



PRAKTISCHE FICHE

COMPONENT 6 : Overleg en coördinatie

In deze fiche vindt u een inleidende context die overleg en coördinatie duidt als onderdeel van geïntegreerde zorg. We beschrijven de beoogde doelstellingen van overleg en coördinatie en geven enkele verduidelijkende definities. We geven praktische tips over hoe deze component kan worden uitgewerkt in uw project en enkele praktijkvoorbeelden die als inspiratie kunnen dienen. Daarna worden enkele aandachtspunten gegeven waarmee rekening dient gehouden te worden tijdens het opmaken van interventies gericht op deze component. Tenslotte wordt nog een idee gegeven van de huidige status omtrent overleg en coördinatie op nationaal vlak.

1. Context

Veel chronische patiënten hebben nood aan verschillende types zorg, die elkaar moeten ondersteunen, dus moet er gecoördineerd geheel zijn om de juiste persoon, op het juiste moment en gedurende de nodige tijd de meest passende zorg te bieden.

Voor chronische of langdurig zieke patiënten, waarbij tal van (zorg en niet-zorg)actoren betrokken zijn, houdt dit in dat deze met elkaar overleggen en hun acties coördineren, **zowel wat betreft de zorg voor een individuele patiënt (=microniveau) als wat het (locoregionaal) zorgsysteem betreft (= mesoniveau)**. Overleg (informatie-uitwisseling en in onderling overleg genomen beslissingen) is noodzakelijk voor de coördinatie (“wie” komt tussen “wanneer” en “om wat te doen”?)

Bij overleg en coördinatie moeten volgende elementen aan bod komen om goed te kunnen overleggen en zo te komen tot efficiënte coördinatie van de zorg :

- de identificatie van de verschillende actoren die de patiënt omringen
- Oplijsten van zorgnoden en zorgdoelen van een persoon met zorgnood (PMZ)
- het soort zorg, de duur en de frequentie ervan: opstellen van het zorgplan: het soort zorg, de duur en de frequentie, en afspraken over de taakverdeling binnen het zorgteam
- de informatie verstrekt aan de patiënt en aan zijn omgeving of meegedeeld door de patiënt of zijn omgeving
- het moment waarop de zorg wordt verstrekt of de informatie wordt doorgegeven aan de patiënt. Tevens moet er reeds aangegeven worden wie wat moet doen indien de zorg ontoereikend wordt, of ontspoord.



De patiënt en zijn of haar doelstellingen staan centraal in geïntegreerde zorg. De patiënt dient dus betrokken te zijn bij de beslissingen. Ook al is coördinatie noodzakelijk voor elke patiënt, (op microniveau), toch is het niet denkbaar dat het overleg tussen de actoren enkel geval per geval zou worden georganiseerd, in functie van de evolutie van de patiënt en zijn behoeften. Het is dan ook nuttig dat de actoren die beslissen om samen te werken, samen 'a priori' (op mesoniveau) overleggen om elkaar beter te leren kennen (wie kan tussenkomen, in welke situatie ?) en om gezamenlijke werkingsregels vast te leggen (hoe gebeurt de uitwisseling van informatie, de overdracht van patiënten, de coördinatie van de verschillende agenda's, de uitwerking van het zorgplan en de evaluatie ervan, de financiering ...).

Doelstellingen van Overleg en coördinatie:

- Het zorgintegratieproces ondersteunen zodat iedereen « de juiste zorg krijgt op het juiste moment, op de juiste plaats, door de juiste persoon en dit tegen de laagste menselijke en maatschappelijke kosten»
- Op een doelmatige en efficiënte manier gebruik maken van de beschikbare middelen op lokaal niveau en de bestaande netwerken en overlegstructuren
- De complementariteit tussen de verschillende hulp- en zorgactoren versterken: 1ste lijn, gespecialiseerde actoren, actoren in de ziekenhuizen en binnen de residentiële opvangstructuren (zie ook component 7, intramurale en transmurale zorgcontinuïteit)
- De informatie-uitwisseling tussen actoren vergemakkelijken en gecoördineerde zorgplannen uitwerken (zie ook component 9, het geïntegreerd patiëntendossier)
- De zorgcoördinatie rond de patiënt (microniveau) optimaliseren via het organiseren van overleg met de patiënt (zie ook component 1, Empowerment van de patiënt)
- Samenwerkingsmodaliteiten definiëren op het niveau van de organisaties en de structuren (mesoniveau).
- De bio-psycho-sociale benadering van de noden van de patiënt aanmoedigen, door de patiënt te betrekken in het overleg en de beslissingen binnen zijn zorg (zie ook component 1, empowerment van de patiënt)

De doelstellingen om te komen tot het invullen van de component "Overleg en Coördinatie", dragen ertoe bij dat de triple aim doelstelling kan worden behaald:

de patiënt kan rekenen op de juiste zorgverlening op het juiste moment, afgestemd op zijn noden en behoeften, hij gebruikt de zorg op de juiste manier doordat hij beter kennis heeft van het te doorlopen traject. De mantelzorger wordt beter ondersteund en gewaardeerd als partner bij overleg en coördinatie. Deze elementen dragen rechtstreeks bij tot een betere levenskwaliteit van de patiënten en mantelzorgers.

De zorg verloopt efficiënter doordat de juiste zorg op het juiste moment wordt toegediend, er is dus minder verkeerd gebruik van bepaalde diensten. De processen worden verder verbeterd door ondersteunende IT die overleg en coördinatie faciliteert.

Tenslotte gaan bij voldoende overleg en coördinatie de zorgverstrekkers beter op elkaar afgestemd te werk, erkennen ze elkaars rol en deze erkenning draagt rechtstreeks bij tot de jobtevredenheid bij de zorgverstrekkers.



2. Praktische tips en acties om deze component uit te werken

1. Bepalen (**inventariseren**) van alle bestaande structuren van overleg en coördinatie in de pilootregio; alsook de hiaten en behoeften aan zorgcoördinatie en –overleg (> analyse van middelen en behoeften, cfr. stratificatie).

⇒ het evalueren van de extra **behoeften inzake overleg en coördinatie** bijv.: ondersteuning van mantelzorgers, opleiding van de zorgverleners, evaluatie van multidisciplinaire incidenten (voorbeeld : SYLOS project Lokale gezondheidssystemen: een project met als doel de coördinatie tussen ziekenhuizen en huisartsen te verbeteren – [Project SYLOS](#))

⇒ het evalueren van de **nodige uitrusting** (lokalen, ICT, telefoonpermanentie ...) om het overleg op een optimale manier te organiseren (voorbeeld : Gezondheidshuizen, die aan de organisaties administratieve ondersteuning bieden en vergaderlokalen en -zalen ter beschikking stellen <http://www.huisvoorgezondheid.be>)

⇒ Bepalen van de rol van elke resource/hulpverlener/organisatie te duiden in de zorg voor de chronisch zieke van de doelgroep. (zie verder, punt 5, voorbeeld North West Londen)

⇒ Stel u de vraag: **wie** moet rond de tafel zitten om te overleggen?

Het is van belang te bepalen wie rond tafel moet zitten. Stel dat men overlegt over thuisdialyses te coördineren, dienen enkel de actoren die rechtstreeks betrokken zijn bij deze procedures rond de tafel te zitten.

2. **Verder bouwen op bestaande initiatieven:** netwerken bestaan op verschillende niveau's, vaak georganiseerd binnen een bepaalde lijn. Het kan nuttig zijn deze verschillende netwerken met elkaar in verbinding te brengen. Bovendien dient er worden nagegaan of verschillende netwerken actief zijn op dezelfde vlakken, men gaat "dubbele werkingen" identificeren en de netwerken rationaliseren.

3. Organiseren van **Multidisciplinair Overleg**

Er bestaan al veel overlegstructuren (zie vorig punt), het is niet de bedoeling om nog nieuwe structuren in te richten. De bestaande structuren kunnen wel de mogelijkheid faciliteren om een multidisciplinair overleg anders te organiseren, bijvoorbeeld infrastructuur van een LMN gebruiken om een breder overleg te organiseren van alle partners (patiënt, mantelzorger, verzorgingswerker, arts, specialist, thuisverpleegkundige) rond een bepaald thema, bijvoorbeeld wondzorg. Bestaande MDO zijn vaak georganiseerd rond een specifieke situatie of opdracht. In de thuiszorg kennen we bijvoorbeeld de "Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging" (GDT). Zij hanteren de volgende definitie voor multidisciplinair overleg: "Het al dan niet fysiek samenkomen van een aantal betrokken professionele hulpverleners al dan niet in aanwezigheid van de patiënt en zijn mantelverzorger om te overleggen en te komen tot een zorgplanning met afspraken." De opdrachten van een GDT spitsen zich vooral toe op de praktische organisatie en ondersteuning van het multidisciplinair overleg rond de persoon met een



complexe zorgnoed. Bij de zesde staatshervorming werden de GDTs overgedragen naar de bevoegdheid van de deelstaten.

Een praktijkvoorbeeld uit België:

In Leuven bestaat het “Vroeg Interventieteam voor snelle opvang van vroege psychose” ([VRINT](#)), VRINT biedt opvang, advies en begeleiding aan jongvolwassenen, en hun omgeving, die moeilijkheden ervaren zoals verandering in stemming, denken of het normale functioneren, moeilijkheden die kunnen wijzen op een beginnende psychose. Het gaat om een samenwerking tussen UPC Leuven, UZ Leuven en CGG.

(liasonpersoon) Vanuit het ziekenhuis werkt een maatschappelijk werker mee in het project. Zij neemt een aantal begeleidingen zelf op zich en geeft vanuit haar rijke ervaring advies aan andere teamleden (casemanagers, artsen,...).

(Multidisciplinair overleg) Er bestaat een goede samenwerking met partners uit de regionale thuiszorg. Gezien de doelgroep vaak jongeren en studenten betreft, wordt ook nauw samengewerkt met CLB's en studentenbegeleidingsdiensten, alsook begeleiding naar de arbeidsmarkt via VDAB.

Patiënt en familie zijn in de gehele begeleiding en tijdens besprekingen met het interdisciplinaire team betrokken als actieve participator.

Een praktijkvoorbeeld uit België: in Limburg werd een multidisciplinair project opgestart voor opportunistisch diabetescreening en doorverwijzing voor diagnose, “Taking care”. Dit multidisciplinair overleg werd opgezet om de kost van diabetes te reduceren door hen vroegtijdig te vinden. Klanten worden in de officina apotheker uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen en eventueel een bloedprik te laten doen. De uitslag van de testen wordt meegegeven aan de klant met uitnodiging om deze voor te leggen aan de huisarts. Huisarts, apotheker, kinesist, diëtist, tabacoloog, leeftijdscoach of diabetes-educator werden ingeschakeld voor opvolging van de test.

De resultaten waren heel positief: door vroegtijdig opsporen kon een groot aantal patiënten op tijd begeleid worden en werden zware hoge ziekenhuis- en behandelingskosten vermeden.

Het feit dat dit relatief eenvoudige project een grote impact had, is een succes dat makkelijk kan gedeeld worden (zie fiche change management “delen van successen en zoeken van quick wins”).

4. Stel een **overlegcoördinator** aan →

Dit speelt zich af op “mesoniveau”, een coördinator die het overleg tussen partners faciliteert. In dit geval gaat het niet langer over het bepalen van een specifiek zorgplan van een patiënt, op microniveau, maar wel om samen brengen van partners.

De memorie van toelichting bij het Vlaams Woonzorgdecreet formuleert de opdracht van een overlegcoördinator als volgt: “De overlegcoördinator staat in voor de praktische en administratieve ondersteuning van het individueel patiëntgebonden multidisciplinair overleg, op vraag van de gebruiker, de zorgbemiddelaar of een andere zorgverlener. De overlegcoördinator is niet betrokken in



de zorg. Hij/zij organiseert het overleg, zit de overlegtafel voor vanuit een neutrale positie en biedt administratieve ondersteuning bij de opmaak en/of bijsturing van het zorgenplan. De overlegcoördinator heeft echter geen inspraak in de zorgregie en zorgplanning of in het bepalen van de inhoud van het zorgenplan.”

Concreet zijn de beschreven taken van een overlegcoördinator in het woonzorgdecreet de volgende:

- Verwerking van de aanvraag tot overleg (feedback aan de aanvrager, opvragen ontbrekende gegevens, controle criteria, registratie, ...)
- Planning en voorbereiding (doodle/telefoon, opmaak uitnodiging, inhoudelijke voorbereiding, afdrukken vergoedingsdocument, verklaring arts, verklaring patiënt, ...)
- Leiding van het overleg (voorzitten overleg, garanderen van een onafhankelijke opstelling, zorgen voor een klimaat van onderling vertrouwen, aanmoedigen zorgbemiddelaar en alle deelnemers tot probleemverkenning en probleeminventarisatie, ruimte creëren voor belevingsaspecten, versterken van de zorgbemiddelaar en alle zorgactoren in hun rol en opdracht)
- Opvolging (verslag opmaken, verslag per mail/ brief versturen, registratie, SEL-administratie, administratie voor eigen organisatie, ...).

Deze overlegcoördinator wordt dus ingeschakeld ifv het overleg. Omwille van zijn opdracht is het belangrijk dat hij niet betrokken is in de hulpverlening; hij moet alle posities kunnen beluisteren; iedereen aan bod laten komen, geen stelling innemen. Dit in tegenstelling tot de zorgbemiddelaar die in hoofdorde de belangen van de cliënt behartigt en vanuit zijn hulpverlenende positie geen neutrale opstelling heeft. De overlegcoördinator daarentegen dient dus niet in eerste orde de belangen van de cliënt, maar moet alle belangen en bezorgdheden naar boven laten komen.¹

Let op ! Deze afspraken die gemaakt worden tijdens het overleg, moeten ook opgevolgd worden: worden ze inderdaad uitgevoerd, en zijn ze voldoende om aan de zorgnoden tegemoet te komen. De overlegcoördinator moet reeds tijdens het overleg zorgen dat er aangegeven wordt door wie en hoe deze evaluatie en opvolging zal uitgevoerd worden. Door evaluatie en opvolging stijgt het rendement van de investering in overleg aanzienlijk.

5. Vanaf de start focussen op **samenwerking tussen sociale en medische sector**, tussen verschillende lagen en functies.
 - Ervaring van [North West London Whole Systems Integrated Care](#) een geïntegreerd zorgproject dat 8 Londense wijken verbindt. Zij stelden vast dat een gebrek aan kennis over elkaars rollen aan de basis lag van een gebrekkige coördinatie tussen de verschillende zorgverleners. Je kan het beste starten met rolverduidelijking voor elkeen van de betrokken partners en daarna waarden uitwisselen en conflict situaties bespreken. Een arts weet bijvoorbeeld onvoldoende wat een sociaal werker of kinesitherapeut doet; wanneer mensen elkaars rol erkennen, kunnen ze ook beter samenwerken.

¹ “Casemanagement Visienota Eerstelijnszorg – Microniveau”, Intermutualistisch Overleg, 25/04/2016



3. Aandachtspunten/valkuilen

- Coördinatie is een onderdeel van integratie, het is niet integratie op zich.
- Rekening houden met de bestaande initiatieven / structuren en de gevoeligheden ervan
- Vermijden dat er wordt 'overlegd om te overleggen', dat de verplichtingen inzake overleg opgelegd aan de zorgverleners niet nodeloos toenemen
- Vermijd geïsoleerde, niet overlegde en dure initiatieven
- Een gemeenschappelijke taal vinden tussen de gezondheidsdiensten en de sociale diensten (cfr. Data-uitwisseling, een geijkte taal moet bepaald worden om toestand van patiënt en omgeving aan te duiden)
- Zorg dat niemand uit de boot valt: elke zorgverlener, mantelzorgen en patiënt speelt een rol en heeft een betekenis, die moeten erkend en gehoord worden.
- Rol van coördinatie is niet om sommige taken af te nemen van de actoren, het is de bedoeling dat de taken van de verschillende actoren beter op elkaar zijn afgestemd en aansluiten.
- Zoek naar de win-win: wat verbetert er voor de betrokken actoren als ze gaan overleggen en gecoördineerd optreden?

4. Huidige situatie in België:

De nood aan overleg en coördinatie is sinds lang erkend en heeft reeds geleid tot diverse diensten, structuren of platformen, zowel op medisch vlak als op sociaal vlak. Deze initiatieven hebben vergelijkbare opdrachten, maar onderscheiden zich van elkaar zowel door de doelgroep voor wie ze bedoeld zijn (voor alle patiënten of specifiek gericht op bepaalde doelgroepen, zoals de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg en palliatieve zorg, of de Lokale Multidisciplinaire Netwerken), als door hun samenstelling (monodisciplinair of multidisciplinair, exclusief 1^{ste} lijn of waarbij ziekenhuizen betrokken zijn, enz.) en door hun voogdijinstantie (federale, regionale, communautaire, provinciale, lokale of zelfs privé-initiatieven).

Overleg en coördinatie zijn dus al ruimschoots ingeburgerd en er bestaat op dat vlak al heel wat terreinexpertise. Bestaande initiatieven/netwerken zijn:

a. Federaal:

- i. [Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging GDT/ Services intégrés de Soins à domicile](#) SISD (**Overgeheveld naar de Deelstaten met de zesde staats hervorming; nog tot en met 31/12/2017 gefinancierd vanuit het RIZIV**)
- ii. Huisartsenkringen / Cercles de médecins généralistes
- iii. [Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg](#)

b. Deelstaten:

- i. [Plateformes des soins palliatives](#) / [Netwerken Palliatieve zorg](#) / [Palliabru](#)
- ii. [Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg](#) (SEL)
- iii. Centre de coordination de soins à domicile
- iv. LMN/RML

c. Lokaal:



- i. OCMW organiseren verschillende initiatieven om verschillende diensten van sociale hulpverlening te coördineren (bijvoorbeeld Zorgcoördinatie Sint Niklaas: <http://www.tpunt.be/page69613530.aspx>)

5. Referenties

Supporting integration through new roles and working across boundaries, Helen Gilbert, Juni 2016, The King's Fund

http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/Supporting_integration_web.pdf

