

# FAQ'S

## Algemeen kader van pilootprojecten

### Wat wordt verwacht van de projecten als resultaat van fase 1, fase 2 en fase 3 ?

- **Fase 1:** Op het einde van de voorbereidingsfase moeten potentiële kandidaten een minimum aan actoren op het terrein hebben betrokken (die verder uitgebreid kunnen worden), een zone bepaald hebben waarin ze hun project willen uitrollen, en een eerste aanduiding van de patiëntengroep waarmee ze willen starten en een consensus (gemeenschappelijke visie) bereikt hebben over de grote lijnen van het project. Op het einde van deze fase moet een interesseverklaring ingediend worden.

- **Fase2:** tijdens de conceptualisatie fase moeten de kandidaten een locoregionaal actieplan (met een beschrijving van initiatieven en nieuwe manier van werken ) ontwikkelen dat een periode van 4 jaar overspant, moeten ze een akkoord hebben over het beheer en governance van hun project (wie neemt beslissingen, welke evaluatie modaliteiten, financieel beheer, hoe communiceren, hoe change management in het project zal aan bod komen,...). Op het einde van deze fase moet het project zijn locoregionaal projectplan indienen als definitieve kandidatuur.

- **Fase3:** in de uitvoeringsfase van het project moet het locoregionaal actieplan uitgerold worden, (eventueel met aanpassingen in de loop van het project) en moet geleid hebben tot verbeteringen in het lokaal zorg- en hulpsysteem (cfr Triple aim) in de 14 domeinen (componenten) van geïntegreerde zorg.

### Wat gebeurt er met andere, reeds lopende pilootprojecten ?

- Andere, reeds lopende pilootprojecten bezitten, net als iedere andere aanwezige actor binnen de zone, veel ervaring en expertise (bv. ten aanzien van een bepaalde doelgroep of een bepaalde manier van zorg- en hulpverlening) die zeer relevant is voor de projecten geïntegreerde zorg. Deze opgebouwde ervaring en expertise maakt dan ook deel uit van de aanwezige 'middelen' binnen de zone en dienen daardoor zeker meegenomen te worden als potentiële projectpartner in de pilootprojecten geïntegreerde zorg

- Een optimale inzet van de aanwezige middelen binnen de zone betekent dan ook dat er in het kader van de projecten voor geïntegreerde zorg partnerschappen opgebouwd worden met andere relevante (reeds lopende) pilootprojecten, voor zover deze pilootprojecten ook effectief bijdragen aan de doelstelling van het project rond geïntegreerde zorg (bv. naar de beoogde doelgroep toe).

### Waarom geen regelluwte m.b.t. KB n°78 (gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen)?

- De wetgeving omtrent KB n°78 is momenteel onder her-evaluatie, meer bepaald de handelingen gereserveerd aan bepaalde zorgberoepen en de mogelijkheden tot taakdelegatie. Het is momenteel nog te vroeg om conclusies te trekken die kunnen leiden tot een wijziging van de wet. Ondertussen blijven de wettelijke bepalingen van toepassing en moeten de regels inzake de aansprakelijkheid van zorgverleners worden gerespecteerd.

- De 14 componenten die door de projecten moeten ontwikkeld worden (patiënt empowerment, casemanagement, ondersteuning mantelzorgers, preventie, socio-professionele re-integratie, overleg,...) zijn niet specifiek handelingen die wettelijk zijn voorbehouden aan één of andere beroepsgroep. Er is dus een marge om innovatie te voorzien in deze domeinen.

- Daarenboven zijn de nieuwe functies die de projecten zouden willen implementeren om de 14 componenten (casemanager, praktijkassistenten,...) te realiseren geen beroepstitels die gereguleerd zijn in de huidige regelgeving, waardoor de projecten de mogelijkheid krijgen om nieuwe manieren van werken te testen, binnen de door de wet toegelaten grenzen, die op die manier concreet kunnen bijdragen aan de herevaluatie van de huidige wetgeving.

### **Dient de patiënt zijn/haar toestemming te geven om toe te treden tot het project ?**

- In de loop van de conceptualisatiefase van het project dienen de projectpartners niet alleen overeen te komen over de specifieke inclusiecriteria voor patiënten, maar ook over de manier deze patiënten zullen geïncludeerd worden: welke partner kan patiënten includeren in het project, wat de noodzakelijke voorbereidende stappen zijn, op welke manier de andere partners geïnformeerd worden, enz. Logischerwijze zijn de 'voornaamste gesprekspartners' van de patiënt (bv. huisarts-specialist) het best geplaatst om te beslissen of een patiënt al dan niet geïncludeerd kan worden, maar elke andere verstrekker kan de patiënt naar één van deze actoren verwijzen en suggereren om hem in het project te includeren

- In principe worden alle patiënten die voldoen aan de vooropgestelde criteria van de doelgroep, en waarbij een van zijn/haar zogenaamde 'voornaamste actoren' deelneemt aan het project, opgenomen in het project. Dit betekent echter niet dat een patiënt ook automatisch (stilzwijgend) akkoord gaat met een verandering in zijn/haar zorgplanning. Het project moet dan ook steeds in staat zijn om een dezelfde zorg aan te bieden aan de patiënt als voor hij/zij geïncludeerd werd in het project.

- Niettemin kunnen, voor zover het project nieuwe zorgvormen ontwikkeld heeft, deze aan de patiënt voorgesteld worden bijkomend of ter vervanging van klassieke zorgmodaliteiten, op voorwaarde dat deze (ver)nieuw(d)e zorgvormen ook beantwoorden aan de noden en behoeften van deze patiënten. De patiënt is geïncludeerd in het project maar blijft vrij in zijn/haar keuze om al dan niet te gebruik te maken van deze (ver)nieuw(d)e dienstverlening. De toestemming van de patiënt dient dus niet formeel gevraagd te worden bij de inclusie van de patiënt in het project, maar hij dient zijn toestemming of weigering te geven voor nieuwe mogelijkheden die door het project aangeboden worden. Er wordt wel een uitdrukkelijke toestemming van de patiënt gevraagd wanneer er binnen het project patiëntgegevens verzameld worden voor wetenschappelijke analyse of evaluatie in het kader van het project. Een uitdrukkelijke weigering van de patiënt (voor het gebruik van zijn/haar gegevens in het kader van een wetenschappelijke studie of evaluatie) betekent evenwel niet dat deze patiënt geëxcludeerd wordt uit het project. Hij/zij behoudt de keuze om al dan niet beroep te doen op de binnen het project ontwikkelde (ver)nieuw(d)e dienstverlening.

### **Wordt er met een evolutieve context bedoeld dat tijdens de looptijd van de projecten de spelregels worden veranderd ?**

- Het volledige proces is evolutief en zal onderwerp zijn van een permanente dialoog tussen de projecten (actoren op het terrein) en de overheden. De evolutieve context betekent niet dat de criteria die bij de start van de project bepaald werden, gewijzigd worden (grootte van de activiteitenzone, aantal componenten te ontwikkelen, definitie van de doelgroep chronisch zieken, doelstellingen van Triple Aim, enz.). Deze permanente dialoog zal leiden tot progressieve wijzigingen (vb. aanpassingen van de regelgeving) om de ontwikkeling en implementatie van geïntegreerde zorg te vergemakkelijken en om beter de doelstellingen van Triple Aim te kunnen halen, de werkomstandigheden van de actoren te verbeteren en gezondheidsongelijkheden te verminderen.

- De ministers van de federale overheid en de deelstaten hebben een gemeenschappelijke visietekst, het Plan en de Gids ondertekend waarin ze zich gezamenlijk engageren tot de ondersteuning van de

ontwikkeling van geïntegreerde zorg, met inbegrip van de implementatie van bijkomende maatregelen zoals degenen die gepresenteerd worden in actielijn 4 van het Plan. Door deze maatregelen zal de context evolueren, maar ze zullen niet leiden tot een verandering van visie.

**De te ontwikkelen initiatieven binnen de projecten zullen niet allemaal een significante impact kunnen realiseren binnen de vooropgestelde tijdshorizon van 3 à 4 jaar. Hoe kunnen ze geëvalueerd worden?**

- Om een progressieve implementatie van de 14 componenten (principes) die nodig zijn om geïntegreerde zorg te realiseren toe te laten, maar ook om hun zorg- en hulpaanbod aan te passen aan de behoeften van een gediversifieerde doelgroep van chronisch zieken (diverse pathologieën, diverse leeftijdsklassen, diverse niveaus van autonomie, diverse comorbiditeit of multimorbiditeit,...), zullen de projecten in de loop van de 4 jaar van uitvoering van hun actieplan, moeten innoveren in verschillende domeinen en verschillende initiatieven moeten nemen. Deze initiatieven zullen niet afzonderlijk geëvalueerd worden, maar als geheel, op basis van de Triple Aim doelstelling. De centrale doelstelling binnen elk project bestaat er immers uit om, op lange termijn, 'Triple Aim' (het verbeteren van de kwaliteit van leven van de patiënt en zijn/haar omgeving, het verbeteren van de algemene gezondheid binnen de bevolking, het efficiënter inzetten van de beschikbare middelen) te realiseren binnen een bepaalde zone.

- De wetenschappelijke equipe die de vooruitgang zal evalueren die in de eerste 4 jaar geboekt werd, zal gevraagd worden om eveneens rekening te houden met initiatieven die genomen werden, maar waarvan de concrete effecten slechts op lange termijn kunnen gemeten worden. Zij zullen kunnen geëvalueerd worden voor wat betreft structuur en proces, maar zullen nog niet vertaald kunnen worden naar resultaten.

**Is een administratieve overlast te verwachten?**

- Een van de voornaamste rollen van de projectcoördinator bestaat in het creëren van een administratief kader (in de brede zin van het woord, met inbegrip van de manier van overleg en afspraken maken tussen de verschillende partners) binnen het project. Dit zal gedekt worden door een specifieke financiering.

- Aan de actoren op het terrein zal inderdaad gevraagd worden om hun activiteiten binnen het project te 'registreren'. Deze doelstelling kan evenwel gerealiseerd worden zonder administratieve overlast, onder andere door gebruik te maken van de beschikbare data in de facturatie en/of het zorgdossier van de patiënt.

- Om een adequate en objectieve evaluatie (zowel intern als extern) van de projecten mogelijk te maken, is dataverzameling noodzakelijk. Op projectniveau zal deze dataverzameling deel uitmaken van de algemene coördinatie-opdracht binnen het project.

**Wat zijn de gevolgen in termen van institutionele bevoegdheden als de innovatieve initiatieven leiden tot een verschuiving van activiteiten tussen actoren die afhangen van verschillende overheden ?**

- Het principe van de budgetgarantie laat verschuivingen toe van activiteit tussen actoren die afhangen van verschillende overheden, maar de componenten van geïntegreerde zorg die de projecten moeten ontwikkelen zijn voor het grootste gedeelte (met uitzondering van het luik preventie) niet gebonden aan een specifiek beleidsniveau.

- Het merendeel van de componenten vragen een investering van alle actoren, zowel van de eerste, tweede of derde lijn, als van de zorgsector of van de welzijnssector: empowerment van de patiënt, ondersteuning

van de omgeving van de patiënt, case-management, overleg en coördinatie tussen actoren, transmurale continuïteit, change management, kwaliteitscultuur, geïntegreerd patiëntendossier, risicostratificatie,...

### Projectcoördinator

#### **Mag de projectcoördinator een wetenschappelijke medewerker van een hogeschool/kennisinstelling/universiteit zijn?**

- De aanstelling van de projectcoördinator is een beslissing die gezamenlijk door het consortium dient genomen te worden. Met andere woorden, indien alle partners binnen het consortium hiermee akkoord gaan, kan de projectcoördinator een persoon zijn die wetenschappelijk medewerker geweest is in een academische instelling. Let wel, deze projectcoördinator moet tijdens de fase van de conceptualisatie ten minste halftijds ter beschikking staan van het project en voltijds vanaf de uitvoeringsfase, waarbij er tijdens de uitvoeringsfase dus geen mogelijkheid is om ander wetenschappelijk werk te combineren.

- Deze project coördinatiefunctie is geen wetenschappelijk werk. Bovendien wordt ten sterkste aangeraden dat de aangestelde projectcoördinator voldoende inzicht heeft in de regio (bv. Welke potentiële partners daar actief zijn) alsook enige ervaring heeft in project- en netwerkmanagement.

### Governance

#### **Hoe moet men de governance zien, tijdens de conceptualisatiefase en tijdens de uitvoeringsfase?**

- Het is belangrijk om een werkbare governance structuur op te zetten; zowel tijdens de conceptualisatiefase waarin het locoregionaal actieplan wordt uitgewerkt als tijdens de uitvoeringsfase. De governance op deze 2 niveaus kan/zal verschillen aangezien ook de opdrachten anders zijn. De projecten zijn vrij om te kiezen hoe ze deze governance juridisch willen inbedden. Wij verwachten ten minste een feitelijke vereniging bij de start van de uitvoeringsfase, maar het mag ook een vzw structuur zijn. In de conceptualisatiefase zijn er geen verwachtingen qua juridische governance structuur. Het opzetten van een juridische structuur in deze fase kan tijdrovend zijn, zonder zekerheid dat het project overgaat naar de uitvoeringsfase. Wanneer er statuten worden opgesteld moet men rekening houden met de informatie in het Plan en de Gids en mogen er dus geen tegenstrijdigheden opduiken. Aangezien pas in de loop van de conceptualisatiefase de governance voor de uitvoeringsfase alsook het loco-regionaal actieplan zal opgesteld worden, kan de samenstelling van de governance structuur nog veranderen, en kunnen er nog wijzigingen nodig zijn in de juridische structuur.

#### **Op welke manier zal de ontwikkeling van de klinische ziekenhuisnetwerken in het kader van de geplande hervorming van het ziekenhuislandschap afgestemd worden met de pilootprojecten geïntegreerde zorg?**

Het is inderdaad zo dat de evoluties binnen het ziekenhuislandschap een impact zullen hebben op de projecten geïntegreerde zorg. Gezien de hervorming van het ziekenhuislandschap en de pilootprojecten Geïntegreerde Zorg dezelfde logica en uitgangspunten volgen (bv. optimalisering samenwerking en coördinatie in een afgelijnde regio), verwachten we hier geen problemen. Het zal de taak van de consortia zijn om tijdens de uitvoeringsfase van de pilootprojecten de hervormingen van het ziekenhuislandschap af te stemmen met de projectplannen van de pilootprojecten.

## Financiering

### **Wat wordt begrepen onder een gezamenlijk financieel beheer van de middelen van het project?**

- Zoals aangegeven in de gids voor pilootprojecten, moeten kandidaten een gezamenlijke governance structuur oprichten, alsook een gezamenlijk financieel beheer van de middelen van het project voorzien. Dit laatste betekent een centraal beheer van het forfaitair budget van 150.000 euro op jaarbasis voor projectcoördinatie tijdens de uitvoeringsfase, maar ook, minstens, dat de financiële impact van de initiatieven binnen het project, alsook de efficiëntiemarge die mogelijks gegenereerd wordt, centraal beheerd worden. De keuze van nieuwe initiatieven die gefinancierd kunnen worden met de vrijgekomen middelen vanuit de efficiëntiemarge moet gezamenlijk beslist worden. Dit betekent echter niet dat alle inkomsten, bijvoorbeeld de tegemoetkomingen van ziekenfondsen, moeten passeren via het project.

### **Welk budget wordt voorzien voor de coördinatie van de projecten?**

- Tijdens de uitvoeringsfase van de projecten wordt 150 000 per jaar voorzien. Dit budget is bedoeld om een fulltime projectcoördinator aan te stellen. Ook hier wordt ongeveer de helft van het budget voorzien voor de coördinator, terwijl de rest van het bedrag kan gebruikt worden voor andere kosten van de coördinatie van het project: werkingskosten van de coördinator, diverse administratieve kosten, prestaties van een bijkomende persoon ter ondersteuning van de coördinator, enz.

### **Hoe deze projecten verzoenen met de projecten 'hervorming van de ziekenhuisfinanciering' ?**

- Indien het proefproject ziekenhuisfinanciering betrekking heeft op zorgprocessen buiten de scope van het project 'geïntegreerde zorg', bijvoorbeeld 'bevallen', kunnen de beide projecten onafhankelijk van elkaar functioneren;

- Indien het proefproject ziekenhuisfinanciering betrekking heeft op zorgprocessen die deel uitmaken van de zorg voor chronisch zieken – zoals bijvoorbeeld oncologische behandeling aan huis

– dienen uiterlijk wanneer het pilootproject zich richt tot patiënten met de betrokken aandoening

– de activiteiten in het kader van het proefproject en deze in het kader van het pilootproject op geïntegreerde wijze aangeboden te worden. De zorg dient immers naadloos te verlopen voor de patiënt. Dit impliceert dat

– reeds tijdens de conceptualisatiefase of vanaf het ogenblik dat een proefproject wordt toegewezen aan het ziekenhuis dat deel uitmaakt van een pilootproject - afspraken worden gemaakt op niveau van de governance van de projecten over de wijze waarop deze integratie zal plaatsvinden en de wijze waarop de budgetgarantie, die slechts eenmaal toepasbaar is, in de praktijk zal worden aangewend.

### **Op welke manier zal het Budget Financiële Middelen (BFM) van de ziekenhuizen worden meegenomen in de berekening van de budgetgarantie?**

Hierin dient een onderscheid te worden gemaakt tussen het variabel en vast deel van het BFM.

Voor wat betreft het variabel deel van het BFM zal dit worden meegenomen in de berekening van de budgetgarantie. Het vast gedeelte (de budgettaire twaalfden) van het BFM zal niet worden geïntegreerd in deze berekening.

Van een ziekenhuis kan wel worden verwacht dat zij middelen (binnen het vast gedeelte) inzetten ten behoeve van het project (bv. medewerkers, ICT, lokalen, vorming, ondersteuning, ...) alsook efficiëntiewinsten die kunnen worden gerealiseerd in de kosten van het ziekenhuis bvb. onder vorm van

minder te presteren werkuren door vermeden opnames. Deze middelen zouden niet extra vergoed moeten worden uit het project aan het ziekenhuis vermits deze kosten zijn reeds gedekt en betaald via het vast gedeelte (80 % van budget).

### **Zal een verhoogde efficiëntie op niveau van een project ook een invloed hebben op het nationaal gemiddelde, en op die manier ook een impact hebben op de berekening van toekomstige efficiëntiewinsten op projectniveau?**

Aangezien er bij de berekening van mogelijke efficiëntiewinsten een vergelijking wordt gemaakt tussen de reële kost voor de doelgroep populatie in de betrokken regio van een project én het nationaal gemiddelde voor die doelgroep populatie in geheel België (genormaliseerd volgens bepaalde parameters) bestaat het risico dat dit nationaal gemiddelde heel geleidelijk zal dalen, waardoor de mogelijke efficiëntiewinst voor een project ook kleiner zal worden. Deze daling van het nationaal gemiddelde is rechtstreeks te wijten aan een verhoogde efficiëntie werking binnen de pilootprojecten geïntegreerde zorg. Er wordt echter wel verwacht dat de werking van de pilootprojecten geïntegreerde zorg jaar na jaar efficiënter blijft dan het nationaal gemiddelde, waardoor efficiëntiewinsten gedurende gans de uitvoeringsfase mogelijk zullen blijven.

## Prefinanciering

### **Is prefinanciering nodig?**

Prefinanciering kan nodig zijn indien er investeringskosten moeten gemaakt worden om bepaalde innovatieve acties op te zetten. Dit kan nodig zijn in afwachting van efficiëntiewinsten aangezien efficiëntie winsten vanuit de Ziekte en Invaliditeitsverzekering pas uitgekeerd kunnen worden vanaf september 2018 (overbrugging van minstens 15 maanden) of indien jullie kosten hoger zijn dan jullie efficiëntiewinsten.

Eerst en vooral moet nagedacht worden welke acties het consortium wenst uit te rollen en wanneer. U hoeft niet alle acties vanaf het begin van het project op te starten, het is een progressief proces. Op basis van de acties, kan gedefinieerd worden welke middelen- menselijke en financiële- nodig zijn. Uw planning is het beste instrument om de behoefte aan prefinanciering te kunnen inschatten.

Geef prioriteit aan innovatieve acties die een grote impact kunnen hebben op korte termijn.

U kan ook investeringskosten vermijden door gebruik te maken van en beroep te doen op bestaande projecten, zorgvormen, netwerken, enz. Bij het in kaart brengen van de beschikbare middelen hebt u daar al een duidelijker beeld van gekregen en is het ook mogelijk om snel inefficiënties te identificeren en te remediëren.

Dan kan u bekijken binnen uw consortium of er middelen zijn die jullie op korte termijn kunnen vrijmaken (vb door fusie/groepering van gelijkaardige activiteiten zoals permanentie, duplicatie van taken vermijden...).

Problematiek rond prefinanciering kan dus pas opgemerkt worden wanneer een financiële planning en berekening binnen jullie consortium is gemaakt en uw nood aan prefinanciering becijferd is.

### **Zijn er alternatieve financieringsbronnen?**

Indien investeringskosten en prefinanciering nodig zijn om sommige innovatieve acties op te zetten, kan u alternatieve financieringsbronnen zoeken.

Denk eerst aan instanties die een meerwaarde kunnen vinden in het project. Zoek naar 'win-win' situaties: mensen die interesse hebben om te investeren in het project om een later voordeel te bekomen.

Hieronder een lijst van mogelijke alternatieve financieringsbronnen die kunnen geraadpleegd worden om de investeringskosten te prefinancieren (onder de vorm van een bijdrage/subsidie /lening/gift):

- Europese fondsen
- Lokale overheden
- Privé-organisaties (ook in kader van maatschappelijk verantwoord ondernemen)
- Sociale investeringsfondsen

### Scope : Triple Aim – 14 Componenten

#### **Waarom niet klein beginnen, met een beperkt aantal componenten of een doelgroep die beperkt is tot één pathologie of een beperkt aantal partners?**

- Sinds meer dan twintig jaar zijn er initiatieven genomen voor chronisch zieken of om de continuïteit van de zorg te bevorderen of om multidisciplinair werk te ondersteunen, zowel op microniveau (nieuwe vormen van zorg voor de patiënt) als op mesoniveau (verschillende vormen van overlegstructuren): pilootprojecten, revalidatie-overeenkomsten, nieuwe functies binnen bestaande structuren, overlegplatformen,... voor patiënten met diabetes, multiple sclerose, chronische pijn, parkinsonisme, kanker, nierinsufficiëntie, voor ouderen, psychiatrische patiënten, palliatieve patiënten,...

- Deze vermenigvuldiging van specifieke initiatieven heeft het gefragmenteerde en complexe karakter van het zorgaanbod versterkt. De benadering van geïntegreerde zorg wil maximaal gebruik maken van de ervaring en expertise die in deze verschillende domeinen ontwikkeld werd ten voordele van iedereen, synergiën creëren en overbodigheden beperken, de problematiek van multimorbiditeit meer aandacht geven en de ongelijkheden verminderen die door een ziekte-specifieke benadering veroorzaakt worden ('inequity by disease').

#### **Waarom 14 componenten samen?**

- Deze 14 componenten worden beschouwd als noodzakelijk om geïntegreerde zorg te ontwikkelen, rekening houdend met ons huidig zorg en welzijnssysteem.

- Er is pas geïntegreerde zorg als er integratie is op niveau van de patiënt en zijn omgeving, op niveau van zorgverleners en op niveau van de noden en middelen op populatieniveau.

- Van de projecten wordt dus gevraagd dat ze verschillende acties initiëren die samen een verbetering van de zorg toelaten in de 14 domeinen die deze componenten bestrijken. Dit betekent niet dat 'het maximum niveau' voor elke component bereikt moet worden in 4 jaar, maar wel dat vooruitgang moet geboekt worden in deze verschillende domeinen.

#### **Waarom is er een verschil tussen 18 componenten in het Plan en 14 componenten in de Gids ?**

- Het plan geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid identificeert 18 componenten die nodig zijn om tot een systeem van geïntegreerde zorg te komen. Vier componenten situeren zich op 'macro' niveau (politiek): de vorming van professionals in multidisciplinair samenwerken en hoe patiënten empoweren, de vorming van professionals in geïntegreerde zorg, de attractiviteit van de gezondheids- en welzijnsberoepen, en het meten van de performantie van het gezondheidssysteem.

- Deze 4 dimensies kunnen wel teruggevonden worden in de projecten zelf (door bijvoorbeeld een herorganisatie van zorg en welzijn binnen een project kan het zijn dat de werkomstandigheden van professionals verbeteren en dus een impact heeft op de beroepsattractiviteit, of een project kan extra aandacht besteden aan werkomstandigheden en kennis van geïntegreerde zorg...). Deze 4 componenten worden niet beschouwd als verplichting om door de projecten zelf uitgevoerd te worden. Er wordt dus niet gevraagd van de projecten om specifieke maatregelen te nemen om deze 4 componenten te ontwikkelen.

- De tevredenheid van de actoren tegenover de veranderingen die door het project in gang gezet worden, moet echter wel een aandachtspunt blijven (want dit biedt een garantie voor de duurzaamheid van de verandering). Dit impliceert het zoeken naar een verbetering van de arbeidsomstandigheden (en dus van de levenskwaliteit in het algemeen) van de actoren. Dit punt zal weerhouden worden in het kader van de evaluatie van de projecten, met hetzelfde gewicht als de verbetering van de levenskwaliteit van de chronisch zieken.

#### **Waarom een 24u/24u permanentie voorzien?**

- Geïntegreerde zorg veronderstelt een continuïteit in de zorgen; er moet een garantie geboden worden dat de patiënt niet op zichzelf is aangewezen in noodsituaties die een professionele interventie vereisen.

- Het is niet de bedoeling dat het project een eigen wachtsysteem/permanentiedienst opstelt. Wel wordt er verwacht dat er wordt samengewerkt met bestaande permanentiediensten (wachtpost, urgentiediensten, MUG,...). De samenwerkingsmodaliteiten zullen meer bepaald de communicatie preciseren tussen de permanentiediensten en de partners van het project, tot welke informatie de permanentiediensten toegang hebben, hoe het project op de hoogte wordt gebracht na eentussenkomst van een permanentiedienst,...

### **Doelgroep**

#### **Waarom een doelgroep?**

Het uiteindelijke doel van deze pilootprojecten is om op termijn geïntegreerde zorg te ontwikkelen voor alle chronische patiënten binnen een bepaalde pilootregio. Hiertoe dient deze pilootregio stapsgewijs 14 componenten van geïntegreerde zorg uit te werken over een periode van 4 jaar aan de hand van gerichte acties en initiatieven binnen de regio. Hiervoor is het van start gaan met een meer afgelijnde populatie aangewezen gezien het grote aantal personen met een chronische aandoening. Vanuit deze visie wordt dan ook gevraagd om een initiële doelgroep te specificeren binnen de groep van chronisch zieken. Deze initiële doelgroep omvat minstens 1000 personen met een chronische aandoening.

#### **Welke pathologieën kunnen in aanmerking komen als doelgroep?**

- Het is belangrijk te benadrukken dat binnen de visie van geïntegreerde zorg de klemtoon ligt op een niet ziektespecifieke benadering. Met andere woorden: de nadruk ligt op wat het chronisch ziek zijn betekent voor de persoon zelf en zijn omgeving, de ervaring vanwege de zieke omtrent de zorg die hij krijgt, de manier waarop de zorg hier mee omgaat, de processen die maken dat men vertrekt van wat de patiënt als belangrijk ervaart, de evaluatie of de zorg die aan deze patiënten wordt besteed in goede balans is met de zorg voor andere doelgroepen; worden de patiënten met meest complexe zorgnood geïdentificeerd en wordt hun casemanagement verzekerd, wordt er voldoende ingezet op mogelijkheden van zelfzorg en de mogelijkheden om het aantal toekomstige patiënten te reduceren door in te zetten op preventie. Het gaat



er dus niet om dat een project specifiek beoogt de zorg voor een specifieke patiëntengroep te verbeteren, maar het kan wel starten met een afgeleide groep.

- De door het project te ontwikkelen acties voor de uitrol van de 14 componenten moeten kunnen toepasbaar zijn voor personen met verschillende soorten pathologieën (zowel voor iemand met diabetes, als iemand met een zeldzame ziekte, als iemand met astma, als iemand met ...) en op termijn voor alle chronische ziektebeelden en multimorbiditeit. Om dit te realiseren kan men een initiële doelgroep selecteren op verschillende manieren. Ofwel kiest men een initiële doelgroep bestaande uit personen die geselecteerd zijn op basis van niet pathologiegerichte criteria (enkele voorbeelden: polymedicatie, zorgzwaarte, frequente zorgverbruikers,...), ofwel kiest men een initiële doelgroep die zich richt op verschillende chronische pathologieën (minstens 2) die toelaten dat de acties die worden ontwikkeld tegelijkertijd op beide groepen toepasbaar zijn en uitbreidbaar.

### **Waarom multi-pathologie doelgroepen?**

- De componenten voor geïntegreerde zorg betreffen een aantal (internationaal afgetoetste) brede principes waarmee geïntegreerde zorg kan gerealiseerd worden in de praktijk en zijn onafhankelijk van een bepaalde pathologie. Ze laten toe om binnen de projecten een meer globale aanpak te introduceren, gericht op een brede populatie (en dus schaalvoordelen).

- Daarnaast is de visie van geïntegreerde zorg gebaseerd op een persoonsgerichte benadering, waarbij de noden en behoeften van de patiënt centraal staan. Deze noden en behoeften verschillen van persoon tot persoon en staan bijgevolg los van een specifieke pathologie.

- Bovendien bestaat het risico dat een ziektegedreven aanpak een (te) nauwe focus hanteert in de ontwikkeling van hun zorg- en hulpverlening, waardoor de ontwikkelde dienstverlening binnen het project moeilijk te veralgemenen zijn naar een bredere doelgroep of populatie. Hierdoor kunnen bepaalde ziektegerichte programma's nieuwe ongelijkheden creëren tussen groepen van patiënten met een gelijkaardige functionele beperking of zorgnood ('inequity by disease')

- Tot slot beantwoordt een ziektegerichte aanpak vaak niet aan de uiteenlopende noden en behoeften van patiënten met meerdere (chronische) aandoeningen (multimorbiditeit)

### **Waarom geen doelgroep gebaseerd op leeftijd?**

- Vooreerst wordt hiermee vermeden dat een patiënt uitgesloten wordt van het project op basis van leeftijd

- Daarnaast biedt het meer kans aan de projecten om ook initiatieven te ontwikkelen rond preventie en gezondheids promotie.

- Tot slot wordt hiermee het gevaar van risicoselectie (i.e. het selecteren van patiënten op basis van bepaalde leeftijdsgebonden risicofactoren) binnen een project geminimaliseerd.

## **Consortium**

### **Hoe vindt men geïnteresseerde partners in de regio ?**

- De projectoproep wordt wijd verspreid: zowel naar de zorgverleners als naar welzijnsactoren. A priori worden dus veel personen op de hoogte gebracht met inbegrip van de lokale overheden.

- De federale overheid en de deelstaten ondersteunen de lokale initiatieven om potentiële partners samen te brengen door het ter beschikking stellen van contactgegevens van mogelijke gekende actoren. Ook kunnen de overheden informatie komen geven of vragen beantwoorden op samenkomsten van mogelijke partners, indien dit gevraagd wordt.

#### **Waarom moet er gestreefd worden naar 'een maximaal' aantal partners ?**

- Op die manier kunnen de aanwezige middelen (ervaring en expertise) het best ingezet worden en wordt het risico beperkt dat bepaalde diensten, structuren, enz. die reeds bestaan opnieuw worden ontwikkeld.

- Dit betekent evenwel niet dat alle partners binnen het project op dezelfde manier betrokken dienen te zijn binnen het project. Niet elke partner moet zorg verlenen aan elke individuele patiënt, of advies geven over de aanpak van elke individuele patiënt. Het overleg op microniveau betreft dus een beperkt aantal actoren die in direct contact staan met de patiënt.

- Tot slot dient opgemerkt te worden dat de mogelijkheid bestaat om doorheen van de uitvoering van het project nog extra partners te betrekken indien dit relevant is voor het behalen van de projectdoelstellingen binnen de regio/zone.

#### **Kan een actor aan meerdere projecten deelnemen ?**

- Een actor die werkzaam is op een grondgebied dat de afbakening van 1 projectzone overstijgt (zoals een beroepsvereniging, patiëntenvereniging, mutualiteit,...) kan betrokken zijn bij meerdere projecten.

- Een zorgverlener in direct contact met de omgevende bevolking kan daarentegen slechts deelnemen aan het beheer van 1 project in deze zone.

- Dit betekent niet dat er geen specifieke akkoorden kunnen gesloten worden 'buiten de zone van het project', bijvoorbeeld voor zeer gespecialiseerde zorg, maar dergelijke partners hoeven daarom geen 'beslissers' te zijn in de organisatie van de zorg in een specifieke activiteitenzone.

#### **Mag een ziekenhuis/instelling aan 2 of meerdere projecten deelnemen?**

- Idealiter wordt gewerkt met een geografische verankering in de pilootregio, en maakt het ziekenhuis/instelling deel uit van deze pilootregio. Desalniettemin hebben ziekenhuizen vaak een grotere en andere attractiviteitszone, of is er geen ziekenhuis aanwezig binnen de pilootregio. Wij raden de ziekenhuizen aan om, in de mate van het mogelijke, aansluiting te zoeken bij één project als volwaardig lid van een consortium binnen een bepaalde pilootregio. Dit belet echter niet dat een ziekenhuis/instelling samenwerkingsverbanden kan aangaan met andere projecten voor specifieke taken waarvoor deze projecten nood hebben aan bijkomende partners.

#### **Mag een project meerdere ziekenhuizen includeren in zijn consortium?**

- De bedoeling op lange termijn is de inclusie van alle actoren vanuit de pilootregio. Alle ziekenhuizen binnen de regio kunnen dus zeker deelnemen aan een zelfde project. Het project mag bovenop ook nog samenwerken met partners (o.a. ziekenhuizen) buiten de regio.

#### **Kan men beroep doen op actoren m.b.t. zorg en welzijn buiten de zone, eventueel zelfs in het buitenland?**

- Patiënten hebben uiteraard de keuze om beroep te doen op actoren buiten het project (zie keuzevrijheid patiënt) zowel voor zorg die niet voorhanden is in het project, als voor zorg die wel wordt georganiseerd door het project, maar waar de patiënt kiest om ergens anders te gaan.

- Projecten kunnen zelf samenwerkingsverbanden aangaan met actoren buiten de zone (mesoniveau) voor specifieke zorg die niet beschikbaar is in de activiteitenzone.

### **Hoe omgaan met actoren binnen de geografische zone die niet deelnemen aan het project ?**

- De patiënt heeft de keuze om ook beroep te doen op actoren die niet aan het project deelnemen.

- In de loop van de tijd kan het project uitgebreid worden met bijkomende partners.

- Projecten kunnen zelf samenwerkingsverbanden aangaan met actoren buiten de zone (mesoniveau) voor specifieke zorg die niet beschikbaar is in de activiteitenzone.

### **Hoe kan een individuele zorgverstrekker of kleine organisatie/structuur deelnemen aan een project?**

- Om zorg te verlenen aan een populatie van enkele duizenden patiënten, heeft het over het algemeen geen zin om met individuele verstrekkers of kleine geïsoleerde structuren te werken, bijvoorbeeld een onafhankelijke kinesitherapeut.

- Indien echter meerdere individuele zorgverstrekkers of kleine organisaties/structuren samen in staat zijn om binnen de zone vergelijkbare prestaties kunnen aanbieden (bv. een groep van zelfstandige kinesitherapeuten), kunnen deze actoren een meerwaarde betekenen voor het project voor de ontwikkeling van vernieuw(d)e/alternatieve zorg- en hulpverleningsvormen binnen de zone. Een individuele zorgverstrekker of kleine organisatie/structuur die wenst deel te nemen aan het project heeft er bijgevolg alle belang bij op zoek te gaan naar 'peers' waarmee zij kunnen samenwerken en zo gezamenlijk hun diensten kunnen ter beschikking stellen aan het project. Dit kan concreet zowel op een formele manier gerealiseerd worden, bijvoorbeeld via het oprichten van een 'koepel' (bv. Professionele vereniging of een andere overlegstructuur), als op een informele manier.

- De oprichting van een dergelijke 'groepering van individuele zorgverstrekkers of organisaties/structuren als 'vertegenwoordiger' in het project stelt deze actoren eveneens in staat om maximaal betrokken te zijn in het kader van het project zonder dat zij hiertoe elk afzonderlijk dienen deel te nemen aan alle vergaderingen en overlegmomenten tussen de projectpartners.

### **Hoe aan privéactoren vragen om mee te werken op vrijwillige basis? Hoe aan de reeds overbelaste terreinactoren vragen om tijd te besteden aan een nieuw project?**

- Het gaat hier niet over 'meewerken op vrijwillige basis', maar over zoeken naar 'win-win' situaties.

- Er wordt niet verwacht dat men 'meer' werkt, maar wel dat men werkt op een 'andere manier' om zo nieuwe formules te vinden die het welzijn van de patiënt verbeteren en ook de mogelijkheid bieden om de gezondheid van de populatie te verbeteren en tegelijkertijd ook de tevredenheid van de zorgverleners verhogen ( omdat hun patiënten meer tevreden zijn, omdat ze zich meer kunnen toelagen op nuttige taken, en omdat ze meer tijd voor zichzelf hebben, omdat ze efficiënter kunnen werken, ...)

- Daarenboven is het een kans om mee te werken aan een innovatief project die de aanleiding kan zijn tot een beter en duurzamer gezondheidzorgsysteem waarbij ook rekening wordt gehouden met hun ideeën en bekommernissen.

## **Waarom is de aanwezigheid van een ziekenhuis weerhouden als verplichte partner binnen een project?**

### **Voor verschillende pathologieën kan de 1ste lijn immers de regie op zich nemen?**

- Vandaag de dag doen een groot aantal patiënten met een chronische ziekte of beperking nagenoeg geen beroep op zorg binnen de muren van het ziekenhuis. Vele patiënten beschikken over voldoende capaciteiten en motivatie om hun zorg en hulpvraag in eigen handen te nemen. Er is dan ook weinig reden om het ziekenhuis te betrekken in het "case management" van deze patiënten.
- Daartegenover staat dat veel patiënten met een chronische aandoening of beperking een verhoogde kans hebben op het ontwikkelen van comorbiditeit, complicaties of de ontwikkeling van polypathologieën binnen de eerste 5, 10, 15, 20 of 30 jaar.
- Het past niet binnen de filosofie van het plan geïntegreerde zorg om patiënten uit te sluiten van het project vanaf het moment dat een verhoogde zorgcomplexiteit een hospitalisatie noodzaakt. Vanuit die gedachte is de aanwezigheid van een ziekenhuis als noodzakelijke partner binnen het project van essentieel.

### **Wat is de rol van patiëntenverenigingen in de projecten ?**

- De stem van de patiënt en de patiëntgerichtheid moet in elk project duidelijk zijn. Het is nodig om bij de voorbereiding van het project de patiënt(vereniging) te betrekken en te bekijken welke betrokkenheid kan aangeleverd worden door de patiëntenvereniging ( rekening houdend met hun expertise, logistieke mogelijkheden,...).
- Er is geen vooraf bepaalde rol voor de patiëntenverenigingen, net zoals er geen is voor de andere partners. De eerste vraag die moet gesteld worden is: wat zijn de huidige diensten en prestaties die de patiëntenverenigingen als partners van het project kunnen aanbieden en hoe kan dit bijdragen aan het project?
- De tweede stap is de vraag welke andere diensten en prestaties de patiëntenverenigingen kunnen aanbieden in het kader van het project (alleen of in samenwerking met andere partners) en onder welke voorwaarden, rekening houdend met hun ervaring, hun expertise, hun logistieke middelen enz. zijn deze nieuwe diensten relevant voor het project en gewenst door alle partners? Heeft het project de mogelijkheid om de noodzakelijke voorwaarden te creëren voor deze nieuwe prestatievormen?
- De patiëntenverenigingen kunnen dus ofwel synergiën creëren tussen wat ze vandaag aanbieden en diensten of prestaties die door andere partners aangeboden worden, of nieuwe prestaties aanbieden die ontbreken in de activiteitenzone en belangrijk geacht worden voor het project. Een andere mogelijkheid is dat prestaties die vandaag aangeboden worden door andere partners overgenomen worden door patiëntenverenigingen, wanneer de projectpartners oordelen dat het meer relevant is om deze aan de patiëntenverenigingen toe te vertrouwen, zodat voor andere projectpartners tijd vrijkomt die dan anders kan besteed worden.
- Deze manier van herdenken van de rol van de patiëntenverenigingen is geldig voor alle projectpartners.

### **Hoe patiënten/mantelzorg en/of familieorganisaties includeren binnen het lokaal consortium?**

- Zoals bepaald in de Gids voor pilootprojecten dient ten minste een patiënten/mantelzorg of familievereniging betrokken te worden binnen het lokaal consortium van een kandidaat-project. Het is aan te raden dat kandidaat-projecten hiervoor zoveel mogelijk contact opnemen met de verschillende lokale verenigingen binnen hun regio. Hou hierbij in het achterhoofd dat ook patiëntenverenigingen met een

eerder 'ziektegerichte' focus, en dus voornamelijk werkzaam zijn rond één specifieke chronische pathologie (bv. diabetes, kanker), ook zeker betrokken kunnen worden binnen het lokaal consortium van een kandidaat-project. Met andere woorden, de vereiste 'multipathologie doelgroep (zoals omgeschreven in de Gids) belet NIET dat ook (eerder deze 'pathologie-specifieke') verenigingen deel kunnen uitmaken van het consortium van een kandidaat-project. Hun opgebouwde kennis en expertise kan immers bijdragen tot het ontwikkelen van verschillende acties en initiatieven ten aanzien van alle patiënten uit de doelgroep van het project. Bovendien zullen de verschillende overkoepelende patiëntenorganisaties (o.a. VPP en LUSS) ondersteuning bieden aan deze lokale verenigingen door hun kennis en expertise ter beschikking te stellen aan kandidaat-projecten bij de uitwerking van het locoregionaal actieplan tijdens de conceptualisatiefase. De specifieke invulling van deze ondersteuning tijdens de conceptualisatiefase wordt momenteel bekeken en zal later gecommuniceerd worden aan kandidaat-projecten.

- Een mogelijk alternatief voor het includeren van een 'formele' vereniging binnen het consortium van een project is het oprichten van een 'ad hoc' gebruikersgroep. Hierin kunnen onder andere patiënten en mantelzorgers (bv. vanuit de doelgroep van een project) rechtstreeks opgenomen worden binnen het consortium van een project, en mee aan de basis liggen bij het uitdenken en de ontwikkeling van gerichte acties en initiatieven die hun ten goede komen. Daarenboven kan een kandidaat-project op die manier ook een goed zicht krijgen op de specifieke noden en behoeften van deze personen.

- Tot slot is het belangrijk te vermelden dat kandidaat-projecten in de template voor interesseverklaring tevens kunnen aangeven welke lokale verenigingen zij reeds hebben gecontacteerd en/of welke zij nog wenst te contacteren in de toekomst (zie keuzemenu bij punt A6 in de lijst met toekomstige projectpartners). Hierin kan tevens de oprichting van een 'ad hoc' gebruikersgroep vermeld worden.

#### **Wat kan de rol van een kennisinstelling, hoge school, universiteit zijn in het project?**

- Kenniscentra/hogescholen/universiteiten kunnen opgenomen worden als partner binnen het consortium van een project, indien deze een concrete meerwaarde kunnen betekenen binnen het project en/of bepaalde expertise bezit in de uitwerking van een of meerdere componenten van geïntegreerde zorg (bijvoorbeeld in het kader van patiënt empowerment, methodieken omtrent de ontwikkeling van een kwaliteitscultuur, ondersteuning van een communicatieplan,...). Hiervoor is geen aparte financiering voorzien. Het is dus zeker mogelijk dat een "wetenschappelijke" instelling deel uitmaakt van het consortium van een project, maar het is dus niet de bedoeling dat de sturing en coördinatie van het project in handen van een wetenschappelijke instelling komt te liggen.

- De transversale wetenschappelijke evaluatie en begeleiding van alle pilootprojecten zal opgenomen worden door een extern wetenschappelijk team. Hiervoor zal een oproep worden verstuurd naar de verschillende universiteiten en hogescholen in ons land.

#### **Activiteitszone / Aantal inwoners**

##### **Waarom maar één project per zone?**

- Een van de doelstellingen van de pilootprojecten op de lange(re) termijn (i.e. een termijn die niet noodzakelijk overeenstemt met de voorziene 4 jaar uitvoering van de projecten) is dat een project zich richt op alle chronische patiënten binnen hun zone/regio en dat alle actoren van het terrein een visie ontwikkelen die gericht is op de behoeften van hun populatie.

- Daarnaast kan op die manier worden vermeden dat gelijkaardige initiatieven meerdere malen worden ontwikkeld binnen dezelfde zone/regio (bv. gelijktijdige initiatieven in het kader van gezondheidspromotie, ondersteuning van mantelzorgers, gedeeld multidisciplinair dossier, overlegvormen tussen zorgverstrekkers, enz.). Toelaten van meerdere projecten per zone zou niet efficiënt zijn en bijkomende complexiteit creëren voor de zorgactoren waarvan de patiënten in verschillende projecten geïncorporeerd kunnen zijn (bv. huisartsen, woonzorgcentra, actoren uit de thuiszorg, enz.).

### **Hoeveel patiënten includeren in het project ?**

- Volgens verschillende studies en analyses bedraagt het aandeel chronische patiënten binnen een populatie gemiddeld 27 à 50%. Doordat de projecten zich focussen op een regio/zone van ongeveer 100.000 inwoners kunnen deze projecten, op termijn (een termijn die niet noodzakelijk overeenstemt met de voorziene 4 jaar uitvoering van de projecten), hun aanbod afstemmen op potentieel tienduizenden (chronische) patiënten. Door vanaf de start te focussen op een beperkte doelgroep (bv. enkele honderden patiënten) bestaat immers het risico dat de ontwikkelde dienstverlening binnen het project te veel 'op maat' van bepaalde patiënten wordt ontwikkeld waardoor deze diensten zeer moeilijk (of zelfs niet) uit te rollen zijn op een grotere schaal (bv. ten aanzien van tienduizenden personen).

- Daarnaast is het ook belangrijk om van bij de start uit te gaan van een voldoende grote doelgroep zodat een adequate en objectieve evaluatie mogelijk is maar ook zodat de projectpartners zich effectief betrokken voelen bij het project.

- Daarom wordt aan de projecten gevraagd om zich te richten op een doelgroep die potentieel enkele duizenden patiënten vertegenwoordigt (in het besef dat ze deze patiënten slechts progressief in het project zullen kunnen includeren).

### **Waarom minimaal 75.000 inwoners ?**

- Verschillende (internationale) studies hebben aangetoond dat de algemene impact van een project, en de daaraan gekoppelde (efficiëntie)winsten, het grootst zijn wanneer de initiatieven binnen het project gericht zijn op een voldoende grote populatie (ongeveer 100.000/150.000 inwoners).

- Dit betekent echter niet dat alle actoren binnen een project geïntegreerde zorg zich 'moeten' richten op een populatie van 75.000 inwoners. Bepaalde lokale (bv. buurt- en wijkgerichte) initiatieven kunnen immers zeer waardevol zijn en blijven mogelijk, op voorwaarde dat ze ontwikkeld worden op meerdere plaatsen (bv. in verschillende buurten of wijken).

### **Is de voorwaarde dat de projecten een activiteitszone van 75.000 inwoners moeten dekken, nadelig voor landelijke gebieden ?**

- De huidige regelgeving van de federale overheid en van de deelstaten die hulp en zorg organiseren (normen, financiering,...) houden dikwijls geen rekening met de verschillen tussen stedelijke en landelijke gebieden. De pilootprojecten voor geïntegreerde zorg bieden de mogelijkheid om het aanbod aan te passen om meer rekening te houden met de lokale realiteit en de prioritaire behoeften van de bevolking.

- Als aan de projecten gevraagd wordt om de inefficiënties in het huidige systeem te identificeren en eroplossingen voor aan te brengen, betekent dit niet een 'rationalisatie' of concentratie van het aanbod. In bepaalde gevallen zal het nodig zijn om het aanbod te differentiëren of beter te verdelen over het territorium om de toegankelijkheid te verbeteren (dus verspreiding en niet concentratie).

- Een grotere zone zal het mogelijk maken om meer actoren en middelen te mobiliseren en ze beter te verdelen. Het bereik van de geografische zone beperken tot zones die vandaag onvoldoende middelen hebben, veroorzaakt een bestendiging van ongelijkheden in toegankelijkheid van de zorg, wat in tegenspraak is met de doelstellingen van de projecten. Het isoleren van zones die weinig of geen hulpverlening en gespecialiseerde zorg kunnen aanbieden (meer bepaald ziekenhuiszorg), zou betekenen dat deze zones geen project voor geïntegreerde zorg mogen ontwikkelen.

- De voorwaarde van een zone van minstens 75.000 inwoners is dus de beste manier om aan de landelijke gebieden de kans te geven om voordeel te halen uit de mogelijkheden die geboden worden door de projectoproep.