

DRAFTVERSIE ONTWERPTEKST INTERFEDERAAL PLAN GEÏNTEGREERDE ZORG¹

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

Deze ontwerptekst kadert in het programma Interfederaal plan Geïntegreerde Zorg en toont de status van het programma in juli 2023. De tekst 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. Voorliggende ontwerptekst bevat bijgevolg redeneringen, geeft (voorlopige) invulling aan concepten, en biedt een breed inhoudelijk kompas. Echter, ze mag geenszins aanzien worden als een finale versie, noch bestaat er reeds politieke consensus over de inhoud van dit document. In de loop van de komende weken en maanden zal de inhoud van deze ontwerptekst evolueren.

¹ Zorg bevat zowel gezondheidszorg als welzijn

Situering van dit document

Met dit document 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 eerstelijns

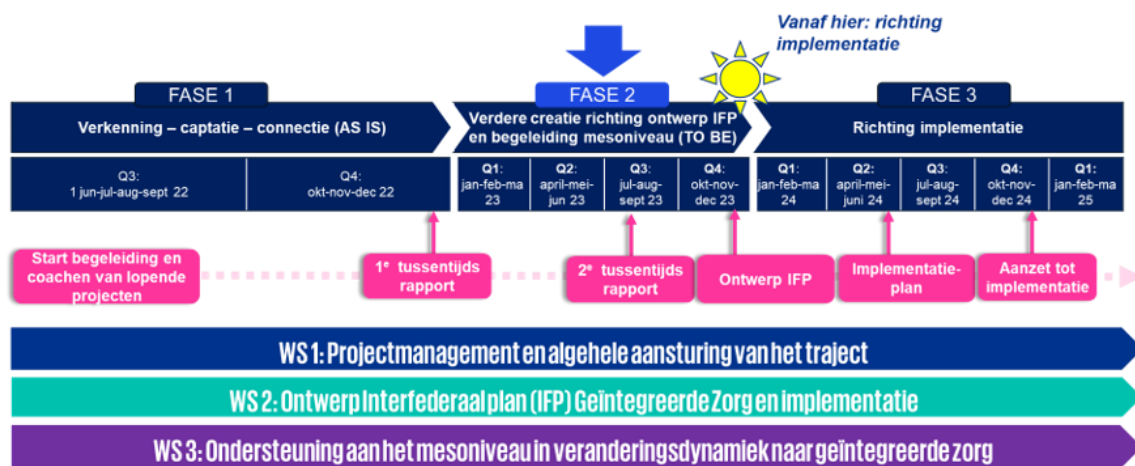
Opmaak van het “Voorstel ontwerptekst IFP GIZ”

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 hefboomen geëxploreerd om focus en inhoud aan dit Interfederaal Plan te geven, met name:

- Zorg- en welzijnscoördinatie² 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 hefboomen, 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 een **“Voorstel ontwerptekst IFP GIZ”**, dewelke in termen van dit project aanschouwd kan worden als het **2e 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 Voorstel ontwerp tekst 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.

Vervolgstappen

Het huidige Voorstel ontwerp tekst IFP geeft de voorlopige **visie op dit moment** over geïntegreerde zorg weer. Deze ideeën zijn **nog niet definitief** en zullen in de komende maanden verder doordacht en ontwikkeld worden.

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 IFP krijgt vorm binnen een continu evoluerende context waarbij erg concrete vragen opduiken die om concrete afspraken vragen.

Na het zomerreces zullen de programma-activiteiten dan ook verdergezet worden teneinde in het najaar 2023 te landen op een concrete set van afspraken, die zo duidelijk mogelijk ingevuld worden. Een concrete planning is nog in opmaak.

Ook de verdere transitiebegeleiding van de 3 projectgroepen zal opnieuw vormgegeven worden. De invulling van de transitiebegeleiding zal immers sterk bepaald worden door de kloof tussen de huidige context en de toekomstige context waarbinnen deze projecten zullen opereren. Deze toekomstige context zal afhangen van de concrete afspraken in kader van het Interfederaal Plan GIZ.

Inhoud

Inleiding: naar een generiek kader met als basis een gedeelde visie en gemeenschappelijke uitgangspunten	8
Context huidige gezondheidszorgdomein in België en omschrijving van het geïntegreerd verhaal van zorg en welzijn	8
Nood aan een éénduidige, Belgische veranderdynamiek en bijhorend plan richting geïntegreerde zorg	9
<i>De sleutelementen van het interfederaal plan</i>	11
Geïntegreerde zorg op het microniveau	14
Interdisciplinair werken	14
Bestaande, in ontwikkeling zijnde of toekomstige zorgpaden	15
<i>Actuele status en uitdagingen bij (de opmaak van) zorgpaden</i>	15
<i>Voor bestaande zorgpaden: realiseren van continuïteit van zorg in de praktijk</i>	16
<i>Voor toekomstige zorgpaden: naar een structureel samenwerkingsproces voor een consistente invulling van GIZ-concepten</i>	17
<i>Afstemming tussen zorgpaden en gecoördineerde zorg voor gezondheid en welzijn</i>	19
Gecoördineerde zorg voor gezondheid en welzijn	19
<i>Huidige stand van zaken invulling zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement</i>	19
<i>Competentieprofiel voor zorg- en welzijnscoördinatie</i>	20
<i>Opdrachten</i>	20
<i>Rol</i>	21
<i>Opstart, duurtijd en beëindiging</i>	22
<i>Type zorg- en/of hulpverleners en competenties</i>	23
<i>Competentieprofiel voor casemanagement</i>	23
<i>Opdrachten</i>	23
<i>Functie</i>	25
<i>Opstart, duurtijd en beëindiging</i>	25
<i>Type zorg- en/of hulpverleners en competenties</i>	26
<i>Organisatie van de capaciteit, aansturing en evaluatie voor zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement</i>	26
<i>Voor zorg- en welzijnscoördinatie:</i>	26
<i>Voor casemanagement:</i>	27
<i>Waarborgen van horizontale en verticale integratie van zorg</i>	27
<i>Onderscheid tussen zorg- en welzijnscoördinatie en casemanagement.</i>	27
<i>Onderscheid niet-vergoedbare en vergoedbare zorg- en welzijnscoördinatie</i>	28
De organisatie van geïntegreerde zorg op locoregionaal niveau	29
Uitgangspunten	29
De vorm van de eenheid op het mesoniveau	31
De opdrachten van de eenheid op mesoniveau	31
Welke partners maken minstens deel uit van die eenheid op mesoniveau?	35
De eenheid in interactie met het micro- en macroniveau: governance	35
Geïntegreerde zorg gefaciliteerd door macroniveau: digitalisering	37
Huidige nood aan digitalisering voor geïntegreerde zorg	37

Toekomstige digitale tools voor geïntegreerde zorg	37
<i>Een geïntegreerd elektronisch dossier voor het interdisciplinair team</i>	37
<i>Relevantie voor IFP geïntegreerde zorg</i>	37
<i>Relevante projecten binnen actieplan eGezondheid voor de realisatie van het IFP geïntegreerde zorg</i>	38
<i>Aandachtspunten binnen actieplan eGezondheid voor de realisatie van geïntegreerde zorg</i>	39
<i>Een digitale tool voor communicatie en samenwerking in een interdisciplinair team</i>	39
<i>Relevantie voor IFP geïntegreerde zorg</i>	39
<i>Relevante projecten binnen actieplan eGezondheid voor de realisatie van het IFP geïntegreerde zorg</i>	40
<i>Aandachtspunten binnen actieplan eGezondheid voor de realisatie van geïntegreerde zorg</i>	40
<i>Een dashboard om data te ontsluiten op populatieniveau</i>	41
<i>Relevantie voor IFP geïntegreerde zorg</i>	41
<i>Aandachtspunten binnen actieplan eGezondheid voor de realisatie van geïntegreerde zorg</i>	41
<i>Mee te nemen elementen om secundair gebruik van data op microniveau te realiseren</i>	41
<i>Mee te nemen elementen om secundair gebruik van data op mesoniveau te realiseren</i>	42
<i>Mee te nemen elementen om secundair gebruik van data op macroniveau te realiseren</i>	42
Naar een structurele samenwerking op macroniveau voor de opvolging van geïntegreerde zorg in België	44
Een geschikte governance i.k.v. opvolging en sturing van GIZ	44
De nodige verander- en transitiecapaciteit	44
Bijlagen	45
Bijlage 1: de 13 terugkerende topics van fase 1 van het programma IFP GIZ	45
Bijlage 2: de verschillende definities & invalshoeken van geïntegreerde zorg	45
Bijlage 3: stakeholder groups involved in integrated care	46
Bijlage 4: Gecapteerde noden omtrent communicatie en gegevensdeling op vlak van digitale instrumenten vanuit het terrein	47

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

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 zorgvragen³ (o.a. steeds meer chronisch en complex), digitalisering, de emancipatie en empowerment van de persoon, nieuwe behandelmogelijkheden, 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 bedoeld 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 inspeelt⁵.

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 fundamenteen worden gelegd voor een structurele samenwerking.

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 het zorgpersoneel;
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 Grootte Jesse, Schoonaert Lies, Vercruyssen 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 gemeenschappen 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 ondersteuningsnood⁷, gezondheidszorgmanager⁸ over een invalshoek vanuit de chronische zorg⁹ tot een eerder procesmatige¹⁰ en “geheel van systemen” invalshoek¹¹. 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 sleutelementen van dit interfederaal plan worden hieronder weergegeven.

De sleutelementen 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 sleutelementen 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:

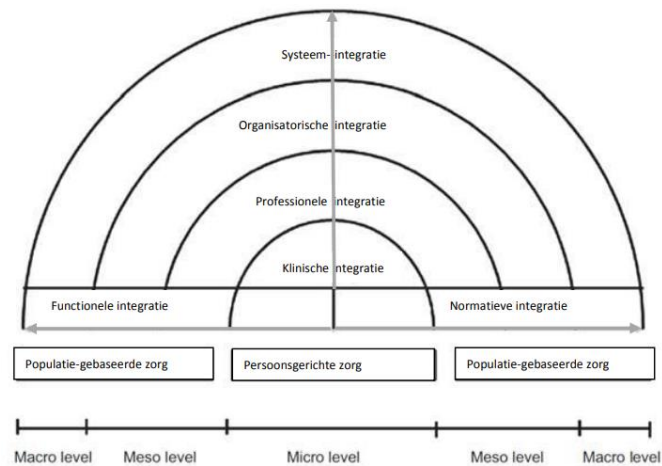
⁷ National Voices. A narrative for person-centred coordinated care [Web page].2013 [cited 18/05/2022]. Available from: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/05/nvnarrative-cc.pdf>

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 niveau¹² 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, (interfederaal) 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.

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

d) Op meerdere niveaus (multi-niveau):

- 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 sleutelementen 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.

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 bvb. 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.

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 nagestreefd¹⁴.

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 functionaliteiten¹⁵, het digitale zorg- en ondersteuningsplatform Alivia in Vlaanderen¹⁶, de projecten van het Waalse herstelplan "Digitalisering van het volledige gezondheidsdossier van de Waalse burgers op een gestructureerde en geïntegreerde manier" in Wallonië¹⁷ 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.

Bestaande, in ontwikkeling zijnde of toekomstige zorgpaden

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

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.

overeenkomsten MS/ALS/Huntington, ofwel vanuit een bredere benadering, zoals de transversale zorgpaden die in opmaak zijn i.k.v RIZIV's meerjarenbegroting 2022.

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/likt 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).

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:

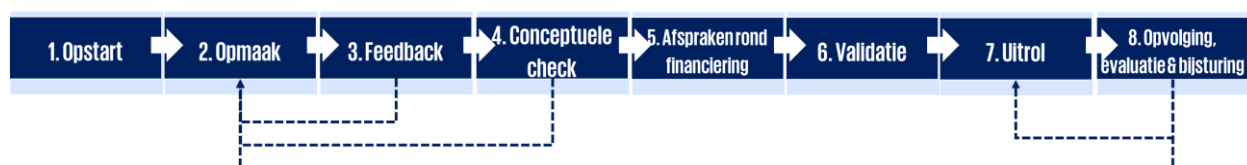
- Het generiek kader meegenomen wordt in de verschillende werkgroepen waar gerelateerde concepten nog in opmaak zijn;
- Een verantwoordelijke per werkgroep aangeduid wordt die steeds verantwoordelijk is om de conceptuele alignering te waarborgen tijdens de verdere opmaak van de zorgpaden;
- Indien gerelateerde 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.

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, ...)

Voorstel voor concreet afstemmings- en samenwerkingsproces



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 waarvoor 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*

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.

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 WHO¹⁹ 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.

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, “réfèrent (de proximité)”, buddy, zorgtrajectpromotoren, zorgambassadeurs,

¹⁹ [Integrated care models: an overview \(who.int\)](https://www.who.int/publications-detail/integrated-care-models-an-overview)

overlegorganisatoren...), alsook, maken deze gebruik van verschillende vergoedingsmodaliteiten.

- Wellicht hebben deze andere vormen eveneens een ander takenpakket (of een andere focus/invaliditeit) 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.
- 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.

Competentieprofiel voor zorg- en welzijnscoördinatie

Opdrachten

- **De (minstens) op te nemen opdrachten voor zorg- en welzijnscoördinatie** hebben betrekking op zowel sociale als administratieve taken²⁰. 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

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

het digitaal multidisciplinair platform of via BelRAI) 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 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 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, wat hun rechten zijn op dit vlak,...

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.** 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. Waar mogelijk kan dit 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 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 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: plannings 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;

Competentieprofiel voor casemanagement

Opdrachten

- Voor de **opdrachten van casemanagement**:
 - De casemanager fungeert als externe hulplijn aan het zorgteam 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
 - 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 aan 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);
 - 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 inschatting 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.

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 interviews) 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.

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.

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.

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 geconcipeerd 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 populatie²¹. 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.

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

²¹ [Accountable Care Organizations \(parliament.uk\)](https://parliament.uk)

Momenteel definiëren de deelstaten verschillende structuren op verschillende niveaus. Daarbij kunnen we niet spreken over het mesoniveau of locoregionale niveau zonder te 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 verder bekeken in welke mate de eenheid op mesoniveau inhoudelijke en financiële verantwoordelijkheid krijgt voor een aantal opdrachten²². De eenheid wordt georganiseerd volgens het netwerkorganisatieprincipe.

²² Op dit moment wordt dit nog besproken met de deelstaten. Het is belangrijk om te vermelden dat er momenteel geen consensus bestaat met Vlaanderen hierover.

4. De eenheid op mesoniveau betreft 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.

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 rechtspersoonlijkheid krijgt en een duidelijk mandaat om opdrachten uit te voeren.

Het netwerkorganisatieprincipe leunt het meeste aan bij het theoretische ACO-model. Een netwerkorganisatie verbindt en deelt namelijk informatie, middelen, activiteiten en competenties om samen een uitkomst, nl. de organisatie van geïntegreerde zorg, te realiseren²³.

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 gemeenschappen:

	Structuren op het mesoniveau
In Vlaanderen	- De eerstelijnszones
In Wallonië	- Organisations loco-régionales de santé ²⁴
In Brussel	- 5 bassins d'aide et soins, elk ondersteund door 1 team van Brusano
In Duitstalige gemeenschap	- Nog te bepalen

De opdrachten van de eenheid op mesoniveau ²⁵

De netwerkstructuur op 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. 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 het de bevoegdheid van de deelstaten is om te bepalen op welke manier deze 10 opdrachten concreet moeten worden ingevuld, nl.:

1. Populatiemanagement

²³ 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.

²⁴ De naam "zones de première ligne" kan mogelijks nog wijzigen cfr. de Proxisanté-evoluties.

²⁵ Het is van belang te benadrukken dat dit nog in overleg is met de deelstaten. Het is mogelijk dat bepaalde opdrachten niet in elke deelstaat worden opgenomen.

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 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, seminars, 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 gebruik faciliteren van digitale tools die de samenwerking en gegevensdeling tussen de persoon en zijn informele context en de verschillende betrokken zorg- en welzijnsactoren mogelijk maken. Daarnaast ook het secundair gebruik van gezondheids(zorg)gegevens promoten en faciliteren op verschillende 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. Budgetbeheer van middelen voor het verlenen van de zorg en ondersteuning

Het geheel van financiering, budgettering, begroting, beheer en uitkering/verdeling van welzijns- en zorgbudgetten met oog op kwalitatieve (5 AIM) en geïntegreerde zorg en welzijn.

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 hier rond 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

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.

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.

Geïntegreerde zorg gefaciliteerd door macroniveau: digitalisering

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.

Toekomstige digitale tools voor geïntegreerde zorg

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:

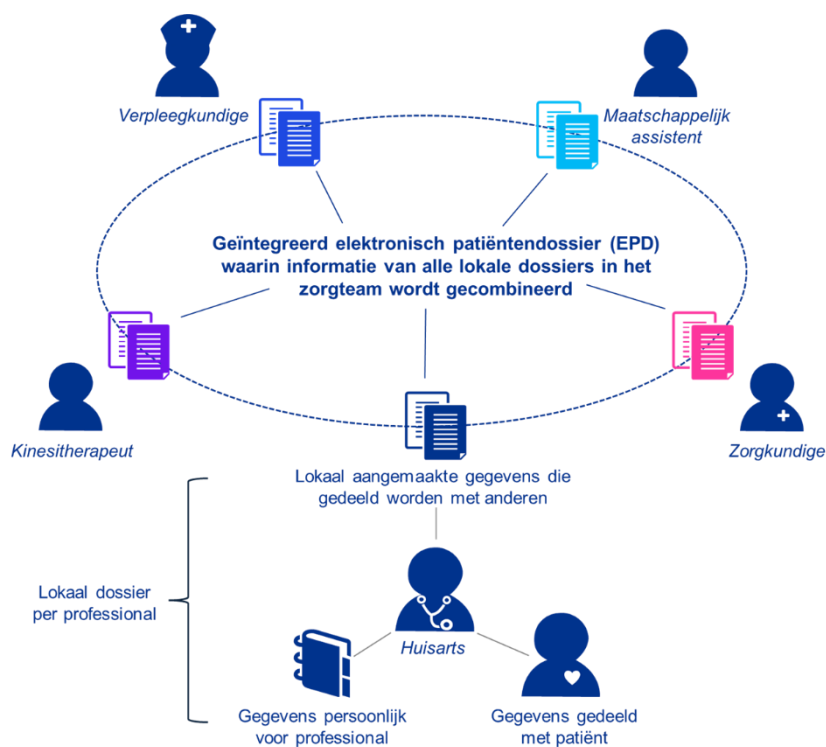
- Elke zorg- en welzijnsverstrekker in eerste en tweede lijn dient te beschikken over en toegang te hebben tot een lokaal elektronisch dossier.
- Er dienen duidelijke afspraken gemaakt te worden om het delen van gegevens tussen de lokale elektronische dossiers van professionals technisch en juridisch 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.

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.²⁶

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

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

²⁶ 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

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.**

Een dashboard om data te ontsluiten op populatieniveau

Relevantie voor IFP geïntegreerde zorg

In het licht van een populatiegerichte 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, werkt Vlaanderen aan de uitbouw van de ZorgAtlas 2.0, wat het gebruik van data voor onderzoeksdoeleinden en populatiemanagement tracht te faciliteren.

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 gericht 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 resultaatgerichte indicatoren.

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.

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. Naar aanleiding van dit IFP kan onderzocht te worden of er andere/ bredere governance-organen ontwikkeld kunnen worden die rekening houden met het verstrengd stakeholderlandschap van geïntegreerde zorg, bijvoorbeeld op niveau van interfederale samenwerking.

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.

Nog verder uit te werken

Bijlagen

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



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”.

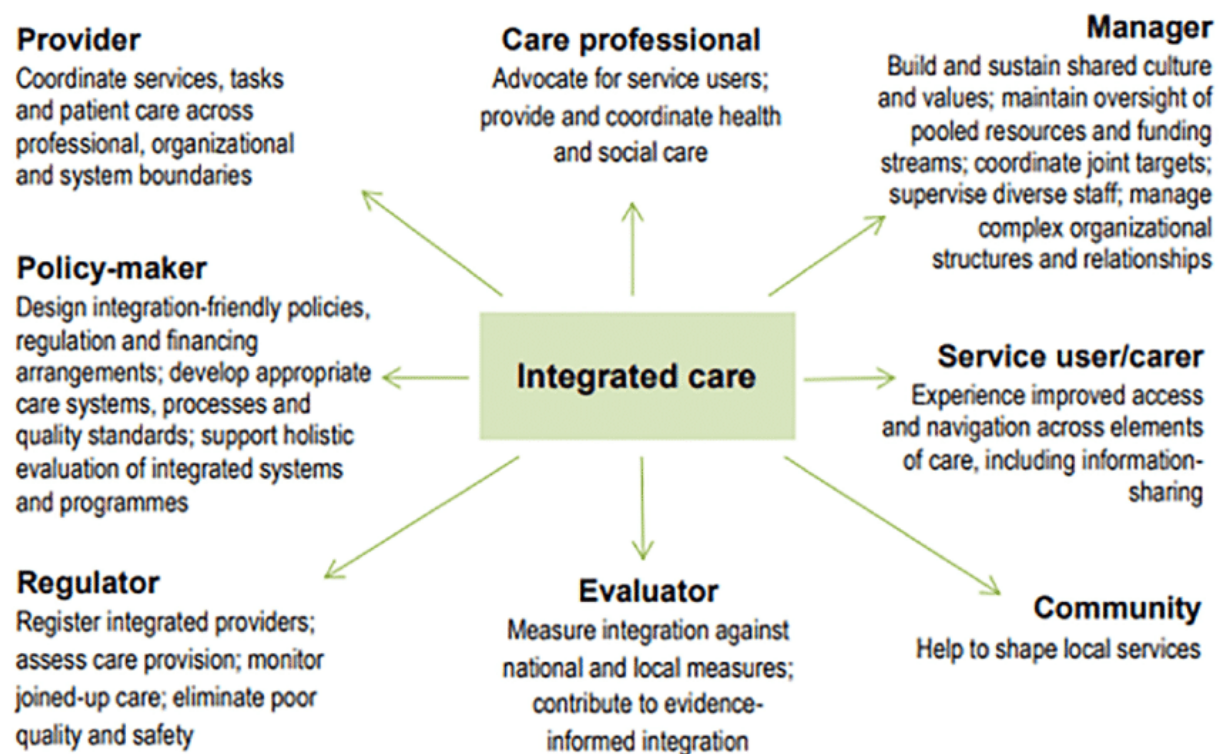
Vanuit invalshoek van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood:

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

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)



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 - Siilo – 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-Gezondheidszorg) - Project 282 - Persoonlijke eHealthBox voor zorgverleners - Siilo (functie zorgteam) - Geïntegreerd elektronisch patiëntendossier (cfr. BIHR, e-Gezondheidszorg)
	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-Gezondheidszorg) - 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 vragen: EQ-5D, PROMIS-10, PaRIS, PACIC, P3CEQ - Geïntegreerd elektronisch patiëntendossier (BIHR, cfr. e-Gezondheidszorg)

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,...
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 gezondheids(zorg)data-autoriteit (cfr. e-Gezondheidsplan)
-----------	--	--	--

