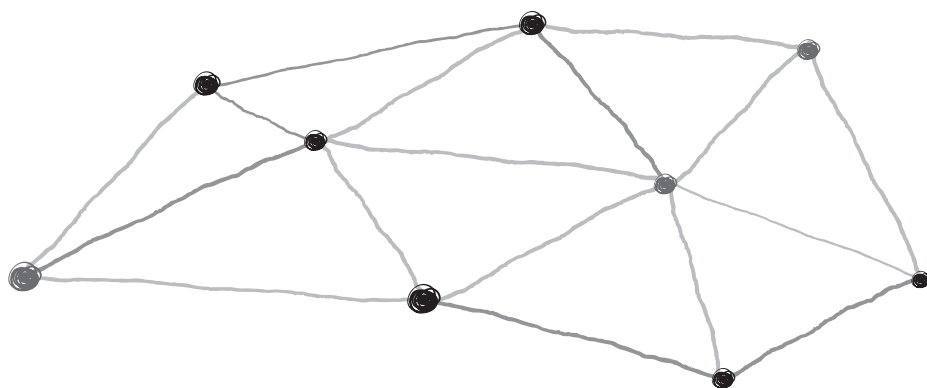


JO VANDEURZEN
STEF STEYAERT

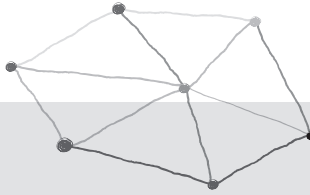
GEÏNTEGREERDE ZORG



WERKEN
aan
SAMENWERKEN

Lannoo
Campus

INHOUD



OVER DIT BOEK -- PEDRO FACON EN DIRK DEWOLF	6
EEN VERANDERENDE FOCUS	11
INLEIDING - ZORG IN TRANSITIE	15
<hr/>	
DEEL I - SAMENLEVEN IN SOCIALE NETWERKEN	25
TER DUIDING	29
<hr/>	
GEÏNTEGREERDE ZORG in een zorgzame buurt	31
GEÏNTEGREERDE ZORG voor mensen in armoede	43
GEÏNTEGREERDE ZORG zonder exclusieven	57
GEÏNTEGREERDE ZORG zonder wachtlijsten	67
DEEL II - TOOLS OM INTEGRALE ZORG TE REALISEREN	81
TER DUIDING	85
<hr/>	
TOOL 1: Een ethisch kompas voor geïntegreerde zorg	89
TOOL 2: Werken met netwerken en overlegplatformen	103
TOOL 3: Digitalisering en integrale zorg	115
TOOL 4: BelRAI voor het delen van informatie	129
TOOL 5: De brugfunctie van de zorgverzekeraar	143
TOOL 6: Herziening van de zorgfinanciering	161
TOOL 7: Een nieuw governance-model voor geïntegreerde zorg	175

DEEL III – INTEGRALE ZORG VANUIT VERSCHILLENDE PERSPECTIEVEN	187
TER DUIDING	192
PERSPECTIEF 1: Palliatieve zorg als pionier van geïntegreerde zorg	195
PERSPECTIEF 2: De huisarts als aanspreekpunt voor geïntegreerde zorg	209
PERSPECTIEF 3: Geïntegreerde zorg in het woonzorgcentrum	221
PERSPECTIEF 4: Gezinszorg als onmisbare schakel in geïntegreerde zorg	233
PERSPECTIEF 5: De plaats van thuisverpleging in geïntegreerde zorg	247
PERSPECTIEF 6: Geïntegreerde zorg is een 'sociaal werk'	257
PERSPECTIEF 7: Geïntegreerde zorg, winst voor de geestelijke gezondheid	267
PERSPECTIEF 8: Ziekenhuizen en de zorg van de toekomst	279
PERSPECTIEF 9: De aparte kijk van jeugdzorg op geïntegreerde zorg	291
PERSPECTIEF 10: De roep om geïntegreerde zorg voor jongeren met speciale noden	303
SAMENGEVAT – EEN ACTIVISTISCH PLEIDOOI VOOR INTEGRALE ZORG	317
TOT SLOT	344
DANKWOORD	345
OVER DE AUTEURS	346

OVER DIT BOEK

6

Over het waarom en het wat van geïntegreerde zorg is de voorbije jaren al heel wat geschreven. Velen met de handen in de zorg, of met de hoofden in het beleid, zijn overtuigd. Op politiek niveau werden initiatieven genomen om van overtuiging naar plan van aanpak te gaan – denk maar aan het plan voor geïntegreerde zorg dat de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid in 2015 goedkeurde. Het omzetten van het plan naar realiteit gebeurt met horten en stoten. Dat is voor een stuk onvermijdelijk, gezien de omvang en de vele dimensies die de omslag naar geïntegreerde zorg omvat: de facto raakt het aan zowat alle onderdelen van het gezondheidszorgbeleid, van organisatie, over financiering, tot gezondheidsberoeppenwetgeving, digitalisering, empowerment van de patiënt enzovoort.

Vele van deze onderdelen staan op zichzelf in hervormingssteigers. Die hervormingen zijn vaak fundamenteel van aard en vragen tijd, zeker in de incrementele beleidscultuur die we in België ook in de gezondheidszorg kennen. Om de resultaten ervan niet te moeten afwachten en toch al concrete gevolgen te kunnen geven aan het interministerieel plan, werden vanaf 2018 pilootprojecten opgestart: ondanks veel inzet en de zoektocht naar ad-hocoplossingen in afwachting van structurele ingrepen in het gezondheidszorgsysteem, voelt het voor vele betrokkenen aan als een bergop-verhaal. Hoe gaat dit verder? Ik voel de situatie, zowel wat de vele lopende hervormingen in de gezondheidszorg als de omslag naar geïntegreerde zorg betreft, aan als een puzzel: vele stukjes liggen op tafel, we hebben er al vele min of meer op hun plaats gelegd, hier en daar zien we al een beeld opduiken. Maar het blijft zoeken en zwoegen: we zitten nog niet in de eindfase, waarbij steeds sneller alle stukjes hun plaats vinden en de puzzelaar opgelucht en tevreden de vrucht van zijn inspanningen kan overschouwen.

De verdienste van dit boek is om ons, op basis van getuigenissen van sterkhouders in het beleid en werkveld van gezondheid, welzijn en sociaal werk, te herinneren aan ons einddoel. Het blijft niet hangen in conceptuele en theoretische beschouwingen over geïntegreerde zorg, maar past deze manier van denken en werken toe op concrete perspectieven, zoals die van de huisarts, de thuisverpleegkunde, de

gezinszorg enzovoort. Bovendien schuift het instrumenten naar voren, die niet alleen op papier, maar vandaag al in de praktijk bijdragen tot een meer geïntegreerde zorg – denk aan BelRAI, gegevensdeling enzovoort –, ook al ligt er nog veel werk op de plank.

Als beleidsmaker langs de overheidskant verwelkom ik dit boek. Het biedt synthese en perspectief. Het maakt ons – politieke beleidsmakers, ambtenaren, partners in het medicosociaal overlegmodel – er ook absoluut van bewust dat de omslag naar geïntegreerde zorg niet alleen sterk en aanhoudend engagement vereist, maar ook onze manier van beleidssturing zelf in vraag stelt: als we geïntegreerde zorg waar willen maken, dienen complexe detailregels, starre reglementering, gedateerde financieringselementen, het verkokerde overlegmodel enzovoort aangepast en ingepast te worden. Duidelijke doelstellingen en beleidskaders die meer vrijheid geven, maar ook verantwoordelijkheid én transparante verantwoording omvatten over hoe middelen van de samenleving zijn ingezet en welke resultaten voor de burger, sociaal verzekerde of patiënt werden behaald, zijn daarbij essentieel. Dat vereist een andere manier van denken van de beleidsmakers, van de partners in het medicosociaal overlegmodel, en van het werkveld.

Tussen droom en daad is daar nog heel wat werk aan de winkel, laat ons daar niet naïef over zijn. Maar we moeten er tegelijkertijd in geloven en aan werken. Niet toevallig is één van mijn favoriete spreuken: « *Point n'est besoin d'espérer pour entreprendre, ni de réussir pour persévérer.* »

Pedro Facon

Adjunct-administrateur-generaal RIZIV

8

Ons zorgsysteem staat vóór een grondige transformatie. En dit boek toont ten overvloede aan dat die hervorming nodig is om op onze vragen en problemen op het vlak van gezondheid en welzijn in deze 21^e eeuw een afdoende antwoord te kunnen geven. Het zijn immers vooral chronische aandoeningen die de kwaliteit van leven van onze oudere bevolking ondermijnen, terwijl onze jongeren en de actieve bevolking het meest last hebben van mentale gezondheidsproblemen. Dat laatstgenoemde fenomeen moeten we niet alleen als sector zelfkritisch, maar ook maatschappijkritisch durven benaderen.

Laat die twee genoemde probleemgebieden nu bij uitstek een geïntegreerd zorgaanbod vergen op verschillende levensdomeinen om een kwaliteitsvol resultaat te kunnen boeken. Zorgverleners uit verschillende disciplines en organisaties zijn, met andere woorden, nodig om tegenover de individuele noden en vragen van een persoon met een complexe zorgnood een gepast zorgantwoord te kunnen bieden. Het vertrekpunt blijft uiteraard de autonomie, de zelfzorg en de eigen herstelkracht van de persoon met een zorgnood, de mantelzorg en de vertrouwensfiguren in zijn directe omgeving. Maar vaak is professionele hulp en zorg aangewezen, en die wordt – evenals de zorgnood – ook complexer qua samenstelling en inhoud.

Ontschotting en ontkokering van de disciplines en sectoren wordt in dit boek terecht naar voren geschoven als een noodzakelijke voorwaarde om te komen tot persoonsgerichte, geïntegreerde zorg. Ook binnen de Vlaamse overheidsadministratie waren welzijn en gezondheid historisch uitgegroeid tot structureel verschillende entiteiten, elk geënt op een ander artikel van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 (de tweede staats hervorming). In 2023 maakt de Vlaamse overheid een begin met het rechtzetten van die scheefgroei door de integratie van ons agentschap Zorg en Gezondheid en het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Op decentraal vlak integreren de zorgraden de gezondheids-, de welzijns- en de sociale actoren (de lokale besturen inclusief) op het decentrale niveau van een eerstelijnszone. Ook Opgroeien en VAPH hebben zin in participatie in de zorgraden. Er beweegt dus wel een en ander op het structurele vlak.

Een andere rode draad die doorheen de hoofdstukken van dit boek loopt is de nood om het beleid dichterbij de burger, bij de persoon met een zorgnood te brengen. Inzake persoonsgebonden zaken moet het subsidiariteitsbeginsel ten volle kunnen spelen. Bovendien moeten preventie en curatie, eerste en tweede lijn, welzijn en

gezondheid vanuit één beleidsvoering gestalte kunnen gegeven worden. Laat ons niet rond de politiek hete brij blijven draaien: om een homogenisering van de zorgbevoegdheden te bewerkstelligen is een defederalisering van de gezondheidszorg nodig. Dat kan perfect zonder de intra-Belgische solidariteit op te geven door een systeem van transparante dotaties. Een verderzetting van het huidige beleid met de weinig doorzichtige bevoegdheidsverdeling impliceert enorm tijd- en energievretende pogingen om te komen tot een consensus over alle aspecten van een gemeenschappelijk beleid, en dat is niet langer houdbaar.

9

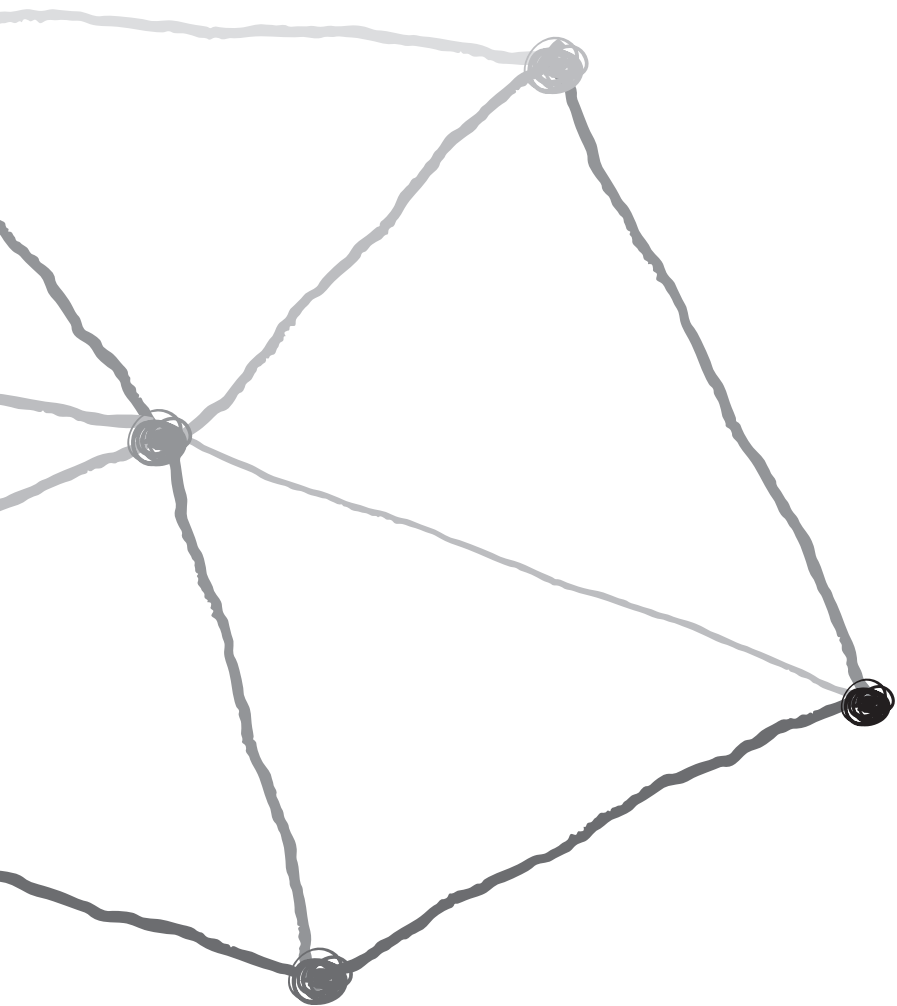
Naast de aandacht voor de persoonsgerichte zorg wint ook het populatiegericht denken veld: zorgstrategische planning, gezondheidsdoelstellingen, kwaliteitsindicatoren, organisatie op niveau van eerstelijnszones, ... We komen in een fase waarbij we meer en meer data zullen gebruiken om uitkomsten van zorg en menselijk gedrag tussen zorgregio's, eerstelijnszones of gemeenten onderling te vergelijken (cfr. de COVID-19-vaccinatiegraad in de Zorgatlas). Dit zal verder aanleiding kunnen geven tot reflectie en wijzigende beleidsvoering, zowel op het vlak van preventie als op dat van zorg.

Vlaamse ziekenhuizen zijn gestart met een regionale zorgstrategische planning: een met data onderbouwd plan dat moet aantonen dat de ambities en toekomstplannen van onze ziekenhuisnetwerken de zorgnoden van de door hen bediende bevolking volgen. Een dergelijk plan zal ook voorgelegd worden aan de betrokken zorgraden van de eerstelijnszones. Het is een startpunt voor meer doelmatigheid en populatiegerichtheid van het ziekenhuisbeleid. Idealiter kan zo'n zorgstrategisch plan uitgroeien tot een planningsinstrument voor alle actoren in welzijn, gezondheid en sociaal beleid in een bepaalde regio en kunnen op die manier ook infrastructuur- en werkingssubsidies geprioritiseerd worden.

De werven van de geïntegreerde zorg ogen misschien wat chaotisch, maar stap voor stap realiseren belanghebbenden en overheid samen het nieuwe zorgsysteem voor deze eeuw. Ongeduld en dissatisfactie bekruipen ons vaak bij noodzakelijke hervormingen, maar Oscar Wilde indachtig kunnen we stellen: ontevredenheid is de eerste stap van vooruitgang van een mens of volk.

Dirk Dewolf

Administrateur-generaal Agentschap Zorg & Gezondheid



EEN VERANDERENDE FOCUS

Een boek over integrale zorg, alweer? Wereldwijd zijn er al tienduizenden pagina's aan het onderwerp besteed. In Vlaanderen en België pleitten eminente stemmen zoals Jan De Maeseneer begin jaren 80 van de vorige eeuw al eenzaam roepend in de woestijn voor meer integrale zorg. En toch willen we daar – samen met alle medeauteurs in dit boek – nog een ruime driehonderd pagina's aan toevoegen. Waarom eigenlijk?

Het antwoord is simpel: we beleven een kantelmoment in ons zorgsysteem. Een kantelmoment dat nog alle richtingen uit kan. Wij geloven in de richting van méér samenwerking in zorg en welzijn, persoonsgericht en geïntegreerd. Maar het zijn woorden die zich vlot laten schrijven: in artikels en boeken, missie- en visieteksten, toespraken van ministers en andere belangrijke leiders. Maar wat betekenen ze echt? Hoe creëren we een referentiekader dat ons helpt te beslissen of we al dan niet stappen zetten richting meer geïntegreerde zorg voor personen met zorg- en ondersteuningsnoden? Hoe kunnen we handvatten aanreiken voor mensen en organisaties die de handen aan de ploeg willen slaan? Uit deze bekommernissen ontstond de idee voor dit boek. We vroegen enkele vooraanstaande stemmen in het Vlaamse zorg- en welzijnslandschap hun kijk op de realisatie van geïntegreerde zorg, nu en in de toekomst. Op die manier hopen we inspiratie te bieden voor iedereen die hierrond aan de slag wil.

De 23 medeauteurs van dit boek kregen twee vragen voorgelegd. Hoe realiseren jullie vandaag, met alle drempels en beperkingen, integrale zorg? Wat is er in de toekomst nodig om nog beter aan integrale zorg te werken? Uit de bijdragen kwam een beeld naar voren met een duidelijk verhaal en een heldere boodschap. Ja, het is mogelijk om stappen te zetten richting meer integrale zorg. De talloze 'good practices' in de verschillende bijdragen bewijzen dit. Maar om echt voluit te gaan voor integrale zorg is er meer nodig. Het vergt de realisatie van belangrijke randvoorwaarden die alle auteurs in dit boek in meer of mindere mate in hun teksten benoemen.

Hoe meer we de bijdragen thematisch bij elkaar plaatsten en de gemeenschappelijke rode draden benoemden, hoe meer het boek het karakter kreeg van een pamflet, een activistisch pleidooi voor de verdere realisatie van integrale zorg in Vlaanderen en België. Want doorheen de verschillende bijdragen kwamen altijd dezelfde boodschappen en aanbevelingen naar voren. Niet altijd de meest makkelijke. In sommige gevallen vragen ze verandering van paradigma's of patronen die al decennia vastliggen. Maar geen enkele van de voorgestelde transitie is onhaalbaar of onmogelijk. Bij alle betrokken actoren zagen we voldoende moed en bereidheid om verworvenheden en zekerheden los te laten. Zowel het beleid, de grote zorg- en welzijnsorganisaties en hun respectievelijke koepels als individuele zorg- en welzijnsactoren kunnen heel snel grote stappen richting meer integrale zorg zetten. We benoemen ze in het laatste deel van dit boek.

Leeswijzer

Na dit voorwoord en de inleiding waarin we het belang en de betekenis van integrale zorg kort duiden, volgen drie thematische delen. Elk van de drie delen wordt voorafgegaan door een geanonimiseerde getuigenis. **Deel I** omvat vier bijdragen over ruimere systemen (de buurt) of doelgroepen (mensen in armoede, mensen met een migratieachtergrond, mensen op wachtlijsten) waarbinnen integrale zorg bekeken moet worden of waar het zich toe moet verhouden. In **Deel II** volgen zeven bijdragen die inzoomen op tools of instrumenten om integrale zorg te realiseren. Van het hanteren van een ethisch kompas en werken in netwerken over governanceniveaus tot financieringssystemen, van het inzetten op digitalisering over het gebruik van gemeenschappelijke inschalingssystemen tot de rol van een zorgverzekeraar. **Deel III** verzamelt tien perspectieven uit evenzoveel sectoren uit het brede zorg- en welzijnslandschap. Elke bijdrage kijkt op basis van concrete voorbeelden naar de wijze waarop binnen de verschillende sectoren aan integrale zorg gewerkt wordt. Wat lukt er al en wat staat er in de weg?

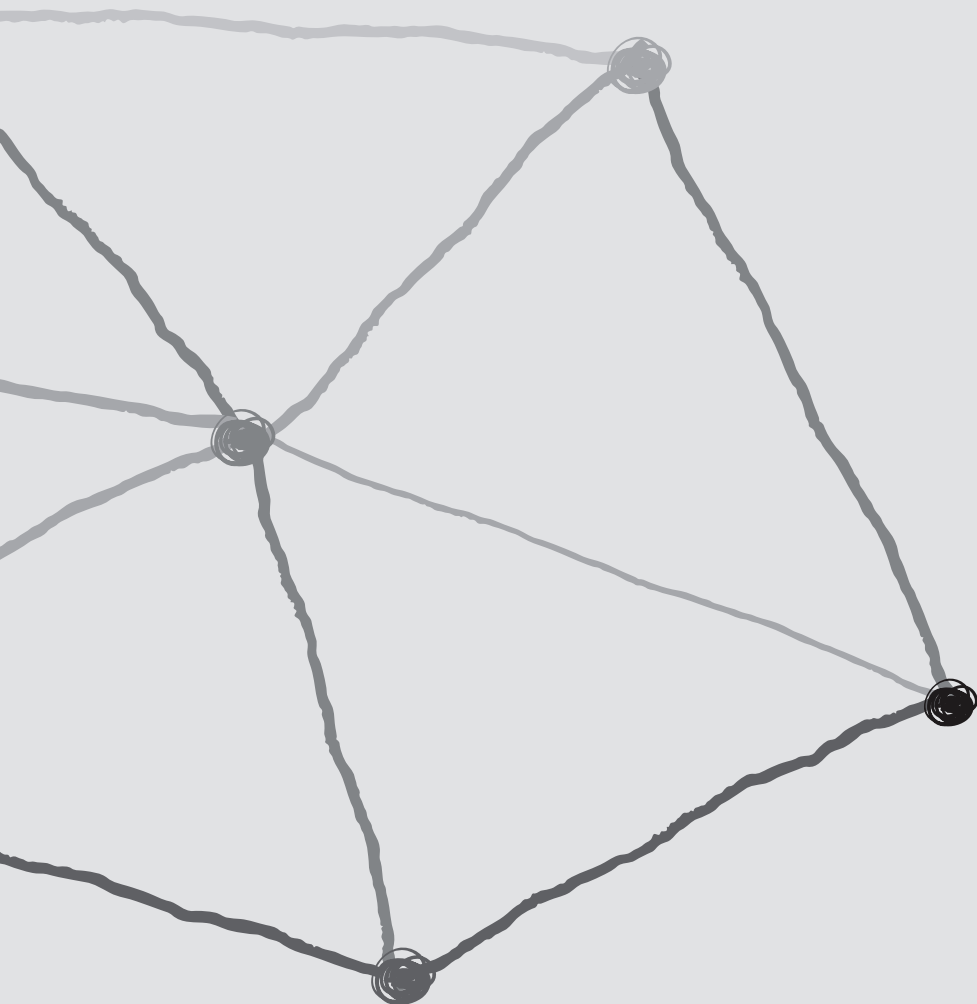
Daarna volgt nog de slotbeschouwing: zoals gezegd een activistisch pleidooi voor geïntegreerde zorg. Het is voor rekening van de twee namen op de cover van dit boek. Het brengt onze conclusies van onze lezing van de 21 bijdragen samen. Actiegericht en hier en daar scherp geformuleerd zodat de boodschap niet verkeerd begrepen kan worden. Want hoewel er de laatste jaren al heel wat belangrijke stappen zijn gezet naar meer integrale zorg, ligt er nog werk op de plank. Als we er

vandaag voor kiezen om de uitdagingen die we in ons laatste deel samenbrengen echt aan te gaan, ligt integrale zorg binnen bereik. Sommige transities zullen verscheidene jaren vragen, andere vergen niet meer dan wat politieke moed, heroriëntering van wat middelen en het vertrouwen om verworven posities en rollen los te laten en nieuwe te creëren. Laten we daar samen voor gaan.



INLEIDING

Zorg in transitie



Ons zorgsysteem is in transitie. En daar zijn veel verklaringen voor. Zo zijn er de wijzigende zorgvragen, de digitalisering, de emancipatie van de patiënt, nieuwe behandelingsmogelijkheden, de schaarste aan talent, de noodzaak om het budget te kunnen beheersen, de herschikking van de bevoegdheden tussen de overheden ... Kortom, er zijn genoeg redenen om ons gezondheidssysteem drastisch bij te sturen. Soms zijn die veranderingen weinig spectaculair of weinig zichtbaar. En soms gaat het ook tergend traag. Er staan dan ook veel belangen op het spel. Maar wie een beetje vertrouwd is met de wereld van de zorg en welzijnssector, ziet de veranderingen wel gebeuren.

Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) bestaat sinds 1963. De solidaire verplichte ziekteverzekering – toen het vlaggenschip van ons zorgsysteem – was hét antwoord op de vraag naar een toegankelijke kwaliteitsvolle zorg. Het zorgaanbod moest in eerste instantie mensen die ziek waren genezen. ‘Cure’, daar was het om te doen. En het moet gezegd, het resultaat mag gezien worden. Wij, burgers, zijn tevreden over de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg.

Maar onze samenleving verandert. Medische innovaties maken van ziekten die ooit fataal afliepen, vandaag chronische zorgvragen. We organiseren de zorg ook alsmaar beter, zodat mensen langer dan ooit thuis kunnen blijven. De vergrijzing deed de vraag naar langdurige vormen van ondersteuning groeien. ‘Care’ heeft het overgenomen van ‘cure’. De zorgvragen zijn nu vragen naar langdurige ondersteuning voor personen die geregeld kampen met meerdere aandoeningen. Ook de verwachtingen evolueren. De patiënt, cliënt, bewoner wil goede informatie en inspraak. Financieringssystemen zijn daardoor meer vraaggestuurd. Als we zorg nodig hebben, willen we zo lang mogelijk thuis, in de vertrouwde omgeving blijven wonen. Verwachtingen m.b.t. zorg en ondersteuning worden niet langer op een enge, strikt medische wijze ingevuld. De lat om te beoordelen of al die inzet van mensen en middelen zijn doel bereikt, is sinds kort het begrip ‘levenskwaliteit’. Geeft zorg de kwetsbare persoon meer levenskwaliteit? Blijft die levenskwaliteit langer behouden?

In november 2014 concludeerden de 32 burgers die binnen het KBS-project ‘Terugbetalingen in de gezondheidszorg: een agenda voor verandering’ het burger-

labo vormden, dat het garanderen van levenskwaliteit belangrijker is dan het verlengen van de levensduur. Ze drongen aan op een gezondheidsbeleid eerder dan een ziektebeleid. Hun boodschap was luid en duidelijk: zet de beschikbare, publieke middelen voor gezondheidszorg maximaal in voor het behoud van levenskwaliteit, binnen een solidair systeem dat iedereen toegang biedt tot gezondheidszorg.

Een ander mensbeeld

18

Het mensbeeld, waarop de mobilisatie van al die middelen en deskundigheid gebaseerd was, werd een holistisch mensbeeld. We kijken naar de mens in zijn geheel. Lichamelijke, psychologische, sociale en spirituele facetten zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en beïnvloeden elkaar wederzijds. We vullen de notie 'gezondheid' nu ook anders in. Het is 'het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven' (Machteld Huber). Er ligt dus meer nadruk op het functioneren van mensen en het vinden van aansluiting bij de samenleving, op zelfregie, op levenskwaliteit. Dit bredere en meer dynamische concept past veel meer bij het idee van persoonsgerichte zorg. Hoe kunnen we iemand met een beperking of een gezondheidsprobleem ondersteunen om het leven te leiden dat men wil? En hiermee komen we bij wat volgens ons het doel moet zijn van geïntegreerde (en persoonsgerichte) zorg.

Die nieuwe visie op gezondheid doet ons kritisch kijken naar de manier waarop we zorg én welzijn organiseren. We zetten enorm veel middelen in om medische ziekten en gebrek te repareren, herstellen of voorkomen. We investeren veel in hoogtechnologische behandelingsvormen en in lichamelijke zorg, alsof lichaam en geest netjes gescheiden kunnen worden. Daar gaat die holistische visie op de mens (met dank aan Descartes). Medische zorg enerzijds en welzijn anderzijds lijken soms twee verschillende werelden, elk met een eigen historisch gegroeide vaktaal, eigen financieringssystemen en erkenningsnormen. Ze kijken naar diezelfde unieke kwetsbare mens, vanuit de eigen, organisatorische logica.

Geen gescheiden werelden

Wat verwacht die kwetsbare persoon (die we vroeg of laat allemaal zijn) eigenlijk? Goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Afstemming tussen iedereen die hem of haar daarin omringt. Tijd. Continuïteit. Respect en geen betutteling. Respect voor hem of haar maar ook voor de mantelzorger. En liefst zo lang en zo goed mogelijk kunnen verblijven in de vertrouwde omgeving. Er nog bij kunnen horen, weet je wel.

19

De mens met een zorgvraag heeft geen boodschap aan uitleg over wie waarvoor bevoegd is. Voor de betrokkene, vaak met een langdurige zorgnood, is het niet zo belangrijk of wie verzorging geeft een zorgkundige is van gezinszorg (en dus uit de welzijns wereld) of een verpleegkundige (en dus uit de zorgsector). Als het maar van harte en op een deskundige wijze gebeurt. Als je maar kunt vertrouwen op gemaakte afspraken en je niet telkens opnieuw hetzelfde intakeverhaal moet vertellen.

Zorgverstrekkers en hulpverleners beseffen alsmaar beter dat ze hun ondersteuningsaanbod meer op elkaar moeten afstemmen. Ze zoeken naar afspraken en methoden om te komen tot een geïntegreerd resultaat. In de definitie van de WHO klinkt dat zo: 'The management and delivery of health services so that clients receive a continuum of preventive and curative services according to their needs over time and across different levels of the health system.'

Groeiende consensus

Zoals dat gaat met begrippen en innovaties waar veel mensen bij betrokken zijn, deelt niet iedereen dezelfde definitie. Dat is met de term 'geïntegreerde zorg' niet anders. De definitie verschilt naargelang de interesses en belangen van de stakeholders. Voor gezondheidszorgwerkers staat het continuüm van gezondheids promotie, ziektepreventie, diagnose en behandeling centraal. Voor managers en beleidsmakers gaat het meer over het creëren van structuren zoals eerstelijnszones of ziekenhuisnetwerken, waarin wordt samengewerkt aan gemeenschappelijke doelen, met respect voor de eigenheid van elke organisatie. Voor sociale wetenschappers heeft het eerder te maken met samenwerking en connectie tussen gezondheid en welzijn. Met als voornaamste doel het verbeteren van de zorg- en levenskwaliteit voor de patiënt/cliënt.

Geleidelijk groeit er een gedeelde visie over wat goede zorg en hulpverlening zouden moeten zijn. Dat soms onuitgesproken concept van wat uiteindelijk het resultaat moet zijn van al die regels en financieringstechnieken, van al dat genetwerk en geprotocoleer, van al dat (multidisciplinair) overleg tussen zorg en welzijn, van het op weg gaan met de kwetsbare mens, van het enorme engagement voor en met die kwetsbare mens en zijn omgeving noemen we integrale zorg.

20

Geen simpel antwoord

'Integrale zorg' is hét buzzword in de wereld van zorg en welzijn. In de woordenvolk rond het begrip vind je woorden zoals: focus op gezondheidsbevordering, kijken naar de mens als één geheel, aandacht voor de kwaliteit van de relatie tussen patiënt en hulpverlener. Samenwerken, ook mét de patiënt, die het stuur meer in handen heeft. Zorgcoördinatie. Gaan voor zorgcontinuïteit. Zorgen voor waardecreatie. Streven naar herstel van functioneren in de samenleving. We noemen dat laatste ook wel eens de vermaatschappelijking van de zorg.

Het leger van believers in integrale zorg groeit. Internationaal en ook in eigen land. Beleidsmakers spreken hun geloof erin uit. 'Integrale zorg' wordt in wetteksten gedefinieerd. Er worden studiedagen over georganiseerd. De notie duikt op in de missie van organisaties en in zorgstrategische plannen. Projectmatig experimenteren we en we gaan na hoe we een en ander in de praktijk kunnen brengen. Die vertaalslag van een theoretisch concept naar de zorgpraktijk van elke dag blijkt niet zo simpel. Hoezeer er internationaal ook consensus bestaat over de waarde van integrale zorg, er bestaat geen simpel draaiboek om het in een concreet zorgsysteem te implementeren.

Integrale zorg mag dan als idee veel beleidsmensen en zorgverstrekkers aanspreken, de realisatie ervan is een samenspel van allerlei acties op het macro- (bijvoorbeeld: hoe realiseer je integrale zorg binnen een verzekeringslogica), meso- (bijvoorbeeld: welke afspraken zijn er nodig tussen zorgorganisaties en welzijnsvoorzieningen in netwerken) en microniveau (bijvoorbeeld: hoe vorm je een zorgteam en stel je een zorg- en ondersteuningsplan op met een patiënt). In de internationale literatuur klinkt dat zo:

Care integration is defined as ‘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’.

Voilà, ga daar maar eens mee aan de slag. Om integrale zorg waar te maken is het nodig op meer dan één knopje te drukken. Dat maakt het begrip quasi ongreepbaar, zodat het een containerbegrip dreigt te worden dat uiteindelijk zijn wervende kracht verliest. En alvast om geen misverstand te installeren: we (ook de auteurs in hun bijdragen) gebruiken eigenlijk twee termen: geïntegreerde zorg en integrale zorg. Het eerste kijkt naar zorg en ondersteuning vanuit het perspectief van de patiënt of cliënt en zegt iets over de manier waarop zorg en ondersteuning worden georganiseerd. Het tweede begrip beschrijft eerder ‘de waarden die het systeem schragen’.

21

Zorgen voor ontschotting

Het collectief streven naar meer integrale zorg zorgt zeker voor ontschotting en meer intersectoraliteit. Het weerlegt de onwerkbare indeling tussen ‘cure’ en ‘care’. Die (oude) invalshoek gebruiken als ordeningsprincipe in het zorgsysteem is inderdaad niet hanteerbaar. ‘Integrale zorg’ bouwt de brug tussen onder meer welzijn en zorg, maar ook tussen medisch-verpleegkundige zorg en de handicapspecifieke ondersteuning. Die eerste cluster associeerden we oorspronkelijk met een financiering via de ziekteverzekering en het voorbehouden van handelingen aan gereguleerde gezondheidszorgberoepen. Wat zeker na de laatste staatshervorming in ons land veel minder evident is. Met die staatshervorming hebben we voor het eerst delen van de risico’s die we tot dan toedekten in onze collectieve solidaire polis van de verplichte ziekteverzekering uit die polis gehaald (zoals ook de kinderbijslag). Hiervoor werden de gemeenschappen bevoegd. Daartegenover staat dan een sector zoals de gehandicaptenzorg, vaak gezien als een ‘bijstands’-aangelegenheid. Maar ook die indeling (met alle vertalingen ervan in bevoegdheidsverdeling, regelgeving en financiering) is niet langer toereikend. De ‘gehandicapte’ bestaat namelijk niet. Sommige handicaps vereisen echt wel medische expertise als ondersteuning. Voor andere personen met een beperking is voor een goede ondersteuning een psychiatrische expertise nodig of een aanbod dat toelaat op een of andere

manier arbeidsmatig actief te zijn of gewoon hulp om zelfstandig te kunnen wonen en leven.

Integrale zorg is niet gelijk aan chronische zorg

Geïntegreerde zorg wordt vaak geassocieerd met chronische zorg. Chronische ziekten zijn langdurige ziekten die niet spontaan verdwijnen en zelden volledig genezen. Chronische ziekten vormen wereldwijd de belangrijkste doodsoorzaak: 68% van alle sterfte wereldwijd is te wijten aan chronische ziekten. In Europa bedraagt dit zelfs meer dan 80%. Integrale zorg is hier zonder meer aangewezen om de 'quintuple aim' waar te maken. Die quintuple aim zet in op vijf maatstaven of doelstellingen:

- verbeteren van de zorg zoals die door het individu wordt ervaren;
- verbeteren van de gezondheidstoestand op bevolkingsniveau met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid;
- realiseren voor de patiënt van meer 'waarde' op het vlak van gezondheid met de ingezette middelen;
- ervoor zorgen dat professionals in de gezondheidszorg hun werk op een goede en duurzame manier kunnen doen;
- sociale rechtvaardigheid en inclusie bewerkstelligen. Iedereen moet gelijke toegang hebben tot gezondheid, dus zeker ook de meest kwetsbaren, zelfs als dat betekent dat meer op specifieke doelgroepen moet worden ingezet.

Ook in de acute zorg is werken aan een integrale zorg overigens beslist zinvol. Aandacht voor preventie, zelfregie, transmurale zorg en zorgcontinuïteit, multidisciplinair overleg, linken aan hulpverlening en opvolging door welzijnsdiensten: het is echt geen exclusief terrein van de chronische zorg. Zo biedt integrale jeugdhulp aan minderjarigen en hun ouders hulp en zorg op maat, met een grote mate aan flexibiliteit om aan de hulpvraag te beantwoorden. Ze doet dat door een gemeenschappelijke analyse van de hulpvraag en in een sectoroverschrijdende samenwerking tussen jeugdhulpaanbieders en intersectorale afstemming van het jeugdhulpaanbod. Opnieuw komen vertrouwde begrippen in beeld: vertrekken vanuit een holistische visie op de minderjarige, inzetten op participatie en samenwerking, inzetten op kwalitatieve authentieke relaties tussen de jongere en de hulpverlener ... Uiteraard is integrale zorg geen standaard draaiboek dat (ne variëter) toepasbaar is op de zorg voor een chronische patiënt of die van een jongere met een ernstige

breuk in een ontwikkelingstraject. Maar de bouwstenen en waarden van integrale zorg zijn herkenbaar.

Toegankelijk, efficiënt, sociaal rechtvaardig

Naarmate we meer ontkokeren en ontschotten, ontdekken we ook hoezeer de taal en de communicatie tussen die verschillende werelden afwijken. Zo is de zoektocht naar integrale zorg ook op dat vlak een ontdekkingsreis. We leren elkaars taal, competenties, aanpak en ethische keuzes beter begrijpen en respecteren. Wie in het idee 'integrale zorg' zijn mensbeeld en visie herkent van wat er echt toe doet als het gaat over gezondheid van mensen, wordt deel van een gemeenschap van geëngageerde, individuele professionals, managers en bestuurders van zorg- en welzijnsorganisaties, beleidsvoerders en wetenschappers. Van mensen die geloven dat we meer moeten inzetten op gezondheidspromotie en gezondheidsvaardigheden. Als we meer vertrekken vanuit het perspectief van de zorgvrager en meer inzetten op zorgcoördinatie, leidt dit tot een verbeterde kwaliteit van de zorg en uiteindelijk tot gezondheidswinst op populatieniveau. 'Integrale zorg' moet leiden tot een gelijkwaardige toegang tot zorg, en tot een meer efficiënte inzet van de middelen. We realiseren er een sociaal rechtvaardige toegang tot gezondheid voor iedereen mee. Professionals kunnen meer tijd besteden aan wat er echt toe doet: aanwezig zijn in de wereld van de kwetsbare medemens.

'Integrale zorg' is een samenspel van beleidsmaatregelen, budgettair de juiste incentives te installeren, strategische keuzen in raden van bestuur, uitrollen van acties door overtuigde managers, vormen van netwerken, verwerven van vaardigheden en competenties. Het is uit de comfortzone treden en kiezen voor leiderschap. Uiteindelijk – mogen we even grote woorden gebruiken – kiezen de medestanders voor een samenleving waarin menselijkheid, leren leven met onvolkomenheid en respect voor de menswaardigheid van elke mens, de organisatie van zorg en welzijn moeten inspireren.