

## Rapport 30

Mei 2022

### Geïntegreerde en langdurige zorg voor volwassenen en ouderen – uitwerken en aanreiken van bouwstenen die de praktijk van geïntegreerde en langdurige zorg, in de context van een geplande oproep, concreet invullen

Promotor: prof. dr. Johan Hellings<sup>1</sup>

Copromotoren: prof. dr. Ward Schrooten<sup>1</sup>, prof. dr. Nico de Witte<sup>2</sup>, prof. dr. Dominique Verté<sup>2</sup>

Onderzoekers: Marlies Claesen<sup>1</sup>, Kim Daniels<sup>1,3</sup>, dr. Melissa Desmedt<sup>1</sup>, prof. dr. Jochen Bergs<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Universiteit Hasselt

<sup>2</sup> Vrije Universiteit Brussel

<sup>3</sup> Hogeschool PXL

### Samenvatting (Download hier het [rapport](#))

Binnen de Vlaamse regelgeving wordt een veelheid aan langdurige zorgvormen erkend. Zo zijn er het woonzorgdecreet, de VAPH- regelgeving, het overnamedecreet en het GGZ-decreet. De regelgeving voor personen met een handicap is het verst gevorderd op het vlak van persoonsvolgende financiering. De andere decreten vertrekken vanuit het erkennen van aanbodstructuren. Dit onderscheid in paradigma's en de specifieke benaderingen en regels in de verschillende sectoren, maakt het moeilijk om op het terrein samen te werken en geïntegreerde zorg te bieden aan personen met een langdurige zorgbehoefte. De Vlaamse Regering wenst in 2022 een projectoproep te lanceren met als thema "geïntegreerde zorg voor volwassenen en ouderen met langdurige zorg- en ondersteuningsnoden".

Dit rapport heeft tot doel bouwstenen aan te leveren voor de projectoproep en de opvolging ervan te kunnen voorbereiden. Meer concreet onderzoeken we de elementen voor een helder experimenteel kader voor gebruikers en erkende initiatiefnemers, met bijzondere aandacht voor het overstijgen van sectorspecifieke regelgevingen zonder in te boeten op a) kwaliteit en b) rechtszekerheid voor zowel zorgaanbieder als zorggebruiker. Er wordt gezocht naar een omschrijving en afbakening van de beoogde doelgroep (volwassenen met langdurige zorg- en ondersteuningsnood), en de definiëring van het binnen de proeftuinen bedoelde 'geïntegreerde zorgaanbod'. Als laatste onderzoeken we a) welke parameters en indicatoren die kunnen gedefinieerd worden om de resultaten van de samenwerking van initiatiefnemers uit verschillende sectoren en de effecten van het aanbieden van een 'geïntegreerd zorgaanbod' te kunnen beoordelen, en b) welke gegevens moeten geregistreerd en aangeleverd worden om deze parameters en indicatoren te kunnen opvolgen.

We stellen voor dat binnen deze projectoproep geïntegreerde zorg vertaald wordt in het realiseren, of verder uitbouwen, van volgende functies:

- Een toegangspunt (fysiek, digitaal, combinatie, ...) voor personen met langdurige zorg- en ondersteuningsnood dat instaat voor een holistische, systematische en onderbouwde inschatting van de levens-, zorg- en ondersteuningsnood. Voor de realisatie van het toegangspunt kan er binnen deze oproep gestart worden vanuit bestaande initiatieven. Voor de inschatting van de levens-, zorg- en ondersteuningsnood maakt men minimum gebruik van de BelRAI Screener (eventueel aangevuld met het Sociaal Supplement en waar nodig en/of verplicht het BelRAI Home Care of Long-Term Care Facilities instrument), aangevuld met andere tools die passen binnen de doelstellingen van de proeftuin (bv. tool voor inschatting van levensdoelen, ...).
- Formuleren van waarde gedreven doelstellingen, en deze vertalen naar een persoonsgericht en geïntegreerd “zorg- en ondersteuningsplan”.
- Administratieve ondersteuning van de eindgebruiker in de coördinatie van het geïntegreerd zorg- en ondersteuningsplan.
- Linken van zorgvraag met lokaal en regionaal zorgaanbod.
- Periodieke evaluatie van de zorgnood en -doelstellingen met de personen met zorg- en ondersteuningsnood, met indien nodig een aanpassing van het “zorg- en ondersteuningsplan”.

Het consortium bestaat **minimaal** uit **drie partners** met een aantoonbare complementariteit. De partners komen uit, ten minste, **twee verschillende door Vlaanderen erkende en/of gefinancierde zorgsectoren**: (gespecialiseerde) geestelijke gezondheidszorg, woonzorg, VAPH. Bijkomende participatie van partners uit de residentiële zorg (ziekenhuis, revalidatiecentrum) en de thuiszorg is mogelijk. Bijkomend is er een vertegenwoordiging vereist van minstens **één eerstelijns zone** waarin het betrokken consortium actief is. Het consortium includeert tevens **informele zorg** actoren. Verder dient de mogelijkheid te bestaan om gedurende de looptijd van het project betekenisvolle partners toe te voegen aan het consortium. Het betreft hier immers een proeftuin waarbij gaandeweg inzichten zullen groeien uit de ervaringen en bevindingen. Een flexibel kader, zoals ook voorgesteld in werkpakket 1 lijkt ons daarom ook aanbevolen.

Vanuit de bestaande literatuur zijn verschillende indicatoren gedefinieerd. We stellen vast dat deze indicatoren vaak een specifieke inkleuring krijgen in functie van de doelgroep. We definieerden op een generiek niveau een indicatoren kader waarin de basiselementen van een monitorings- en evaluatieplan zijn beschreven. Gezien de brede aard van de projectoproep is de concrete invulling van de indicatoren in functie van de specifieke doelpubliek en partners in het consortium aangewezen. De consortia dienen dus verder aan de slag te gaan met het specificeren van indicatoren.

Indicatoren kader:

1. **Aanwezigheid van een toegangspunt** (fysiek, digitaal, combinatie, ...) voor personen met langdurige zorg- en ondersteuningsnood:
  - a. Een duidelijke beschrijving op basis van structuur- en procesindicatoren.
  - b. De zorgvragen die via het toegangspunt worden getrieerd worden geregistreerd.

2. **Iedere partner in het consortium:**

- a. Een duidelijke beschrijving van de structuur van het consortium (voorzieningen, FTE). Bv. Welke diensten/specialismen zijn opgenomen, welke structurele samenwerking is beschreven.
- b. Activiteit van het consortium beschreven door procesindicatoren. Dit zijn gegevens die typisch worden weergegeven in een jaarverslag.
- c. De ondersteuning die wordt geleverd aan de persoon met langdurige zorg- en ondersteuningsnood wordt geregistreerd.

3. **Iedere persoon met langdurige zorg- en ondersteuningsnood** wordt opgevolgd binnen het consortium:

Een periodieke inschatting wordt gemaakt van de zorg- en ondersteuningsnood aan de hand van een gevalideerd instrument. Dit kan bijvoorbeeld jaarlijks indien er een stabiele toestand is. Bij acute wijzigingen wordt een herinschatting gedaan.

4. De bovenstaande registraties 1b, 2b en 3 kunnen aan de hand van een uniek ID aan elkaar gekoppeld worden. Iedere individuele registratie is voorzien van een timestamp. Op basis van deze registraties wordt een outcome analyse gedaan waarin de zorgnood wordt vergeleken met de geleverde ondersteuning. Tevens wordt een gap analyse gedaan die de niet (tijdig) ingevulde noden in kaart brengt.
5. Het monitorings- en evaluatieplan waarin bovenstaande indicatoren worden beschreven maakt deel uit van het projectvoorstel.