het generieke kader van gecoördineerde zorg; om deze afstemming te realiseren, kan mogelijk gebruik gemaakt worden van een co-creatief proces tussen het RIZIV en de deelstaten (zie verder);
- Voldoende sensibilisering gebeurt richting het terrein zodat:
    - de concepten zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement van het generiek kader, waar relevant, worden opgenomen binnen de (lokale) zorgpaden en worden afgestemd met andere functies actief binnen deze paden (vb. liaisonfunctie)
    - de concepten gekend en duidelijk zijn zodat de professionals de concepten correct kunnen uitvoeren binnen de zorgpaden;

Voor de 7 transversale trajecten die in opmaak zijn i.k.v de meerjarenbegroting 2022, betekent dit dat:

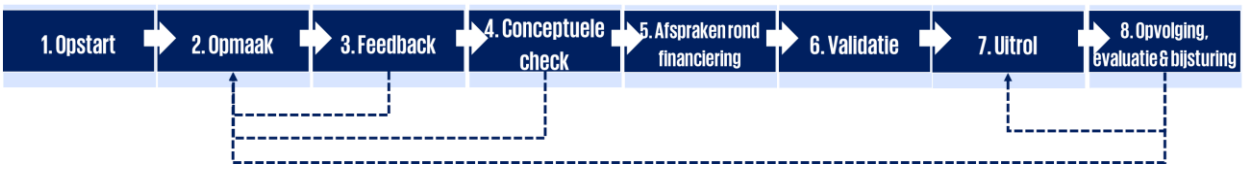
- Het generiek kader meegenomen wordt in de verschillende werkgroepen waar gerelateerde concepten nog in opmaak zijn;
- Een verantwoordelijke per werkgroep aangeduid wordt die steeds verantwoordelijk is om de conceptuele alignering te waarborgen tijdens de verdere opmaak van de zorgpaden;
- Indien gerelateerde concepten reeds werden uitgewerkt, worden deze door de aangeduide verantwoordelijke nagekeken en indien nodig meer gealigneerd met gecoördineerde zorg zoals omschreven in het generiek kader van het IFP GIZ.

B 1.2.3 Voor toekomstige zorgpaden: naar een structureel samenwerkingsproces voor een consistente invulling van GIZ-concepten

Wetende dat de realisatie van zorgpaden geen eenmalig gegeven is, bestaat de uitdaging erin om het toekomstige, meer interfederale afstemmings- en samenwerkingsproces voor de realisatie van nieuwe zorgpaden duidelijk vast te leggen.

In dit interfederaal plan leggen we in elk geval vast dat dergelijk, structureel afstemmings- en samenwerkingsproces opgezet wordt voor toekomstige zorgpaden. De exacte invulling van dit proces is te verfijnen o.b.v. concrete toepassingen in de praktijk - zie voorstel om op voort te werken hieronder. De eerste toepassingen hiervan kunnen zich toespitsen op bijvoorbeeld (niet-limitatief): zorgpad kwetsbare ouderen, zorgpad kwetsbare zwangere vrouwen, …)

<u>Voorstel voor concreet afstemmings- en samenwerkingsproces</u>



1. De opstart van een (transversaal) zorgpad voor een specifieke doelgroep.
    a. *Door wie kan de aanvraag gedaan worden? Het terrein en/of overheid op federaal en deelstatelijk niveau? Wordt hier eerst een verzoek naar uitgestuurd om aanvragen te ontvangen en vervolgens een selectie te maken? Wat is de trigger?*
    b. *Bij wie komt de aanvraag van een zorgpad binnen? Wie "filtert" de aanvragen?*
    c. *Hoe en door wie wordt besloten om van aanvraag naar effectieve opstart te gaan?*
    d. *Wie is verantwoordelijk voor het bijhouden van een inventaris van zorgpaden?*
2. De opmaak van het zorgpad via een co-creatief proces tussen het RIZIV en de deelstaten. Tijdens deze stap wordt de generieke opmaak van het pad samen besproken, alsook de verschillende (context)nuances van de deelstaten en federale overheid. *In welk orgaan situeert zich de samenwerking? Hoe kan de samenwerking tussen RIZIV en deelstaten worden gegarandeerd en gestimuleerd?*
3. De feedback van experts en het terrein die betrekking hebben en/of ervaring hebben met het specifieke thema waarrond het zorgpad is opgebouwd. Indien de experts en het terrein wijzen op suggesties ter verbetering, zullen deze besproken worden tijdens het co-creatieve proces van opmaak waar zowel het RIZIV als de deelstaten aan deelnemen (zie stap 2) en wordt het vervolgproces herhaald. *Is dit steeds een vaste groep van (terrein)experten? Of wisselend afh. van het zorgpad?*
4. De conceptuele check of de concepten zoals bv. zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement opgenomen worden in het pad en gealigneerd zijn met het generiek kader en de nuances van de deelstaten. Indien wordt vastgesteld dat dit onvoldoende het geval is, zal dit in de co-creatieve stap (stap 2 opmaak) herbekeken en aangepast worden. Daarnaast dient bekeken te worden hoe het opgemaakte zorgpad complementair kan zijn met andere (reeds bestaande) zorgpaden, indien een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood zich in meerdere zorgpaden bevindt. Om tot efficiënte gecoördineerde zorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood te komen, is het belangrijk dat de genomen interventies elkaar niet tegenwerken of naast elkaar bestaan. Hieruit blijkt de nood aan zorg- en welzijnscoördinatie (zie verder), om deze horizontale en verticale integratie van zorg te garanderen. *Door wie / welk orgaan wordt deze check gedaan?*
5. De afspraken rond financiering m.b.t. het finaal zorgpad en de betrokken professionals – *dit wordt verder besproken in hoofdstuk 4*
6. De validatie van een finaal zorgpad gebeurt via een formeel orgaan. *Via welk formeel orgaan, wie zijn de deelnemers?*
7. De uitrol van het finaal zorgpad wordt gegarandeerd door brede communicatie en sensibilisering op het terrein, alsook op de verschillende beleidsniveaus. *Door wie brede communicatie/sensibilisering? → richting het terrein, taak van mesoniveau? Quid richting beleidsniveaus?*
8. De opvolging, evaluatie en bijsturing van het zorgpad gebeurt *door wie? Formeel orgaan*

B 1.2.4 Afstemming tussen zorgpaden en gecoördineerde zorg voor gezondheid en welzijn

Indien personen met een zorg- en ondersteuningsnood opgenomen zijn in één of meerdere zorgpaden, dienen de concepten of interventies die hierin worden beschreven (bijvoorbeeld zorg- en welzijnscoördinatie), afgestemd te worden met het bredere zorg- en welzijnsproces voor die persoon.

Op die manier wordt er steeds vertrokken vanuit de noden en doelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en wordt een integratie van verticale zorgprocessen (met name zorgpaden) en horizontale zorgprocessen (dicht bij de burger) gerealiseerd.

B 1.3 Gecoördineerde zorg voor gezondheid en welzijn

Geïntegreerde zorg vergt, zoals hierboven beschreven, een goede coördinatie tussen de diverse actoren in het interdisciplinaire team die betrokken zijn bij de zorg voor een individu en dat gedurende de hele duur waarin interdisciplinaire zorg vereist is. Twee concepten die in deze context vaak gelinkt worden en in één adem worden genoemd zijn zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement. Sinds geruime tijd worden deze concepten naar voor geschoven als facilitators van geïntegreerde zorg.

Zo ontstaat bij complexe zorgsituaties er een verhoogde nood om deze situaties en het bijhorend zorgproces goed te "beheren" en te coördineren met oog op bv.: waarborgen van persoonsgerichte en toegankelijke zorg, afgestemd op de persoonlijke levensdoelen, efficiënte communicatie tussen de persoon, zijn/haar informele context zoals de mantelzorger en zorgprofessionals, afstemmen van diensten op elkaar en vermijden van overlappende of overbodige zorgen -met respect voor het recht op zelfbeschikking van de persoon-, identificeren van "gaten" in de zorg, vrijwaren tevredenheid en kwaliteit van zorg voor personen met een zorg- en ondersteuningsnood. Bovendien geeft de WHO[19] bijvoorbeeld mee dat casemanagement als resultaat kan hebben dat onder meer het aantal ziekenhuisopnames kan gereduceerd worden en de tevredenheid van personen met een zorg- en ondersteuningsnood stijgt. Ook de federale overheid en de deelstaten onderzoeken (en testen) deze concepten reeds.

B 1.3.1 Huidige stand van zaken invulling zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement

In 2019 nam de Interministeriële Conferentie het initiatief om de invulling van de rollen en functies van zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement te formaliseren in het akkoord van 25 maart 2019. Daarbij werd een gezamenlijke visie van de federale en deelstatelijke overheid geformuleerd op de concepten van zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement.

Niettegenstaande dit IMC-akkoord, is er nog veel onduidelijkheid blijven bestaan over de invulling van de rollen en functies van zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement, alsook de toepassing in zorg- en welzijnsprocessen. Op het terrein worden deze rollen dan ook vaak zelf ingevuld naargelang specifieke inschattingen en mogelijkheden, wat de consistentie en duurzaamheid over de zones en regio's in de weg staat.

Daarnaast bestaan er vandaag de dag nog andere rollen en functies die in de praktijk lijken op en eventueel complementair zijn aan zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement.

- Deze vormen gebruiken andere namen (vb. oncologische coördinatoren, familiecoaches, (zorg-)educatoren, "référent (de proximité)", buddy, zorgtrajectpromotoren, zorgambassadeurs, overlegorganisatoren…), alsook, maken deze gebruik van verschillende vergoedingsmodaliteiten.
- Wellicht hebben deze andere vormen eveneens een ander takenpakket (of een andere focus/invalshoek) dan in de verdere omschrijving gestipuleerd wordt.
- Bepaalde hogergenoemde rollen/functies kunnen zich ook toespitsen op een bepaalde expertise vb. gelinkt aan een bepaalde situatie of pathologie. Zo zijn oncologisch coördinatoren gericht op ondersteuning van patiënten bij kankerbehandelingen.

[19] Integrated care models: an overview (who.int)

- Daaruit volgt dat bepaalde functies/rollen zich specifiek situeren in de gespecialiseerde zorg (tweede lijn) vb. in ziekenhuiscontext. De continuïteit garanderen overheen de lijnen blijft daarbij de uitdaging.

In wat volgt wordt er in dit document gefocust op de generieke invulling van zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement.

Vanuit een gedeelde visie en met het oog op de grootste gemeenschappelijke deler verduidelijken en concretiseren we de invulling en werking van zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement in een generiek kader, alsook de toepassing in zorg- en welzijnsprocessen, met oog op:

1) Conceptuele éénduidigheid in de vorm van een competentieprofiel (inclusief opdrachten, opstart, duurtijd, beëindiging, rol/functie en het type zorg- of hulpverlener) zodat op het terrein eenzelfde begrip en invulling van zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement wordt gehanteerd.
2) Afspraken die implementatie toelaten, en dit geredeneerd vanuit een systemische benadering, d.w.z. dat we in dit interfederaal plan kijken naar hoe een evolutie richting geïntegreerde zorg inhoudelijk, organisatorisch en financieel kan geïncentiveerd worden, en niet zozeer kijken naar fragmentarische regelingen.

B 1.3.2 Competentieprofiel voor zorg- en welzijnscoördinatie

Opdrachten

- **De (minstens) op te nemen opdrachten voor zorg- en welzijnscoördinatie** hebben betrekking op zowel sociale als administratieve taken[20]. De opdrachten stemmen overeen met:
    - Het initiëren van de opmaak en beschikken over het overzicht van het behandelplan/zorg- en ondersteuningsplan. De zorg- en welzijnscoördinator brengt het interdisciplinair team tezamen, stemt samen met de zorg- en welzijnsverstrekkers, de persoon zelf en de mantelzorger de voorziene zorg en welzijn af op maat van de persoon, gebaseerd op diens noden en doelen en voegt indien nodig zorg- en hulpverleners toe aan het team in functie van de behoeften van de persoon.
    - Het opvolgen van het behandelplan/zorg- en ondersteuningsplan. Dat wil zeggen dat de zorg- en welzijnscoördinator voortdurend samen met de zorg- en welzijnsverstrekkers, de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood zelf en de mantelzorger waakt over kwaliteitsvolle uitvoering van het plan, en het aanpast aan de noden en doelen van de persoon. Dit kan bijvoorbeeld door gebruik te maken van gedeelde informatie en beoordelingen vanwege de betrokken professionals (bv. via het digitaal multidisciplinair platform of via BelRAI of een ander instrument) en de personen met een zorg- en ondersteuningsnood.
    - Aanspreekpunt vormen voor de persoon en zijn informele context en het bevorderen van empowerment en verbeteren van gezondheidsvaardigheden van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, net zoals elke professional in het zorgteam. De zorg- en welzijnscoördinator biedt bijvoorbeeld de persoon informatie aan over

[20] Dit betreft een actualisering van wat in IMC2019 (Gemeenschappelijke visie over zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement) reeds overeengekomen werd.

de doelstelling en de werking van het behandelplan/zorg- en ondersteuningsplan, zodat deze (samen met het interdisciplinair team) weloverwogen (zorg- en welzijns) beslissingen kan maken. De zorg- en welzijnscoördinator moet mobiel zijn en moet bereid zijn om zich te verplaatsen voor een gesprek met de persoon of informele context.

- Aanspreekpunt voor zorg- en welzijnsverstrekkers. De zorg- en welzijnscoördinator ondersteunt de coördinatie en communicatie tussen betrokken zorg- en welzijnsverstrekkers en de persoon en zijn informele context zelf (zie hierboven). De zorg- en welzijnscoördinator zorgt er tevens voor dat er binnen het interdisciplinair team beoordeeld wordt of er nood is aan bijkomende zorg- of welzijnsverleners. Op deze manier vormt de zorg- en welzijnscoördinator de spilfiguur die horizontale en verticale integratie van zorg realiseert rondom de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood.
- Het organiseren, incl. praktische en administratieve organisatie en follow up, van overleg met betrokken professionals in de zorg en welzijn, de persoon en zijn/haar informeel netwerk wanneer dit nodig wordt geacht (aldus minstens bij de scharniermomenten – zie ook verder).
- Naast het afstemmen en coördineren van de zorg en welzijn, voert de zorg- en welzijnscoördinator, waar mogelijk, zijn taken steeds vanuit een meer preventief perspectief uit. Zo kan hij voorkomen dat de situatie van de persoon in de toekomst verslechtert (vb. vermijden van bijkomende zorgnoden of opname in een verzorgingstehuis) of de draaglast voor de mantelzorger te hoog wordt.
- Zorg- en welzijnscoördinator stimuleert de (digitale) participatie/samenwerking van het interdisciplinair team (bv. invulling van de ondersteunende digitale tools zoals Alivia, BelRAI, …) en faciliteert communicatie, bijvoorbeeld het geven van feedback aan zorgverleners over de outcome van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood.
- Tot slot staat de zorg- en welzijnscoördinator mee in voor het navigeren in het digitale landschap en het verbeteren van digitale geletterdheid. Zo wordt de persoon geïnformeerd over het gebruik van de verschillende digitale tools, hoe gegevens worden gedeeld, welke info online waar te vinden is,…

Rol

- **Rol.** In het kader van zorg en welzijn wordt ervan uitgegaan dat de zorg- en welzijnscoördinatie kan opgenomen worden door één persoon en beschouwd wordt als een rol, waarbij de bovenstaande opdrachten uitgevoerd worden boven op de functiespecifieke taken die deze persoon reeds opneemt. De zorg- en welzijnscoördinator maakt inherent deel uit van het interdisciplinair team rond de persoon. Vertrekkend van het generieke competentieprofiel voor zorg- en welzijnscoördinatie, kunnen enkele verschillen tussen de deelstaten weerhouden worden.
- De rol kan typisch relevant worden in uiteenlopende omstandigheden; wanneer de persoon of zijn informele context niet langer zijn zorg kan coördineren; of wanneer de situatie complex is door een hoog aantal betrokken zorg- en welzijnsverstrekkers, door een

combinatie van (sociale en /of medische) problematieken of door een opeenvolging van scharniermomenten.

Opstart, duurtijd en beëindiging

- **Opstart en verderzetting.** Vergoedbare zorg- en welzijnscoördinatie kan opgestart en verdergezet worden op verzoek van de persoon, diens vertegenwoordiger (door zelf de nood te signaleren) of doordat betrokken professional(s) de vraag stellen aan de persoon) of op eigen initiatief door de betrokken professionals (d.m.v. professionele inschatting). Hierbij worden volgende richtlijnen in acht genomen:
    - De nood aan zorg- en welzijnscoördinatie wordt vastgesteld door een lid van het interdisciplinair team, inclusief de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en zijn/haar informele context. Dit kan onderschreven zijn op basis van de resultaten uit een geschikt evaluatie-instrument in combinatie met het professioneel oordeel van de professional die gericht is op de behoeften van de persoon. Een evaluatie-instrument (bv. BelRAI, Born in Belgium….) kan hierbij nuttig zijn, met de voorwaarde dat het instrument toegankelijk is voor zorg- én hulpverleners (ongeacht regio waarin actief), de persoon en diens informele context.
    - Opdat het team, alsook de burgers, op de hoogte zijn over de mogelijkheid en inzetbaarheid van zorg- en welzijnscoördinatie, is sensibilisering vanuit het mesoniveau nodig. Voor waar deze sensibiliseringsopdracht ligt, verwijzen we naar sectie 1.3.5.
    - De zorg- en welzijnscoördinator past hoger beschreven opdrachten toe, wat zich uit in het vastgestelde gebruik/toepassing van een zorg- en ondersteuningsplan dat vertrekt vanuit de noden van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood.
    - De zorg- en welzijnscoördinator initieert en organiseert interdisciplinair overleg, waarbij ook de persoon en zijn omgeving betrokken wordt, en dit ten minste bij scharniermomenten (vb. verandering van zorgsetting/-sector) en om in samenspraak met de persoon en/of mantelzorger de behoeften te evalueren in hoeverre de zorg- en welzijnscoördinatie verdergezet moet worden, op vergoedbare dan wel niet-vergoedbare wijze (voor onderscheid hiertussen – zie verder).
        - De rechthebbende of zijn/haar informele context (bv. mantelzorger) dient een akkoord te geven omtrent de aangewezen professional die de rol van zorg- en welzijnscoördinatie zal opnemen.

Duurtijd en beëindiging. De duurtijd van vergoedbare zorg- en welzijnscoördinatie is afhankelijk van de situatie; ze blijft bestaan zolang de nood hiertoe wordt ingeschat. De startcriteria (en mogelijke evaluatie-instrumenten) worden hier in principe opnieuw toegepast. Onder initiatie van de zorg- en welzijnscoördinator zal de duurtijd samen met het zorgteam geëvalueerd worden. Daarbij wordt bekeken of en wanneer de vergoedbare coördinatie van zorg en welzijn niet meer noodzakelijk is, bv. wanneer de zorgnoden zeer sterk verminderd of zelfs verdwenen zijn, of wanneer de persoon of diens omgeving, bijvoorbeeld de mantelzorger, de taak overneemt en men dus overschakelt op niet-vergoedbare zorg- en welzijnscoördinatie.

Type zorg- en/of hulpverleners en competenties

- In het kader van vergoedbare zorg- en welzijnscoördinatie wordt de rol uitgevoerd door bestaande beroepen al dan niet opgenomen in de Gecoördineerde wet betreffende de

uitoefening van de gezondheidszorgberoepen van 10 mei 2015. Dat wil zeggen dat ook bestaande beroepen in de sociale sector in aanmerking komen. Aanvullend voldoet de professional aan de volgende voorwaarden:

- Heeft een therapeutische relatie of zorgrelatie met de persoon in kwestie waardoor een bepaalde vertrouwensband aanwezig is;
- Heeft een achtergrond in zorg of welzijn, cfr. breder dan beroepen in de Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;
- Moet beschikken over generieke vaardigheden, zoals bv. kennis van de sociale kaart voor de regio waarin men actief is, doelgericht bevragen en werken, cultuursensitief werken…, die inherent moeten worden in de basisopleiding van zorg- en welzijnsverstrekkers.
- Moet beschikken over communicatieve vaardigheden: actief luisteren en waarnemen, helder en beknopt communiceren, toegankelijk zijn voor personen (zodat hij/zij laagdrempelig is om te benaderen voor anderen), op gepaste wijze communicatie aanpassen aan verschillende doelgroepen (met en zonder zorg- en welzijnsachtergrond), …;
- Moet vertrouwd zijn met het coördineren van een proces: planningen opmaken en zorgen dat deze behaald worden, betrokkenen in het proces motiveren om zich in te zetten voor gezamenlijke doelen, knelpunten signaleren, betrokkenen informeren over afspraken en wijzigingen, …;
- Heeft voldoende kennis over de netwerken die actief zijn binnen het zorg- en welzijnslandschap van de gemeenschap waarin de zorg- en welzijnscoördinator actief is;
- Houdt zich aan de principes van het beroepsgeheim en de gedeelde verantwoordelijkheid hieromtrent;
- Moet in staat zijn om een gegevensanalyse en -interpretatie te doen bij bv. een gedeeld elektronisch patiëntendossier (EPD), dit vereist uiteraard dat de zorg- en welzijnscoördinator toegang heeft tot dit dossier;

B 1.3.3 Competentieprofiel voor casemanagement

Opdrachten

- Voor de **<u>opdrachten van casemanagement</u>**:
  - De casemanager fungeert als externe hulplijn en aanspreekpunt voor zowel de persoon en zijn informele context als de leden van het interdisciplinaire team omtrent:
    - Advies rond navigatie door het aanbod en systeem van zorg en welzijn i.f.v. de behoeften van de persoon (persoonsgericht en doelgericht) en het bevorderen van empowerment en verbeteren van gezondheidsvaardigheden van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
    - Communicatie en samenwerking in het interdisciplinair team verbeteren, al dan niet via het organiseren van overleg.

- De casemanager stelt zich bovendien mobiel op en is bereid om zich te verplaatsen (wanneer nodig en relevant) voor het houden van fysieke gesprekken met de persoon, informele context, professionals….

- Om effectief te kunnen fungeren als hulplijn en aanspreekpunt extern aan het interdisciplinaire team, kan de casemanager in bepaalde gevallen (vb. eerder complexe gevallen) zeer vroeg in het proces aangesteld worden, bijvoorbeeld voor het initiëren van zorg- en welzijnscoördinatie of voor het bieden van extra ondersteuning in geval van complexe zaken, d.w.z. dat hij/zij niet pas erbij gehaald wordt als er zaken fout lopen.

- Wat betreft de interactie met zorg- en welzijnscoördinatie:

  - Een casemanager en zorgcoördinator kunnen tegelijk betrokken zijn bij 1 persoon, maar dit is in principe in een minderheid van de gevallen nodig.

  - De casemanager kan (bij eerder complexe gevallen) ondersteuning bieden aan het interdisciplinair team bij de opstart van zorg- en welzijnscoördinatie.

  - De casemanager kan daarnaast zorg- en welzijnscoördinatie initiëren als dit nog niet in voege is. In afwachting van de opstart van de zorg- en welzijnscoördinatie, zal de casemanager deze taak tijdelijk opnemen. Wanneer de zorg- en welzijnscoördinator aangesteld is, zal de casemanager de taken overdragen en een goede opstart garanderen. Echter, initiatie door een casemanager is geen noodzakelijkheid voor zorg- en welzijnscoördinatie.

    - Het casemanagement kan de zorgsituatie van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de zorg- en welzijnscoördinatie herstellen en stabiliseren zodat het zorgproces terug kwaliteitsvol verder kan lopen.

- De casemanager vervult de rol van raadgever en bemiddelaar van de rechthebbende en van zijn mantelzorger. Zij/hij is de referentiepersoon voor de rechthebbende, zijn mantelzorger en de andere partijen in de zorgteam. Zij/hij is de facilitator en procesbegeleider t.a.v. het zorgteam en de zorgsituatie.

  - Alle beslissingen worden genomen in overleg met de rechthebbende, de mantelzorger en de andere partijen in het zorgteam.

  - Zij/hij werkt steeds in nauw overleg samen met de zorgverleners van het zorgteam en ook met de persoon die zorg- en welzijnscoördinatie uitoefent of recentelijk heeft uitgeoefend bij de rechthebbende.
  - Haar/zijn interventie vindt plaats op een globale en geïntegreerde manier. Zij/hij beperkt zijn interventie nooit tot enkele specifieke aspecten van de follow-up en neemt daarbij ook het preventieve luik in acht.
  - De casemanager ziet erop toe dat er een globaal bilan van de situatie wordt opgesteld, indien dit nog niet zou gebeurd zijn.

  - Zij/hij ziet erop toe dat de functie van zorg- en welzijnscoördinatie wordt uitgeoefend, indien deze functie nog niet wordt opgenomen en toch noodzakelijk blijkt voor het goede verloop van het zorgproces.
  - Zij/hij ziet er (tijdelijk) op toe dat het zorgplan wordt opgesteld en correct wordt uitgevoerd, indien dit nog niet zou gebeurd zijn. Daarbij worden parallelle/ dubbele activiteiten vermeden.

- Aan het eind van elke interventieperiode beoordeelt zij/hij met de andere actoren de behaalde resultaten.
- Zij/hij kan als casemanager geen deel uitmaken van het zorgteam rond een rechthebbende.
- Casemanager moet zijn/haar ervaring in zorg of welzijn en voeling met het terrein blijven garanderen door middel van het bijwonen van intervisies, opleidingen etc.
- In alle gevallen handelt zij/hij objectief jegens de rechthebbende, zijn mantelzorger en hun naasten (zij/hij kiest geen partij in mogelijke meningsverschillen en conflicten…), jegens de zorgverleners (zij/hij spreekt haar/zijn voorkeur niet uit voor de ene zorgopvatting boven een andere…).

Functie

- **Functie**. In het kader van zorg en welzijn wordt de casemanager beschouwd als een externe functie buiten het interdisciplinair zorgteam rond de persoon. De eerder omschreven opdrachten worden uitgevoerd door een 'generieke' casemanager (die aldus niet per se verbonden is een bepaalde situatie of pathologie). Vertrekkend van het generieke competentieprofiel voor casemanagement, kunnen enkele verschillen tussen de deelstaten weerhouden worden.

Opstart, duurtijd en beëindiging

- **Opstart**. De bedoeling is dat casemanagement wordt toegepast in volgende omstandigheden:
    - In niet-stabiele of complexe situaties (dit kan een medische situatie zijn, maar evenzeer een situatie waarin welzijn- of sociale aspecten belangrijker zijn, of een combinatie. Het laatstgenoemde komt voor wanneer actoren binnen de eerste- en tweedelijnszorg, bv. Thuishospitalisatie, of gespecialiseerde zorg, bv. Geestelijke gezondheidszorg, tegelijkertijd betrokken zijn);
    - Bij gebrek aan vertegenwoordiging van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood in het interdisciplinair team;
    - Bij gebrek aan zorg- en welzijnscoördinatie, bv. wanneer zorg- en welzijnscoördinatie nog niet werd opgestart en hierbij hulp nodig is;
    - Bij een misgelopen zorg- welzijnscoördinatie waardoor de zorg- en welzijnsprocessen voor de persoon in kwestie falen en nood is aan verbetering;
    - Bij de vaststelling door een professional dat de persoon zichzelf in gevaar brengt door het weigeren van zorg; ter ondersteuning van de zorg- en welzijnscoördinatie;
    - Vanuit een hulpvraag van de persoon zelf;

  Casemanagement kan worden opgestart zonder het gebruik van een evaluatie-instrument. Deze evaluatie kan gemaakt worden door iemand uit het zorgteam; een professional, de persoon zelf, of iemand uit zijn informele context. Echter, het is optioneel mogelijk dat de opstart mee wordt onderbouwd met de resultaten van een af te spreken evaluatie-instrument.

Casemanagement kan opgestart worden van zodra iemand “aan de bel trekt” bij een centraal meldpunt waarna een actor op mesoniveau kan beoordelen of casemanagement aan de orde is en een casemanager kan aanstellen (zie hoofdstuk 2).

Opdat men op de hoogte is van het bestaan en aldus “aan de bel kan trekken” om casemanagement in te zetten, zal sensibilisering nodig zijn. Voor waar deze sensibiliseringsopdracht ligt, verwijzen we naar sectie “2.2.3. Type zorg- en/of hulpverleners en organisatie van de capaciteit, aansturing en evaluatie”.

- **Duurtijd en beëindiging**. De interventies van casemanagement zijn beperkt in de tijd, naar gelang de complexiteit van de situatie. Casemanagement zal plaatsvinden zo kort als mogelijk maar zo lang als nodig. Dit wordt bepaald door de inschatting van het interdisciplinair team (inclusief de persoon en zijn/haar context) samen met de casemanager. Casemanagement kan meerdere keren in het zorgproces ingezet worden, indien nodig. De casemanager werkt maximaal toe naar empowerment van de persoon en de zelfstandigheid van het zorgteam, zodat de tijdelijkheid gevrijwaard wordt.

Type zorg- en/of hulpverleners en competenties

De functie van casemanager wordt opgenomen door bestaande beroepen al dan niet opgenomen in de gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen van 10 mei 2015. Bijkomend dient de persoon te voldoen aan de volgende vereisten:

- Maakt geen deel uit van het interdisciplinair team (cf. externe functie);
- Heeft een achtergrond in zorg- of welzijn, cfr. breder dan de beroepen opgenomen in de gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (WUG);
- De casemanager moet beschikken over de nodige ervaring en kennis om te kunnen navigeren in het zorg- en welzijnslandschap, eventueel gelinkt aan een bepaalde pathologie. Voor waar de verantwoordelijkheid ligt voor het opleidingsaanbod van casemanagement, alsook het bijhouden van een centrale database over wie welke opleiding heeft gevolgd, verwijzen we naar de volgende sectie “Organisatie van de capaciteit, aansturing en evaluatie”
- Moet beschikken over generieke vaardigheden, zoals bv. kennis van de sociale kaart, doelgericht bevragen en werken, cultuursensitief werken, conflictbemiddeling…, die inherent moeten worden in de basisopleiding van zorg- en welzijnsverstrekkers.

B 1.3.4 Organisatie van de capaciteit, aansturing en evaluatie voor zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement

Voor zorg- en welzijnscoördinatie:

Er is in principe een beperkte organisatie nodig voor de uitvoering van zorg- en welzijnscoördinatie op mesoniveau (eerder vanuit invalshoek van algemene werking). Wel worden er enkele ondersteunende opdrachten voorzien die het best op mesoniveau worden opgenomen, zoals:

- Het faciliteren van en sensibiliseren over gerichte opleidingen en vormingen (en eventuele intervisies) over zorg- en welzijnscoördinatie en ondersteunende (evaluatie-) instrumenten

voor zowel de zorg- en welzijnsverstrekkers als de persoon en diens informele context. Op deze manier wordt de cultuur van geïntegreerde zorg gestimuleerd via gerichte toepassingen.

- De brede communicatie en sensibilisering rond (niet-)vergoedbare zorg- en welzijnscoördinatie, die moet leiden tot brede bekendheid over de coördinatie op vlak van zorg en welzijn. Resultaat is dat burgers weten over het bestaan hiervan en eenvoudig de weg vinden naar deze coördinatie.
- Het faciliteren van het gebruik van (digitale) ondersteunende instrumenten die de coördinatie van het proces en interdisciplinaire samenwerking faciliteren. Voor een meer gedetailleerde toelichting hiervan, verwijzen we naar hoofdstuk "3. Digitalisering als faciliterende en verbindende component voor geïntegreerde zorg".
- De verantwoordelijkheid voor het toewijzen en dispatchen van zorg- en welzijnscoördinatoren ligt bij de professionals zelf (en niet bij de eenheid op het mesoniveau). De professionals geven zelf aan in digitale tool (vb. ALIVIA) wanneer ze zorg- en welzijnscoördinatie opnemen.

Voor casemanagement:

De organisatie van het aanbod van casemanagers wordt geleverd door een/meerdere met de deelstaten afgesproken organisatie(s) op het mesoniveau. Daarnaast moeten op het mesoniveau volgende opdrachten opgenomen worden om te voorzien in de praktische organisatie en ondersteuning:

- De nodige sensibilisering, brede communicatie zodat het terrein en de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood op de hoogte is van het bestaan van, de voorwaarden van en in welke omstandigheden men beroep kan doen op deze functie.
- Het faciliteren van en sensibiliseren over gerichte opleidingen (en eventueel intervisies) voor casemanagement opdat hoger beschreven opdrachten kwaliteitsvol uitgevoerd kunnen worden.
- Het behouden van overzicht op de capaciteit en aantallen van casemanagers, al dan niet via de registratie van wie welke opleiding van casemanagement heeft gevolgd, in een centrale database die gekozen wordt door de deelstaten met voorwaarde dat deze toegankelijk is voor zorg- én hulpverleners.

Waarborgen van horizontale en verticale integratie van zorg

Indien personen met een zorg- en ondersteuningsnood opgenomen zijn in één of meerdere zorgpaden, worden de concepten of interventies die hierin worden beschreven (bijvoorbeeld zorg- en welzijnscoördinatie), afgestemd met het bredere zorg- en welzijnsproces voor die persoon. Dit om ervoor te zorgen dat er steeds wordt vertrokken vanuit de noden en doelen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en opdat de integratie van verticale zorgprocessen (met name zorgpaden) en horizontale zorgprocessen (dicht bij de burger) wordt gerealiseerd.

B 1.3.5 Onderscheid tussen zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement.

Hoewel beide rollen/functies zeker gelijkaardige karakteristieken vertonen, kunnen ze toch duidelijk onderscheiden worden van elkaar. Volgende differentiators zijn daarbij belangrijk:

- **Plaats in het team**: de zorg- en welzijnscoördinator is een persoon binnen het zorgteam, de casemanager is een persoon buiten/extern aan het zorgteam.

- **Initiatie en finaliteit**: bij het ontbreken van zorg- en welzijnscoördinatie, kan een casemanager optreden en het zorg- en welzijnscoördinatie-proces initiëren (door de bijhorende taken uit te voeren), maar een zorg- en welzijnscoördinator kan geen casemanagement uitvoeren voor dezelfde persoon. De zorg- en welzijnscoördinator kan wel het proces van casemanagement initiëren door beroep te doen op een externe casemanager.

Eenzelfde persoon zowel zorg- en welzijnscoördinator als casemanager: met bovenstaande invulling in het achterhoofd, kan men in principe of zorg- en welzijnscoördinator zijn of casemanager in één zorgsituatie rond één persoon, aangezien men niet gelijktijdig deel kan uitmaken van het interdisciplinair team (voor de zorg- en welzijnscoördinator) en extern aan het team (voor casemanager) kan zijn. Eventuele asymmetrische uitzonderingen op deze regel kunnen interfederaal verder besproken worden.

B 1.3.6 Onderscheid niet-vergoedbare en vergoedbare zorg- en welzijnscoördinatie

Zorg- en welzijnscoördinatie worden dikwijls **niet-vergoedbaar** opgenomen. Dit kan door de persoon zelf, mantelzorger of door een professional wanneer deze de coördinerende taken (die inherent in iemands professionele takenpakket zitten vervat) uitvoert.

Vergoedbare zorg- en welzijnscoördinatie is nodig wanneer de persoon of diens informele context het takenpakket van zorg- en welzijnscoördinatie niet kan of wenst op te nemen maar dit wel noodzakelijk is voor het leveren van een kwaliteitsvolle zorg. Dat is ook het geval wanneer een eerdere complexe situatie zich voordoet en een zorg- en ondersteuningsplan opgemaakt is of moet opgemaakt worden en bijkomende coördinerende taken moeten worden opgenomen.

In dit IFP beschrijven we de toekomstige situatie voor de vergoedbare vorm van zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement. De link met financiële aspecten wordt gemaakt in hoofdstuk 4.

B 2. De organisatie van geïntegreerde zorg op locoregionaal niveau

Zoals gezegd, is er een beweging van een eerder ziektegerichte benadering van gezondheidszorg naar een volksgezondheid en welzijnsbenadering (public health). Hierbij kan het mesoniveau, ook wel locoregionaal niveau genoemd, een faciliterende rol spelen om de nodige verbindingen en samenwerkingen te maken in het kader van geïntegreerde zorg. De organisatie van geïntegreerde zorg, ofwel integratiemanagement, is uiteraard geen doel op zich, maar is ondersteunend aan het realiseren van de 5AIM.

Academici en sommige betrokken stakeholders geven aan te geloven in het model van Accountable Care Organisation(s) ("ACOs") als stimulerend model richting geïntegreerde zorg. Dit evenwel toegepast in de Belgische context en rekening houdend met wat de entiteiten reeds geconcipieerd hebben of aan het oprichten zijn. Er is geen vaste definitie van een ACO maar het is een model van zorg- en welzijnsverstrekkers waarbij een aanbieder of een groep van aanbieders de verantwoordelijkheid op zich neemt voor de globale zorg- en hulpverlening aan een bijvoorbeeld geografisch omschreven populatie[21]. Elke ACO zet daarbij de toegewezen middelen in op basis van de noden van de populatie, in lijn met het principe van proportioneel universalisme.

In de verdere omschrijving wordt verder toegelicht op welke manier dit ACO-model in een interfederale context zou kunnen gerealiseerd worden, wetende dat er heel wat initiatieven lopende zijn in de verschillende deelstaten. In wat volgt omschrijven we dit voorlopig met de neutrale term "eenheid". Daarbij worden de uitgangspunten, de mogelijke vorm en mandaat/opdrachten omschreven alsook de governance. Belangrijk hierbij is dat het niet de bedoeling is om bijkomende structuren op te richten, maar te vertrekken van de reeds aanwezige structuren per deelstaat.

Er zijn momenteel besprekingen lopende met de deelstaten over dit onderwerp. Momenteel is nog geen consensus bereikt over de mate waarin dit idee toegepast zou kunnen worden. Onderstaande betreft vooralsnog dus slechts een redenering die nog geen politieke bekrachtiging kent.

B 2.1 Uitgangspunten

Hieronder worden enkele uitgangspunten geformuleerd die leidend zijn voor het concretiseren van de gewenste eenheid op het mesoniveau.

1. **Er wordt maximaal rekening gehouden met structuren die bestaan of in oprichting zijn op het mesoniveau**

   De deelstaten hebben elk structuren opgericht of zijn bezig met de oprichting van deze structuren op het mesoniveau. Daarnaast bestaan er ook andere structuren die zich situeren op federaal of deelstatelijk niveau, nl. de ziekenhuisnetwerken, netwerken geestelijke gezondheidszorg, palliatieve netwerken, netwerken 1G1P, de Services intégrés de soins à domicile (SISD)… Vanuit het IFP is het dan ook niet de bedoeling om nieuwe structuren te definiëren of op te richten. Er wordt maximaal gewerkt en rekening gehouden met wat er reeds bestaat of in oprichting is, inclusief de verschillen binnen de deelstaten. Het IFP vertrekt vanuit 'wat er dient te gebeuren' het is dan ook aan de deelstaten om te oordelen welke structuren op welk mesoniveau, met welke concrete opdrachten nodig zijn te bepalen.

2. **Nood aan interactie van structuren op 3 niveaus**

   Momenteel definiëren de deelstaten verschillende structuren op verschillende niveaus. Daarbij kunnen we niet spreken over het mesoniveau of locoregionale niveau zonder te

[21] Accountable Care Organizations (parliament.uk)

verwijzen naar de andere niveaus, nl. het micro- en macroniveau. De niveaus streven elk verschillende (maar uiteraard complementaire) doelstellingen na die als essentieel gezien worden om de organisatie van geïntegreerde zorg te kunnen doen slagen.

a. Het microniveau

Het niveau waar het interdisciplinair team en het individu zich situeert. Hier werken de zorg- en welzijnsverstrekkers onderling en met de persoon in kwestie en zijn omgeving samen om de zorg en ondersteuning op een geïntegreerde, persoonsgerichte en doelgerichte manier aan te bieden. Op dit niveau situeren zich tevens de buurt- en wijkteams.

b. Het mesoniveau

Vanuit dit niveau krijgt het direct toegankelijke en concrete zorg- en welzijnsaanbod voor burgers vorm. Dit is het niveau waar organisaties onderling afspraken maken om de zorg en ondersteuning te integreren.

Zowel de partners uit de 2e en 3e lijn als de partners uit de 1e lijn en de welzijnssector moeten hun plaats vinden in de of één van de mesostructu(u)r(en).

De nabijheid van dit niveau bij zorg- en welzijnsverstrekkers, personen met een zorg- en ondersteuningsnood, mantelzorgers en informele context is essentieel. Veranderingen met oog op integratie van zorg kunnen maar gerealiseerd worden als zij die ze moeten uitvoeren hieraan kunnen meewerken, gesensibiliseerd, overtuigd, gevormd kunnen worden, als ze elkaar interdisciplinair kunnen ontmoeten en samen afspraken kunnen maken. Een meso niveau dat te ver van de zorg- en hulpverleners staat, kan die veranderingen niet op een effectieve wijze begeleiden.

c. Het macroniveau

Vanuit dit niveau worden steeds regelgevende kaders en financiering van het zorg- en welzijnsbeleid bepaald. Daarnaast worden op dit niveau methodologische en andere ondersteuning (bv. opleiding) naar de onderliggende niveaus georganiseerd zodat de lagere structuren uniform en volgens een gedeeld methodologisch kader zullen werken. Naast de respectieve administraties nemen o.a. volgende actoren in de deelstaten deze opdracht die gegeven wordt vanuit het macroniveau op:

- In Vlaanderen: Vlaamse overheid
- In Wallonië: Institut wallon pour la Première Ligne en het Forum de la Première Ligne
- In Brussel: Brusano (in samenwerking met het Huis voor Gezondheid)
- In Duitstalige gemeenschap: het Ministerie van de Duitstalige Gemeenschap

In de verdere omschrijving van dit hoofdstuk zal de focus voornamelijk liggen op het mesoniveau.

3. **Er wordt interfederaal bekeken om gezamenlijke programma's uit te voeren, in nauwe samenwerking met het mesoniveau, en dit met eventuele asymmetrische toepassing hiervan door de deelstaten . Het mesoniveau kan zich verder organiseren, vb. volgens het principe van een netwerkorganisatie.**
4. **De eenheid op mesoniveau betrekt de juiste partners in zijn netwerk en zet hiervoor een geschikte governance op**

De werking van het mesoniveau kan enkel slagen als de juiste actoren en personen worden opgenomen in de governance.

B 2.2 De vorm van de eenheid op het mesoniveau

Het mesoniveau staat in voor de ontmoetingsplaats van zorg- en welzijnsorganisaties, en faciliteert de interactie met het micro- en macroniveau. Het mesoniveau is verantwoordelijk voor een geografisch afgebakende populatie en aldus de basis voor de bestaande structuren om hun werkingsgebieden op elkaar af te stemmen.

Het mesoniveau kan zich in de vorm van een **netwerkorganisatie** organiseren, dat een duidelijk mandaat krijgt om opdrachten uit te voeren.

Een netwerkorganisatie verbindt en deelt namelijk informatie, middelen, activiteiten en competenties om samen een uitkomst, nl. de organisatie van geïntegreerde zorg, te realiseren[22].

Zoals eerder omschreven, kan het mesoniveau asymmetrisch worden ingevuld door de link te maken met de bestaande structuren (en deze in opbouw) binnen elk van de deelstaten:

	Structuren op het mesoniveau
In Vlaanderen	De eerstelijnszones
In Wallonië	Structuren in oprichting, verdere evolutie mogelijk
In Brussel	Hulp- en zorgzones (5 bassins d'aide et de soins)
In Duitstalige gemeenschap	Netwerk GIZ, nog in oprichting

B 2.3 De opdrachten van de eenheid op mesoniveau

Het mesoniveau zal belast worden met activiteiten die gekoppeld zijn aan 10 opdrachten die noodzakelijk worden geacht om de organisatie van geïntegreerde zorg (ofwel integratiemanagement) vorm te geven, in lijn met de sturing door het macroniveau. Deze opdrachten werden bepaald op basis van stakeholderinput en theoretische raamwerken zoals de HSO standaard "Integrated People-Centred Health Systems" en zijn van belang op de drie niveaus (micro, meso en macro) om geïntegreerde zorg te realiseren. De focus in dit hoofdstuk ligt op de mogelijke invulling van deze opdrachten op mesoniveau, waarbij de deelstaten in overleg met de federale overheid bepalen en afspreken op welke manier deze 10 opdrachten concreet zullen ingevuld worden. Hierbij wordt rekening gehouden met de actoren die deze opdrachten zullen opnemen, de huidige opdrachten, de onderlinge prioritering en specifieke aard van de programma's nl.:

1. Populatiemanagement
   Dit is het proces waarbij de algemene gezondheid en het welzijn van een geografisch afgebakende groep mensen wordt geëvalueerd en verbeterd door middel van gerichte acties op basis van gedetecteerde noden.
   Mogelijke invulling van deze opdracht op mesoniveau:
   - Opstellen van locoregionale omgevingsanalyses en beleidsplannen samen met alle

[22] Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. Journal of public administration research and theory, 18(2), 229-252.

betrokken partners en in (relatieve, niet geforceerde) afstemming met beleidsplannen van de betrokken partners

- Kwantitatieve en kwalitatieve data samenbrengen en faciliteren van een kwaliteitscultuur waarin deze data worden opgevolgd en (bijkomende) acties worden ondernomen om de gezondheid en het welzijn van de populatie te verbeteren. *Belangrijk hierbij is om realistische doelstellingen te stellen; in de opstartfase van de netwerkorganisaties wordt daarom beter gebruik gemaakt van procesindicatoren dan wel van outcome-gerichte indicatoren om hun vooruitgang op te volgen.*
- Ondersteunen van de verschillende zorg- en welzijnsprofessionals bij het bereiken van specifieke doelgroepen door professionals met elkaar in verbinding te brengen om terreinkennis van de populatie te delen en te verspreiden
  Voorbeeld: het in contact brengen van diverse professionals (zoals huisartsen met straathoekwerkers), om samen te bepalen op welke manier gerichte acties opgezet kunnen worden naar bepaalde doelgroepen (zoals dak- en thuislozen) om zorg- en welzijnsinterventies (zoals vaccinatie) uit te voeren.

2. Aanbod afstemmen op noden van populatie incl. opvolging van zorgcapaciteit
   Het initiëren van programma's die kunnen helpen om het beschikbare zorg- en welzijnsaanbod af te stemmen op de vraag, alsook de capaciteit binnen zorg en welzijn proactief te beheren.
   Mogelijke invulling van deze opdracht op mesoniveau:
   - Afstemming (of integratie van) locoregionale zorgstrategische plannen tussen ziekenhuisnetwerken, netwerken GGZ, andere mesostructuren, …
   - Om het aanbod aan zorg- en hulpverleners op te volgen, kan het mentaal welbevinden van professionals opgevolgd worden vanuit mesoniveau, zodat acties ondernomen kunnen worden wanneer nodig. Een vragenlijst die hiervoor in aanmerking komt is de be.well.pro vragenlijst, die zowel rechtstreekse tips verschaft aan de professional, maar waarvan de resultaten ook opgevolgd kunnen worden op meso- en macroniveau.
   - Project opzetten samen met de gemeente, de huisartsenkring en andere beroepsgroepen om een brede eerstelijnspraktijk op te zetten.
   - De capaciteit wat betreft interdisciplinaire werking van de regio in kaart brengen (bv. bestaande samenwerking tussen zorg- en welzijnsinitiatieven, aantal casemanagers…)

3. Uitbouwen van een gezondheidspromotie- en preventiebeleid
   Het opzetten, ondersteunen en coördineren van gezondheidspromotie- en preventie-activiteiten met oog op 1) de verbetering of behoud van de gezondheid en het welzijn van de populatie in het algemeen; 2) ter ondersteuning van de vooropgestelde gezondheidszorgdoelstellingen en 3) de overgang te maken van reactieve zorg naar proactieve zorg en vroegdetectie.
   Mogelijke invulling van deze opdracht op mesoniveau:
   - Opzetten van specifieke en doelgroepgerichte gezondheidspromotie- of preventiecampagnes op basis van omgevingsanalyses of signalen vanuit het microniveau
   - Implementeren van het preventiebeleid of -initiatieven geïnitieerd door het macroniveau op maat van de populatie(s)

   Het is belangrijk om te benadrukken dat deze specifieke opdracht asymmetrisch kan zijn over de verschillende deelstaten en mogelijk niet overal wordt opgenomen.

4. Ontwikkelen van GIZ basisvaardigheden
   Opzetten en uitrollen van initiatieven en acties om professionals de nodige kennis en

vaardigheden m.b.t. geïntegreerde zorg bij te brengen: doelgericht, holistisch en interdisciplinair denken en werken.

Mogelijke invulling van deze opdracht op mesoniveau:

- Het promoten/ organiseren/coördineren van vormingen, opleidingen, seminaries, e-opleidingen of andere vormingsinitiatieven over zowel hard skills als soft skills (bv. op vlak van geïntegreerde zorg en interdisciplinair samenwerken: communicatievaardigheden, kwaliteitsdenken, time management, gebruik van digitale tools; het kenbaar maken van het bestaande of in ontwikkeling zijnde zorgaanbod in de regio m.b.t. zorgpaden, casemanagement, digitale tools…); al of niet vanuit opleidingskader gedefinieerd op macroniveau
- Ontmoetingen (intervisies, overlegtafels, netwerkmomenten, …) tussen zorg- en welzijnsmedewerkers op buurtniveau organiseren
- Opzetten en ondersteunen van buurtteams

5. Empowerment van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood promoten, ondersteunen van de mantelzorger en het informele netwerk
   Acties en initiatieven die bijdragen aan de evolutie van een passieve rol naar een meer actieve rol van de persoon en zijn/haar mantelzorger of andere personen uit het informele netwerk als partners binnen het zorg- en welzijnsproces.
   Mogelijke invulling van deze opdracht op mesoniveau:
   - Promoten van initiatieven en instrumenten die empowerment van de personen met een zorg- en ondersteuningsnood stimuleren bij zorgverleners en organisaties
   - Sensibiliseren van de bevolking over de concepten van gecoördineerde zorg (vb zorg- en welzijnscoördinatie, casemanagement etc.) via campagnes die worden uitgerold vanop macroniveau, een laagdrempelig aanspreekpunt vormen voor personen met een zorg- en ondersteuningsnood en hun informele context ivm deze concepten
   - Sensibiliseren van zorg- en welzijnsverleners voor het verlenen van doelgerichte zorg en ondersteuning, het verbeteren van health literacy bij de persoon, het voeren van persoonsgerichte communicatie, etc.
   - Personen met een zorg- en ondersteuningsnood en informeel netwerk mee in beslissingsorganen en werkgroepen of andere overleg- en co-creatie-organen om beleid te bepalen en acties uit te werken
6. Stimuleren / realiseren van de continuïteit van de zorg
   Met het stimuleren en/of realiseren van continuïteit binnen en overheen de disciplines van zorg (lijn- en pathologie-overschrijdend) en welzijn, richten we ons voornamelijk op acties die gerelateerd zijn aan het stimuleren, faciliteren en coördineren van interdisciplinaire samenwerkingen, waar eveneens de concepten zorg- en welzijnscoördinatie, casemanagement, zorgpaden etc. zich situeren;
   Mogelijke invulling van deze opdracht op mesoniveau:
   - Stimuleren van verticale en horizontale integratie door het aanpassen en implementeren van nieuwe zorgprocessen aan de lokale context en het stimuleren en uitrollen van casemanagement, zorg- en welzijnscoördinatie, … De toepassing van deze processen opvolgen en indien nodig bijsturen ;
   - Ondersteunen, faciliteren en stimuleren van de uitrol van zorgprocessen (gebaseerd op huidige knelpunten die gecoördineerde zorg bemoeilijken) om transmurale samenwerking te bevorderen. De netwerkorganisatie streeft hierbij een gelijke representatie vanuit de verschillende betrokken disciplines na en neemt een ambassadeursfunctie op, door de meerwaarde van deze zorgprocessen te duiden naar professionals;

- Zorg- en welzijnsverstrekkers ondersteunen en stimuleren om interdisciplinair te werken, bijvoorbeeld door een strategie te ontwikkelen voor implementatie van concrete praktijken (vb. medicatie review);
- Professionals sensibiliseren opdat de voorwaarden voor het opstarten, verderzetten en beëindigen van zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement gekend zijn
- Goed gebruik (consulteren, gegevens registreren, …) van instrumenten zoals de sociale kaart faciliteren, stimuleren.

7. Faciliteren van digitale ondersteuning
   Het kader creëren voor, ontwikkelen en doen gebruiken van digitale tools om de samenwerking en gegevensdeling tussen de persoon en zijn informele context en de verschillende betrokken zorg- en welzijnsactoren te faciliteren. Daarnaast ook het secundair gebruik van gezondheids(zorg)gegevens promoten en faciliteren op haar niveaus.
   Mogelijke invulling van deze opdracht op mesoniveau:
   - Opleidingen, communicatie organiseren over beschikbare digitale tools in de regio, sensibilisering gebruik
   - Mapping van digitale tools die in regio gebruikt kunnen worden
8. Voor de afgesproken gezamenlijke programma's, bepalen van de inzet en opvolging van middelen voor het verlenen van de zorg en ondersteuning, steeds op basis van de noden van de populatie
   Gezamenlijk dialoog over het geheel van financiering, budgettering, begroting, beheer en uitkering/verdeling van welzijns- en zorgbudgetten met oog op kwalitatieve (5 AIM) en geïntegreerde zorg.
   Mogelijke invulling van deze opdracht op mesoniveau:
   - Uitrol van de door het macroniveau gefinancierde zorg- of welzijnsprogramma's,
   - Budgetconsumptie volgens beschikbaar budget opvolgen
9. Change management
   Het realiseren van de eerder beschreven opdrachten doordat de betrokken partners, vaak zorg- en welzijnsprofessionals, de vooropgestelde veranderingen m.b.t. hun rol/opdrachten, taken, gedragingen op duurzame wijze opnemen.
   Mogelijke invulling van deze opdracht op mesoniveau:
   - Met betrekking tot alle te realiseren initiatieven, het overleg organiseren met alle betrokken partners om duurzame samenwerkingsrelaties op te zetten en de 'waarom', de 'wat' en de 'hoe' te bepalen en te concretiseren; de change management strategie en aanpak te bepalen
   - Ondersteunen/begeleiden van de zorg- en welzijnsprofessionals en andere betrokkenen op het microniveau doorheen de veranderingen
   - Coördineren, uitvoeren van de afgesproken change management aanpak tot op het microniveau (communicatie, sensibilisatie, vorming, coaching, facilitatie van learning communities, opvolging en bijsturing, desgevallend signaalfunctie naar macroniveau…)
   - Mee uitrollen en verduurzamen van correcte interpretatie en toepassing IFP-concepten (zie verder, vb. zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement);
   - Stimuleren van bottom-up initiatieven en experimenten;
   - Overleg organiseren met en afspraken maken tussen alle betrokken zorg- en welzijnspartners, de lokale besturen en de vertegenwoordigers van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de mantelzorgers en de informele context om gezamenlijke doelstellingen en initiatieven te bepalen, en de noodzakelijke samenwerking hierrond te realiseren.

- Initiatieven vanuit de beleidsplannen (zie populatiemanagement) of andere zelf geïnitieerde programma's of programma's gelanceerd door het macroniveau uitrollen, evalueren en bijsturen
- Terugkoppeling van ervaringen en feedback van het microniveau naar het macroniveau met oog op bijsturing / verbetering van de federale / deelstatelijke initiatieven

10. Innovatiemanagement
    Het actief organiseren, opvolgen en uitvoeren van activiteiten, samenwerkingsverbanden, processen en beleid wat leidt tot het creëren van substantiële nieuwe (meer)waarde in het kader van geïntegreerde zorg.
    Mogelijke invulling van deze opdracht op mesoniveau:
    - Opzetten en begeleiden van testen, piloten, al of niet geïnitieerd door het macroniveau
    - Op basis van noden/ervaringen op het terrein innovatie ideeën voorstellen aan het macroniveau
    - Learning community in de regio organiseren

B 2.4 Welke partners maken minstens deel uit van die eenheid op mesoniveau?

Welke partners deel uitmaken van de netwerkorganisatie kan door de deelstaten zelf bepaald worden. Echter om bovenstaande rol en opdrachten te kunnen opnemen, lijkt het logisch dat de governance op het mesoniveau alle relevante actoren voor horizontale en verticale integratie omvat. Er wordt hierbij maximaal getracht om aansluiting te vinden bij de decretaal vastgelegde structuren en de hierin betrokken partners per deelstaat. Voor Vlaanderen zijn dit de zorgraden in de eerstelijnszones, voor de andere deelstaten zijn deze eenheden nog in oprichting.

B 2.5 De eenheid in interactie met het micro- en macroniveau: governance

Voor de uitvoering van elk van de 10 opdrachten, zal de netwerkorganisatie een nauwe samenwerking moeten aangaan met het microniveau en macroniveau. Op het macroniveau denken we aan een samenwerkingsmodel dat de mogelijkheid biedt om overleg te plegen, een vlotte informatiedoorstroom te realiseren van en naar het microniveau en om de performantie van de netwerkorganisatie te monitoren en bij te sturen. Op het microniveau denken we aan een flexibel samenwerkingsmodel, afhankelijk van de te betrekken partners, om overleg te plegen, gezamenlijke doelstellingen na te streven en een vlotte informatiedoorstroom van en naar het macroniveau te realiseren.

B 3. Geïntegreerde zorg gefaciliteerd door macroniveau: digitalisering

B 3.1 Huidige nood aan digitalisering voor geïntegreerde zorg

In dit hoofdstuk kijken we naar enkele noodzakelijke digitale tools/instrumenten voor de operationalisering van geïntegreerde zorg op het terrein. Er is nood aan een data gedreven zorg- en welzijnsbeleid om samenwerking, communicatie en gegevensdeling te realiseren. Dit is reeds beschreven in het actieplan e-Gezondheid 2022-2024, dat als “conditio sine qua non” voor dit IFP fungeert.

De effectieve uitrol en implementatie van een aantal tools is nodig om de definitieve omschakeling naar geïntegreerde zorg en werken in een interdisciplinair team mogelijk te maken. Bijlage 4 geeft een overzicht van enerzijds de geïdentificeerde behoeften aan tools en digitalisering om geïntegreerde zorg mogelijk te maken, en anderzijds waar/ bij welke initiatieven deze momenteel worden opgenomen. De belangrijkste aspecten waar digitale tools ondersteuning in dienen te bieden, zijn het faciliteren van communicatie en het uitwisselen van gegevens binnen een interdisciplinair team op microniveau en het informeren van beleidskeuzes op meso- macroniveau.

De nood aan digitale tools ter ondersteuning van communicatie en data-uitwisseling kan onderverdeeld worden in drie categorieën;

1) Een geïntegreerd elektronisch dossier dat alle medische en andere data omtrent de zorg en ondersteuning voor een individu bevat,
2) Een digitale tool die communicatie en samenwerking bevordert binnen een interdisciplinair team,
3) Een dashboard voor het ontsluiten van data in kader van beleidsvoorbereiding en -evaluatie en populatie management op verschillende niveaus.

De vaststelling is dat deze verschillende behoeften die geïdentificeerd zijn in kader van het programma van het Interfederaal plan, in diverse (lopende) projecten worden opgenomen, ter uitvoering van het actieplan eGezondheid 2022-2024. Er wordt in dit plan daarom ook maximaal naar het actieplan eGezondheid gekeken om de instrumenten die reeds in ontwikkeling zijn (1 en 2), effectief en efficiënt uit te rollen en om de nodige procedures op te starten om de ontwikkeling van een dashboard voor data ontsluiting (3) vorm te geven, zodat aan de verzuchtingen van het terrein kan tegemoet gekomen worden.

B 3.2 Toekomstige digitale tools voor geïntegreerde zorg

B 3.2.1 Een geïntegreerd elektronisch dossier voor het interdisciplinair team

Relevantie voor IFP geïntegreerde zorg

Vanop het terrein wordt reeds vele jaren de nood aan een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier in de drie landstalen benadrukt, zodat zorg- én hulpverleners en personen met een zorg- en ondersteuningsnood op een duidelijke, veilige en efficiënte manier informatie kunnen uitwisselen die noodzakelijk is voor het verlenen van goede geïntegreerde en multidisciplinaire zorg aan een individu. Samenwerking, en dus communicatie, is noodzakelijk over de lijnen heen, tussen de persoon en zijn/haar informele context, de zorg- en welzijnsverstrekkers in eerste lijn en de gespecialiseerde zorg in tweede lijn. Een EPD faciliteert op die manier heel concreet de horizontale en verticale integratie van zorg en welzijn, bijvoorbeeld bij het gebruik van zorg- en welzijnscoördinatie of de toepassing van een zorgpad. Om dit te verwezenlijken, moet aan volgende basisvoorwaarden voldaan zijn:

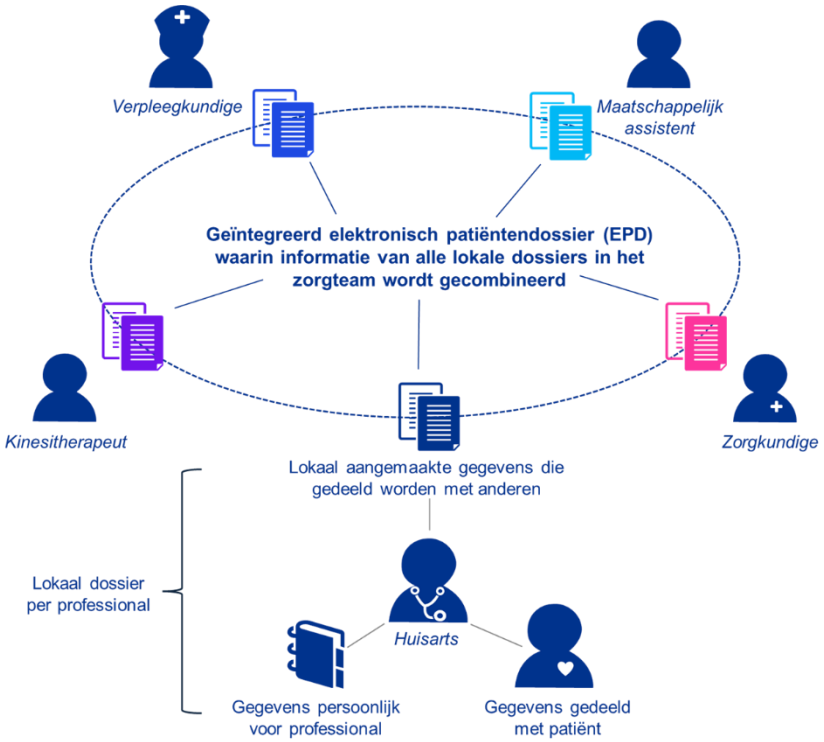
- Elke zorg- en welzijnsverstrekker in eerste en tweede lijn dient te beschikken over en toegang te hebben tot een lokaal elektronisch dossier.
- Er dienen duidelijke afspraken gemaakt te worden om het delen van gegevens tussen de lokale elektronische dossiers van professionals technisch en juridisch mogelijk te maken.
- In kader van empowerment van de persoon met zorg- en ondersteuningsnoden dient deze toegang te hebben tot zijn/haar eigen gegevens, moet de toegang van zorg- en welzijnsverstrekkers kunnen aanpassen en zelf ook gegevens of informatie kunnen toevoegen.

In het huidige actieplan eGezondheid zijn een aantal projecten opgenomen die bovenstaande ideeën in uitvoering brengen en binnen dit traject worden technische en juridische afspraken gemaakt om alles mogelijk te maken. Dit lijkt momenteel, mits aandacht voor enkele specifieke punten hieronder, dan ook voldoende om aan deze nood in kader van het programma interfederaal plan tegemoet te komen.

Relevante projecten binnen actieplan eGezondheid voor de realisatie van het IFP geïntegreerde zorg

Om een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier (EPD) mogelijk te maken, werd het concept van het **"Belgian Integrated Health Record" (BIHR)** geïntroduceerd in het actieplan eGezondheid 2022-2024, waarvan het EPD als essentiële bouwsteen wordt gezien voor het operationaliseren van geïntegreerde zorg. BIHR vormt het referentiekader voor digitale systemen in de gezondheidszorg, die volledig interoperabel en multidisciplinair dienen te zijn op vlak van data, processen en organisatie.

Concreet betekent dit voor het geïntegreerd EPD, dat alle zorgactoren dienen te beschikken over een lokaal elektronisch dossier om enerzijds de eigen werking efficiënt en kwaliteitsvol te kunnen uitvoeren maar anderzijds ook om gegevens te kunnen uitwisselen met anderen. De lokale dossiers bestaan uit (1) lokale informatie, bijvoorbeeld persoonlijke nota's van de professionals of communicatie/informatie gedeeld met de persoon, en (2) gedeelde informatie die van belang kan zijn op klinisch of op ondersteunend vlak. De gedeelde info bevat gegevens die de professional kan lezen uit dossiers van andere leden uit het zorgteam en de gegevens die deze professional op zijn beurt deelt met andere (gezondheids)zorgbeoefenaars met een (gezondheids)zorgrelatie met de persoon of met het zorgteam. Het geheel van de gedeelde informatie uit alle lokale dossiers samen, vormt het totaalplaatje van het dossier van één burger. De bron van de gegevens blijft steeds op de plaats waar de gegevens worden aangemaakt, maar ze kunnen (gedeeltelijk) ter beschikking worden gesteld via het hub/metahub/gezondheidskluis-systeem dat beschreven staat in het BIHR.



Figuur 2 Overzicht van de opbouw van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier, op basis van alle lokale dossiers van zorg- en welzijnsverstrekkers

Aandachtspunten binnen actieplan eGezondheid voor de realisatie van geïntegreerde zorg

Technisch gezien dienen de data in het EPD interoperabel te zijn met de bestaande systemen van zorg- en welzijnsverstrekkers in verschillende organisaties en moet het voor de burger mogelijk zijn om zijn/haar persoonlijk dossier te raadplegen via een federaal portaal zoals mijngezondheid.be. Daarnaast moet het mogelijk zijn voor de burger om de toegang tot zijn/haar dossier voor professionals strenger of minder streng in te stellen.

Tot slot, maar cruciaal in kader van geïntegreerde zorg is dat **niet alleen zorgverstrekkers, maar ook welzijnsverstrekkers toegang dienen te hebben tot (een deel van) het elektronisch dossier van een persoon**. **Binnen het traject van eGezondheid dient de inclusie van alle zorg- en welzijnsverstrekkers met betrekking tot het gebruik van software voor een elektronisch dossier en de (minimale) toegang tot gegevens in het patiëntendossier dan ook gewaarborgd te worden.** Hier wordt reeds binnen het huidige actieplan aan gewerkt.

B 3.2.2 Een digitale tool voor communicatie en samenwerking in een interdisciplinair team

Relevantie voor IFP geïntegreerde zorg

Naast het uitwisselen van (klinische) gegevens, heeft een interdisciplinair zorgteam ook nood aan een digitale manier om te communiceren en afspraken te maken met elkaar, bijvoorbeeld in kader van zorg- en welzijnscoördinatie of casemanagement. Dit kan zowel tussen professionals onderling, als tussen professionals en de persoon en zijn informele context nodig zijn. De bedoeling hierbij is om de persoon centraal te stellen, waarbij op basis van levensdoelen een zorg- en ondersteuningsplan wordt opgesteld waaraan iedereen in het interdisciplinaire team meewerkt. Op die manier wordt het proces van zorg- en welzijnscoördinatie en doelgerichte zorg actief gefaciliteerd door een digitaal instrument dat de leden van het zorgteam, inclusief de persoon en zijn informele context, dichter bij elkaar brengt.

Noodzakelijke onderdelen van een communicatie- en samenwerkingstool om interdisciplinair werken in kader van geïntegreerde zorg te faciliteren:

- Faciliteren van communicatie in het zorgteam, door middel van een berichten functie. Minimale (medische) gegevens moeten interdisciplinair gedeeld kunnen worden, bijvoorbeeld een ontslagbrief uit het ziekenhuis, maar dit is niet ter vervanging van het geïntegreerd elektronisch dossier.
- Faciliteren van samenwerking en coördinatie in het zorgteam door het registreren van concrete afspraken en het omzetten van zorgdoelen in concrete zorgtaken die toegewezen worden aan een persoon.
- Integratie van een aantal essentiële instrumenten, zoals bijvoorbeeld BelRAI, maar ook instrumenten in kader van doelgerichte zorg. Deze instrumenten helpen het zorg- en ondersteuningsplan systematisch op te bouwen door relevante informatie over levens- en zorgdoelen en de opvolging van zorg- en ondersteuningstaken te verzamelen doorheen de tijd.
- Inzetten op empowerment van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, door middel van het beheer van de eigen gezondheidsgegevens en opvolging van het eigen zorgproces samen met de betrokken professionals. Concrete tools zoals een PROM of PREM vragenlijst of een journaalfunctie kunnen de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood ondersteunen in overleg met het zorgteam. De burger dient ook ten alle tijden te kunnen beslissen welke professionals deel uitmaken van zijn/haar zorgteam.
- Om de digitale kloof te verkleinen, zullen extra inspanningen genomen moeten worden om kwetsbare personen te betrekken in de communicatie en samenwerking binnen hun zorg- en ondersteuningsteam. Alternatieve mogelijkheden kunnen eventueel bekeken worden voor mensen die geen gebruik willen of kunnen maken van digitale tools. Bovendien stelt het protocolakkoord, gesloten op 28 juni 2023, dat er in samenwerking met lokale hulporganisaties zoals de Koning Boudewijnstichting er een plan wordt voorgelegd aan het Beheerscomité van het eHealth-platform en aan de Interministeriële Volksgezondheid om de digitale kloof te overbruggen en digitale inclusie te waarborgen.[23]

De combinatie van elk van deze aspecten, zal het werken in interdisciplinaire teams mogelijk maken, waarbij alle zorg- en welzijnsverstrekkers samen met de persoon en zijn/haar informele context digitaal verbonden zijn en het zorg- en ondersteuningsproces kunnen vormgeven en opvolgen.

Relevante projecten binnen actieplan eGezondheid voor de realisatie van het IFP geïntegreerde zorg

Om aan de communicatienood binnen een interdisciplinair team tegemoet te komen, zijn er momenteel meerdere projecten vanuit verschillende deelstaten en vanuit de federale overheid in uitvoering binnen het actieplan eGezondheid 2022-2024. Dit betreft;

- Het federale project 4.2 multidisciplinaire functionaliteiten
- Het digitale zorg- en ondersteuningsplatform Alivia in Vlaanderen
- De projecten van het Waalse herstelplan "Digitalisering van het volledige gezondheidsdossier van de Waalse burgers op een gestructureerde en geïntegreerde manier" in Wallonië
- Het interdisciplinair gezamenlijk bewonersdossier in woonzorgcentra voor de Duitstalige gemeenschap

[23] Art. 22 van het protocolakkoord gesloten op 28 juni 2023 met het oog op het optimaal elektronisch uitwisselen en delen van informatie en gegevens tussen de actoren bevoegd inzake de gezondheids-en welzijnssector en inzake bijstand aan personen

Aandachtspunten binnen actieplan eGezondheid voor de realisatie van geïntegreerde zorg

Aangezien zorg en ondersteuning over de grenzen van de deelstaten heen geboden kan worden en omdat de federale overheid en de regionale overheden verschillende bevoegdheden hebben met betrekking tot de actoren in een interdisciplinair team, is het risico op het gebruik van verschillende tools met dezelfde functionaliteit binnen één interdisciplinair team reëel. Dit vormt een risico op miscommunicatie binnen het zorgteam en kan voor frustratie of onduidelijkheid bij de gebruikers zorgen. **Voor de verschillende tools in ontwikkeling lijkt het dan ook cruciaal dat zij niet overlappen in gebruik/doelstelling** of dat zij volledig interoperabel zijn waarbij data van het ene systeem automatisch kan doorgegeven worden naar het andere en het op die manier de keuze van de burger en professional is om te bepalen van welk systeem zij gebruik maken. **Het lijkt dan ook aangewezen om binnen het kader van eGezondheid hierover afspraken te maken tussen de federale overheid en de deelstaten, hiervoor werd reeds een protocolakkoord gesloten op 28 juni 2023.**

B 3.2.3 Een dashboard om data te ontsluiten op populatieniveau

Relevantie voor IFP geïntegreerde zorg

In het licht van een populatiegerichte en territoriale benadering en de quintuple aim, wordt het gebruik van data voor het sturen van gezondheidsbeleid en -interventies alsmaar belangrijker. Om hieraan tegemoet te komen moet er aan een aantal technische vereisten voldaan worden;

- Data dienen -zowel door professionals als door (overheids)instanties- verzameld te worden op een kwaliteitsvolle en gestandaardiseerde manier.
- Data dienen vindbaar en toegankelijk te worden gemaakt.
- Data dienen ter beschikking worden gesteld via een duidelijk en eenvoudig te interpreteren dashboard.

Om het secundair gebruik van data te faciliteren werd recent de gezondheids(zorg)data-autoriteit (GDA)opgericht. De doelstelling van het GDA is enerzijds de beschikbaarheid van gezondheids(zorg)gegevens te verbeteren en anderzijds het ontsluiten van deze data op een betrouwbare en eenvoudige wijze mogelijk te maken. Daarnaast is het secundair gebruik van data als een belangrijke rode draad opgenomen in het actieplan eGezondheid 2022-2024, met de focus op het mogelijk maken van hergebruik van data voor innovatie, research en development, populatiemanagement en beleidsondersteuning. Gelinkt aan het initiatief van de GDA, werken de deelstaten aan vergelijkbare initiatieven: Vlaanderen werkt aan de uitbouw van de ZorgAtlas 2.0, wat het gebruik van data voor onderzoeksdoeleinden en populatiemanagement tracht te faciliteren, in Brussel is een dashboard door COCOF in ontwikkeling, in Wallonië zijn kwaliteitsinitiatieven in ontwikkeling door PAQS en bouwen ze verder aan het W.all.in.health project en SWISS (système wallon d'informations socio-sanitaires) en in de Duitstalige gemeenschap voeren ze een haalbaarheidsstudie uit over de implementatie van duurzame populatiegerichte geïntegreerde zorg.

Aandachtspunten binnen actieplan eGezondheid voor de realisatie van geïntegreerde zorg

Binnen het actieplan eGezondheid is er nood aan concrete projecten waarin data worden verzameld en dashboards worden ontwikkeld om deze te ontsluiten op verschillende niveaus. **Het opstarten van dergelijke projecten, of het uitbreiden van bestaande initiatieven binnen het huidige en volgende actieplan eGezondheid lijkt daarom een belangrijke volgende stap.** Een voorbeeld van een nieuw initiatief waarover overleg lopende is, is het Technical Support Instrument (TSI) programma voor persoonsgerichte geïntegreerde zorg dat vanuit de Europese Commissie werd gelanceerd, daarnaast is de ZorgAtlas 2.0 van Vlaanderen een voorbeeld van een bestaand initiatief dat mogelijk breder

gebruikt zou kunnen worden. Hieronder gaan we dan ook verder in op welke data ontsloten zou kunnen worden voor secundair gebruik op het micro-, meso- en macroniveau.

Mee te nemen elementen om secundair gebruik van data op microniveau te realiseren

Op microniveau is het voor professionals in zorg en welzijn zinvol om een beeld te krijgen van de populatie waar ze als professional zorg aan verlenen. Dit stelt hen in staat om gerichter in te spelen op de noden van die populatie en het effect van bepaalde interventies op te volgen, maar ook om na te gaan of de nodige acties naar alle individuen worden ondernomen in kader van kwaliteitsverbetering. Deze terugkoppeling op microniveau kan zorg- en welzijnsverstrekkers engageren om routinematig data te registreren in EPDs. Per beroepsgroep zullen immers erg verschillende data verzameld kunnen worden, het is de combinatie van deze data die een zeer waardevolle analyse van de populatie op mesoniveau mogelijk kunnen maken.

Een voorbeeld van een project dat de datacollectie en -terugkoppeling op microniveau realiseert is de diabetesbarometer voor huisartsen vanuit het consortium Data4PHM. De indicatoren die zinvol zijn om te verzamelen, kunnen gecombineerd worden in een care set, bijvoorbeeld: diagnose, medicatie, labo-onderzoeken, complicaties, co-morbiditeiten, leeftijd, geslacht…. Inzicht in deze data op microniveau, kan huisartsen helpen om de kwaliteit van zorg aan diabetespatiënten te verbeteren.

De minimale vereisten voor een dashboard voor terugkoppeling op microniveau kunnen aangevuld worden met inzichten vanuit academische hoek (bijvoorbeeld via het consortium data4PHM) en de concrete visie en ervaring die reeds werd opgebouwd binnen de deelstaten.

Mee te nemen elementen om secundair gebruik van data op mesoniveau te realiseren

Om de opdrachten die in kader van dit interfederaal plan worden gedefinieerd op mesoniveau kwalitatief uit te voeren, is het ter beschikking stellen van geaggregeerde data aan dit niveau cruciaal. Het gebruik van data om een populatie te karakteriseren en zinvolle interventies te bepalen op mesoniveau is de laatste jaren erg in belang toegenomen, bijvoorbeeld in kader van het opvolgen van de vaccinatiegraad van de bevolking voor COVID-19. Idealiter wordt op deze ervaring verder gebouwd binnen de projecten in het huidige en volgende plan eGezondheid.

Daarnaast kan data op mesoniveau inzichten bieden in de performantie van het zorgsysteem, zowel via ervaringsindicatoren (bijvoorbeeld tevredenheid) als via het monitoren van algemene indicatoren i.v.m. zorg en welzijn (bijvoorbeeld vaccinatiegraad, borstkankerscreening of de diagnose van een bepaalde aandoening zoals diabetes). Zo kunnen netwerkorganisaties via de evolutie van een indicator opvolgen of de genomen acties het gewenste resultaat bereiken en bijsturen wanneer nodig (via een PDCA -plan, do check, act- cyclus). Om dit kwaliteitsdenken mogelijk te maken in de praktijk, dienen up-to-date data ter beschikking te zijn op maat van de beoogde doelgroep.

Het lijkt zinvol om in eerste instantie te focussen op een beperktere set indicatoren die eenvoudig te interpreteren zijn en beschikbaar zijn voor de volledige populatie zodat het samenstellen van de databron en de ontwikkeling van een dashboard relatief snel kan gebeuren. Idealiter kunnen indicatoren uit verschillende nationale databronnen (bijvoorbeeld vanuit RIZIV, het Intermutualistisch Agentschap (IMA) en Statbel) met elkaar gekoppeld worden op niveau van het individu. Deze data zouden gecombineerd kunnen worden met data verkregen uit EPDs. In een dashboard worden deze data weergegeven op geaggregeerd niveau, zodat (privacygevoelige) informatie nooit te herleiden is naar een individu.

Mee te nemen elementen om secundair gebruik van data op macroniveau te realiseren

Een dashboard op macroniveau kan het beleid ondersteunen om algemene en specifieke noden bij de bevolking te detecteren en de impact van interventies op te volgen, zodat beleidsrichtlijnen en opdrachten voor het meso- en microniveau hierop afgestemd kunnen worden. Dit sluit aan bij het eerdergenoemde TSI programma. In België is het project momenteel in de ontwerp- en aanvraagfase en heeft als doel om een dashboard te ontwikkelen ter ondersteuning van het population health management in België. Daarnaast kan op macroniveau ook meer algemeen de kwaliteit van zorg opgevolgd worden. Het lijkt belangrijk om in de transitie naar geïntegreerde zorg voldoende aandacht te schenken aan procesindicatoren en meer cultuur-gerelateerde aspecten, dan wel aan enkel resultaatsgerichte indicatoren.

B 4. Naar een structurele samenwerking op macroniveau voor de opvolging van geïntegreerde zorg in België

Aangezien de omschakeling naar geïntegreerde zorg een complex proces is dat stapsgewijs doorheen de tijd zal verlopen, lijkt een structurele samenwerking met bijhorende interfederale governance tussen de deelstaten en de federale overheid een meerwaarde. Elke overheid zal hierbij de nodige verander- en transitiecapaciteit moeten voorzien, om deze evolutie waar te kunnen maken.

B 4.1 Een geschikte governance i.k.v. opvolging en sturing van GIZ

Momenteel zijn er reeds een aantal interfederale organen actief waarbinnen de evolutie naar geïntegreerde zorg wordt opgevolgd, met name de IMC Volksgezondheid en het IKW Geïntegreerde Zorg. Naast deze organen, bestaan nog andere–diverse IKWs: IKW Preventie, IKW Geestelijke Gezondheidszorg, IKW eHealth, IKW Gezondheidsberoepen, IKW Ziekenhuizen… waarbinnen initiatieven worden besproken die verband houden met GIZ. Hierdoor is er nood aan een interfederaal orgaan, zoals het bestaande InterAdministratief Platform (IAP), die de nodige linken kan leggen tussen relevante actoren, projecten en organen van de verschillende administraties. Daarnaast dient het orgaan ook afstemming te bewaken rond GIZ-initiatieven met een interfederaal belang die binnen een entiteit worden ontwikkeld maar (nog) niet aangemeld zijn in een IKW.

B 4.2 De nodige verander- en transitiecapaciteit

Om de concepten eerder in dit IFP beschreven te implementeren en duurzaam te verankeren, dient vanop macroniveau de nodige verandercapaciteit en ondersteuning te worden voorzien. Specifiek voor het mesoniveau, is er vanuit het macroniveau nood aan ondersteuning voor zowel organisatie, competentieontwikkeling, als informatiedeling. De cultuurshift die vanuit het mesoniveau gefaciliteerd dient te worden, zal immers in de eerste plaats ook daar plaats moeten vinden. Er wordt hierbij maximaal ingezet op het laten groeien van bottom-up initiatieven om de transitie naar geïntegreerde zorg te realiseren.

B 5. Bijlagen

B 5.1 Bijlage 1: de 13 terugkerende topics van fase 1 van het programma IFP GIZ

B 5.2 Bijlage 2: de verschillende definities & invalshoeken van geïntegreerde zorg

Vanuit invalshoek van processen:
"Integration is a coherent set of methods and models on the funding, administrative, organizational, service delivery and clinical levels designed to create connectivity, alignment and collaboration within and between the cure and care sectors. The goal of these methods and models is to enhance quality of care and quality of life, consumer satisfaction, and system efficiency for people by cutting across multiple services, providers, and settings. Where the result of such multi-pronged efforts to promote integration leads to benefits for people, the outcome can be called integrated care" (adapted by WHO (2016)11 from Kodner et al. (2002)16)

Vanuit invalshoek van "whole of systems":
The search to connect the healthcare system with other human service systems (e.g., long-term care, education and vocational and housing services) to improve outcomes (clinical, satisfaction and efficiency)". 17 "Care integration relates to connectivity, alignment of, and collaboration between social services, public health, citizens and communities" (van Duijn et al. (2018)18 in Kaehne and Nies (2021)19 p4).

Vanuit invalshoek van chronische zorg:
Initiatives seeking to improve outcomes for those with (complex) chronic health problems and needs by overcoming issues of fragmentation through linkage or coordination of services of different providers along the continuum of care".

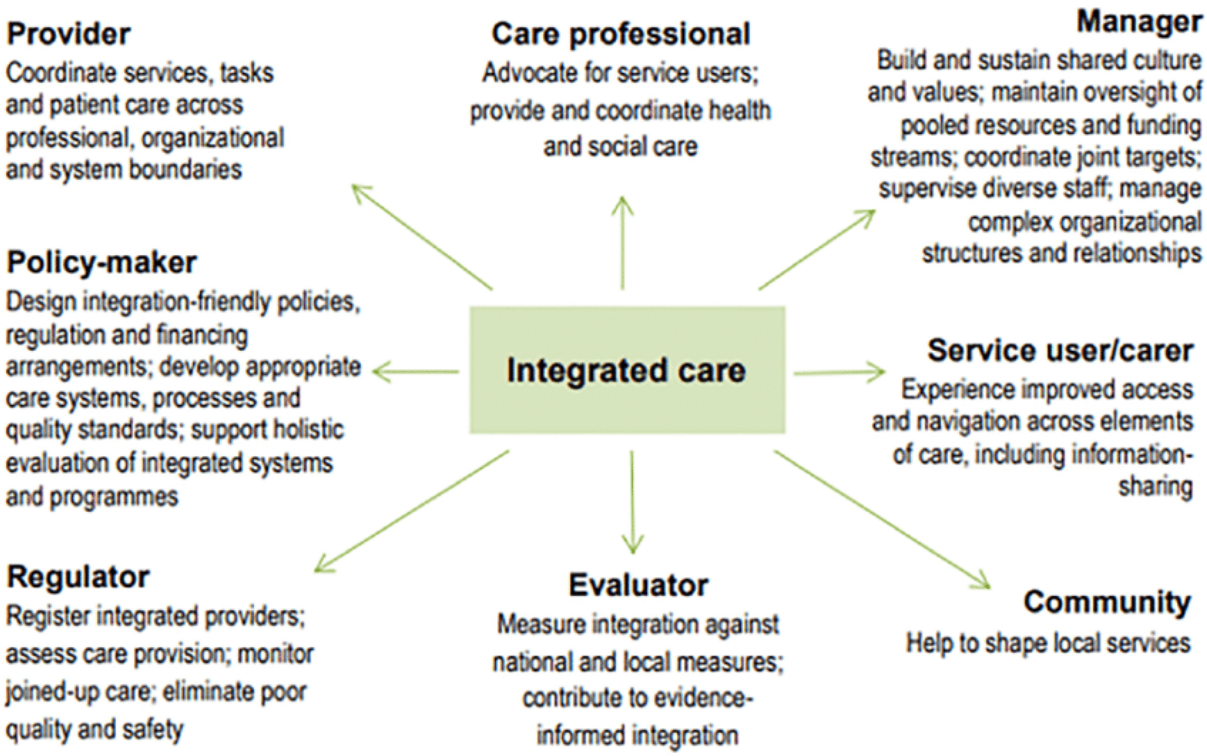
Vanuit invalshoek van gezondheidszorgmanager:
The process that involves creating and maintaining, over time, a common structure between independent stakeholders (and organisations) for the purpose of coordinating their interdependence in order to enable them to work together on a collective project".

Vanuit invalshoek van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood:
My care is planned with people who work together to understand me and my carer(s), put me in control, coordinate and deliver services to achieve my best outcomes".

Bron: Lambert A-S, Op de Beeck S, Herbaux D, Macq J, Rappe P, Schmitz O, Schoonvaere Q, Van Innis A.L, Vandenbroeck P, De Groote J, Schoonaert L, Vercruysse H, Vlaemynck M, Bourgeois J, Lefèvre M, Van den Heede K, Benahmed N. Towards integrated care in Belgium: stakeholders' view on maturity and avenues for further development. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2022. KCE Reports 359. D/2022/10.273/xx

B 5.3 Bijlage 3: stakeholder groups involved in integrated care

1 World Health Organization, Integrated Care Model: an overview, 2016 (Health Services Delivery Programme, Division of Health Systems and Public Health)



B 5.4 Bijlage 4: Gecapteerde noden omtrent communicatie en gegevensdeling op vlak van digitale instrumenten vanuit het terrein

Type nood	Doel	Concrete nood & mogelijkheden	Initiatieven reeds in ontwikkeling of in gebruik
Casus-gebonden communicatie en gegevensdeling tussen zorg- en welzijnsverleners (zorgteam) m.b.t. een individuele persoon = microniveau			
Face-to-face communicatie	Overleg, casusbespreking	• Gefinancierde overlegvormen • Instrumenten voor online/hybride gebruik	• Multidisciplinair overleg • Sillo – telefoon – MS Teams –Zoom...
Schriftelijke communicatie	Nota's/ verslagen/ vragen kunnen delen met andere leden van het zorgteam rond een persoon, inclusief de persoon in zijn informele context	• Platform voor (online) communicatie met zorgteam en opvolging van het zorgplan, inclusief persoon met informele context • Notities kunnen toevoegen aan patiëntendossier, zichtbaar voor andere professionals • Verslagen vanuit 1 zorgprofessional kunnen delen	• ALIVIA • Project 4.2 Multi-disciplinaire functionaliteiten (cfr. e-Gezon • Project 282 • Persoonlijke eHealthBox voor zorgverleners • Siilo (functie zorgteam) • Geïntegreerd elektronisch patiëntendossier (cfr. BIHR, e-Gez
	Doelgerichte zorg kunnen toepassen	Registratie levensdoelen en vertaalde zorgdoelen van een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, zichtbaar voor betrokken hulp- en zorgverleners én de persoon zelf. Instrumenten om de zorgnoden van personen in kaart te brengen	• Geïntegreerd elektronisch patiëntendossier (cfr. BIHR, e-Gez • BelRAI
	Persoonsgerichte zorg en de 5AIM kunnen toepassen	Registratie Patient Reported Outcome Measures (PROM) en Patient Reported Experience Measures (PREM)	• Project met in pilootfase een (combinatie van) een aantal vra EQ-5D, PROMIS-10, PaRIS, PACIC, P3CEQ • Geïntegreerd elektronisch patiëntendossier (BIHR, cfr. e-Gez
Communicatie en gegevensdeling tussen zorg- en welzijnsverleners m.b.t. alles dat niet handelt over een individuele persoon, maar over zorg in een bepaalde regio = mesoniveau			
Face-to-face communicatie	Afspraken kunnen maken over processen/aanpak/... voor specifieke ziektedomeinen en algemene samenwerking	• Gefinancierde overlegvormen (vb intervisie, overleg op mesoniveau om processen/protocollen af te spreken,...) • Instrumenten voor online/hybride gebruik • Instrument dat zelfreflectie en vorming van gemeenschappelijke taal faciliteert	• Op vrijwillige basis of gefinancierd vanuit een projectcontext • Telefoon – MS Teams – Zoom,... • Scirocco – HSO,...

B0
B1
B2
B3
B4
B5

Schriftelijke communicatie	Delen van informatie/ protocollen/ … en stellen van vragen over algemene samenwerking	Platform waar informatie/ protocollen/ …. gedeeld kunnen worden en vragen gesteld kunnen worden op locoregionaal niveau	• MS Teams • (specifiek platform nog onbestaand)
Ter beschikking stellen van data aan micro- en mesoniveau voor een populatiegerichte aanpak en evaluatie			
Dashboard	Informatie vergaren m.b.t. zorgnoden en –aanbod in een regio	• Noden van populatie in de regio in kaart brengen • Aanbod (inclusief gerichte acties) afstemmen hierop • Resultaat van acties evalueren en bijsturen o.b.v. gerichte indicatoren (ziekte specifiek en algemeen, vb PREM)	• Databronnen als provincies.incijfers, IMA atlas,… • Zorgatlas Vlaanderen • Initiatief Data4PHM • Secundair gebruik van data uit het BIHR mogelijk maken via e gezondheids(zorg)data-autoriteit (cfr. e-Gezondheidsplan)

Dit rapport is uitsluitend opgemaakt ter informatie van en voor gebruik door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de doelgroepen die zij als opdrachtgever wenst te betrekken. Het is niet bedoeld voor, en mag niet gebruikt worden door, andere partijen buiten deze doelgroep.

Elke partij die een exemplaar van dit rapport verkrijgt en kiest om erop te steunen, op welke basis ook, doet dit op eigen risico.

WeCare aanvaardt geen verantwoordelijkheid of aansprakelijkheid voor het gebruik van dit rapport anders dan waarvoor het is opgesteld en aanvaardt geen verantwoordelijkheid of aansprakelijkheid jegens andere partijen dan het RIZIV.