

Blikvanger Geïntegreerde Zorg

Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu

.be

Colofon

Onderwerp:

Dit rapport geeft aan de hand van enkele kerncijfers de werkzaamheden van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (in samenwerking met andere overheidsdiensten) in het kader van geïntegreerde zorg weer. Het bevat informatie over de historiek en de concrete organisatie van geïntegreerde zorg in België en de meerwaarde van geïntegreerde zorg.

Redactiecomité:

De leden van het Directoraat-Generaal Gezondheidszorg

Verantwoordelijke uitgever:

Dirk Ramaekers, Galileelaan 5/2 - 1210 Brussel

Contactgegevens:

Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Directoraat-Generaal Gezondheidszorg

Galileelaan 5/2 – 1210 Brussel

T. +32 (0)2 524 97 97 (contact center)

Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding.

Dit document is beschikbaar op de website van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

https://www.gezondbelgie.be

Wettelijk depot: D/2026/2196/23

INHOUDSTAFEL

Voorwoord 4

Introductie 5

Organisatie van geïntegreerde zorg in België 8

Evolutie van geïntegreerde zorg in België 9

Hoe geïntegreerde zorg gerealiseerd kan worden: het regenboogmodel 12

Doelstellingen van geïntegreerde zorg (buitenzijde) 13

Integratie op verschillende niveaus (onderliggende lagen) 14

Randvoorwaarden voor geïntegreerde zorg (grondlaag) 28

Meerwaarde van geïntegreerde zorg: wat brengt het op? 30

Internationale evidentie 31

Nationale evaluatie-initiatieven 32

Conclusie en toekomstvisie 36

VOORWOORD

Deze blikvanger over geïntegreerde zorg neemt een bijzondere plaats in binnen onze reeks van blikvangers gezondheidszorg. Waar eerdere edities vaak konden steunen op een brede set kerncijfers die binnen de FOD Volksgezondheid beschikbaar zijn, is dat voor geïntegreerde zorg minder het geval. Dat betekent niet dat geïntegreerde zorg minder belangrijk is. Het toont vooral aan dat geïntegreerde zorg een complexe en transversale thematiek is, die zich niet altijd eenvoudig laat vatten in klassieke indicatoren.

Geïntegreerde zorg is vandaag meer dan ooit een essentiële benadering voor beleidsmakers en voor onze bevolking. In een context van vergrijzing, toenemende chronische aandoeningen en complexere zorg- en ondersteuningsnoden, groeit de nood aan een zorgsysteem dat beter samenwerkt over disciplines, sectoren en bevoegdheidsniveaus heen. Voor burgers betekent geïntegreerde zorg de belofte van meer samenhang, meer continuïteit en een zorg- en ondersteuningsaanbod dat beter aansluit bij wat mensen werkelijk nodig hebben.

Met deze editie van de blikvanger willen we vooral de geïntegreerde zorg beter bekendmaken, verduidelijken wat geïntegreerde zorg precies inhoudt en aantonen hoe zij bijdraagt aan kwaliteitsvolle, continue en goed gecoördineerde zorg. Daarbij baseren we ons niet alleen op de beschikbare gegevens, maar schetsen we ook de context van de concepten, de beleidsontwikkelingen en de concrete toepassingen in de praktijk. Ik hoop dat deze publicatie kan bijdragen aan een beter begrip van deze belangrijke evolutie en aan het verdere debat over hoe we onze gezondheidszorg toekomstgericht kunnen organiseren!

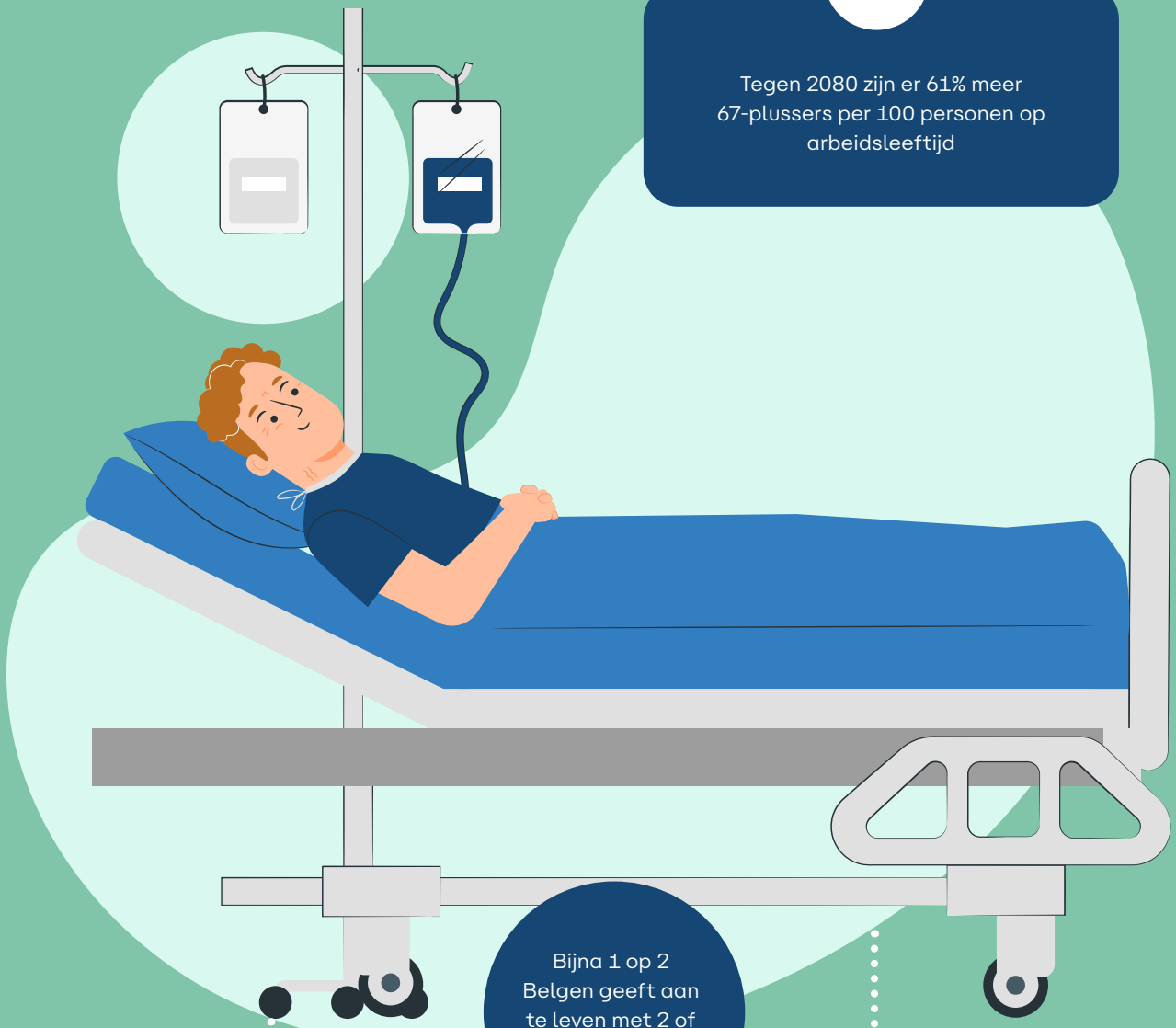
Sabine Stordeur,

Directrice-generaal, DG Gezondheidszorg

1 INTRODUCTIE

61%

Tegen 2080 zijn er 61% meer 67-plussers per 100 personen op arbeidsleeftijd



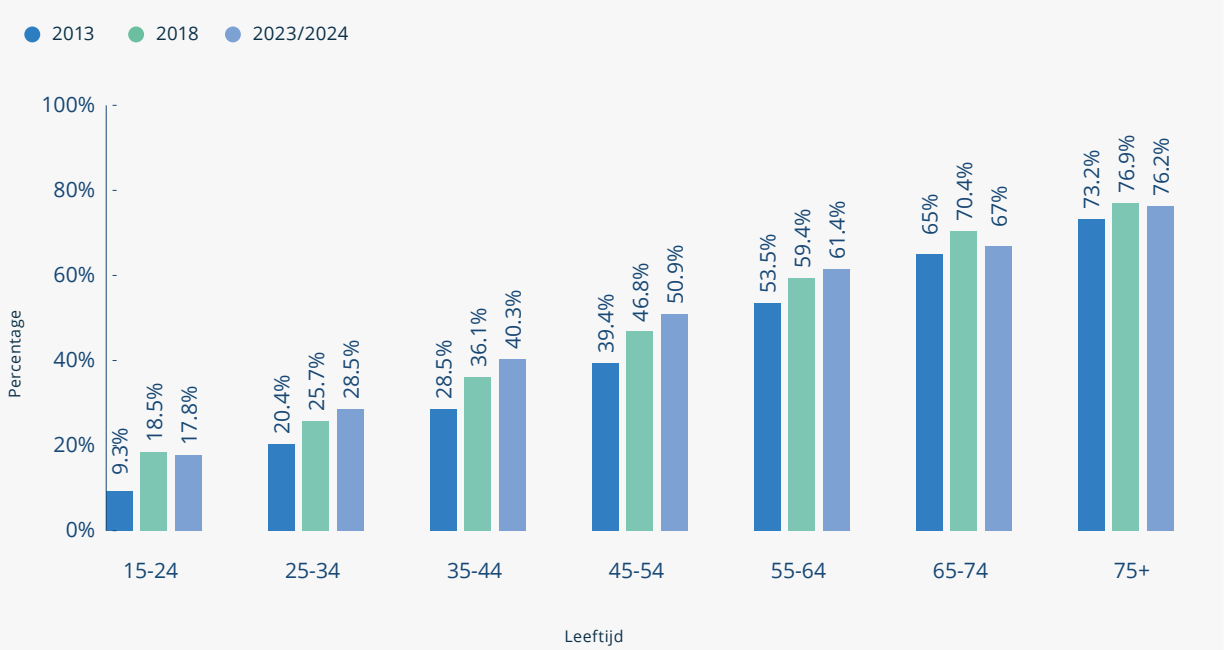
Bijna 1 op 2 Belgen geeft aan te leven met 2 of meer chronische ziekten

1 op 7 Belgen heeft een statuut chronische aandoening

Versnippering van zorg kan meer dan € 4.000 extra kosten per patiënt veroorzaken

De Belgische gezondheidszorg evolueert binnen een veranderende context. Onze bevolking veroudert, en steeds meer mensen leven met één of meerdere chronische ziekten. Er zijn steeds meer personen van 67 jaar en ouder ten opzichte van de werkende bevolking. In 2080 zouden er voor elke 100 personen van 18 t.e.m. 66 jaar **45 personen** van 67 jaar en ouder zijn, in 2025 was dit cijfer 28.[1] Daarnaast geeft **48% van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder aan dat ze twee of meer chronische ziekten hebben gehad in de afgelopen 12 maanden**. Het zijn vooral ouderen die twee of meer chronische ziekten hebben, maar de laatste jaren is er vooral een toename bij de personen van **25 tot 64 jaar.**

Evolutie van het percentage bevolking van 15 jaar en ouder die zelf rapporteren dat ze twee of meer chronische ziekten hadden in de afgelopen 12 maanden na gezondheidsenquête (2013-2023/2024)



Deze cijfers uit de Belgische gezondheidsenquête zijn gebaseerd op zelfrapportage. De beschikbare objectieve informatie over chronische ziekten in België is vaak beperkt tot bepaalde aandoeningen. We weten wel dat de grootste 'ziektelast' wordt veroorzaakt door aandoeningen van het bewegingsstelsel zoals lage rugpijn, mentale aandoeningen en kankers [2] en dat ongeveer 15% van de Belgische bevolking een statuut chronische aandoening heeft, een statuut dat aan rechthebbenden wordt toegekend als hun uitgaven voor gezondheidszorg een bepaalde drempel overschrijden.[3]

Deze evoluties zorgen voor steeds complexere zorgvragen, terwijl het zorgaanbod onder druk staat door personeelstekorten en een hoge werkbelasting. Bovendien is de gezondheidszorg in België historisch versnipperd georganiseerd vanuit verschillende sectoren en beroepsgroepen, wat bijdraagt aan haar huidige structuur en werking. Dat maakt het voor patiënten soms moeilijk om hun traject te begrijpen en voor zorg- en hulpverleners om vlot samen te werken. Die versnippering leidt ook tot extra kosten: volgens analyses kan dit oplopen tot **meer dan 4 000 euro per patiënt**.[4]

1 Bron : 1992-2024 : waarnemingen, Statbel; 2025-2080 : vooruitzichten FPB en Statbel. Geraadpleegd van https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/bevolkingsvooruitzichten#news

2 Sciensano. Ziektelast: Verloren gezonde levensjaren, Health Status Report, 26 juni 2025, Brussel, België, https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/ziektelast/verloren-gezonde-levensjaren

3 Bron: http://www.ima-aim.be

4 OECD (2023), Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases: Best Practices in Public Health, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9acc1b1d-en

Tegelijk openen de digitalisering en innovatieve technologieën in de zorg nieuwe kansen. Digitale hulpmiddelen maken het bijvoorbeeld mogelijk om informatie beter te delen tussen zorg- en hulpverleners, gezondheidsparameters beter op te volgen en zorg efficiënter te organiseren. Inspanningen op vlak van digitale vaardigheden en het creëren van interoperabele digitale infrastructuur zijn hierbij nodig.

Wat ook verandert, is de rol van de patiënt. We evolueren van patiënten die meer 'passieve' zorgontvangers zijn naar meer geïnformeerde ontvangers en 'mede-beslissers' in het zorg- en ondersteuningsproces. Dat vraagt om een andere manier van samenwerken, waarin zorg- en hulpverleners, patiënten en hun omgeving samen beslissen, samen plannen en werken aan doelgerichte zorg.

Al deze ontwikkelingen versterken de nood aan **geïntegreerde zorg**. Dit betekent dat verschillende zorg- en hulpverleners hun inspanningen op elkaar afstemmen, met de persoon als partner in het zorgproces. Het gaat niet enkel om medische zorg, maar ook om ondersteuning bij activiteiten in het dagelijkse leven, sociale ondersteuning en de betrokkenheid van mantelzorgers.

Op basis van het kader van de Wereldgezondheidsorganisatie [5] kunnen we geïntegreerde zorg omschrijven als:

"Een benadering om persoonsgerichte gezondheidszorgsystemen te versterken via de bevordering van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning gedurende de hele levensloop. Deze zorg en ondersteuning is ontworpen op basis van de multidimensionale noden van de populatie en het individu, en geleverd door een gecoördineerd multidisciplinair team dat werkt over settings en lijnen heen. De zorg moet effectief worden beheerd om optimale resultaten te garanderen en om middelen op een passende manier te gebruiken, gebaseerd op de best beschikbare evidentie. Er moeten feedbackmechanismen zijn om de prestaties voortdurend te verbeteren, de onderliggende oorzaken van slechte gezondheid aan te pakken en het welzijn te bevorderen via intersectorale en multisectorale acties."

In eenvoudige woorden kan geïntegreerde zorg voor een persoon het volgende betekenen:

"Ik kan mijn zorg plannen met mensen die samenwerken, mij begrijpen en mij helpen om de zorg te krijgen die voor mij het belangrijkst is."

In deze editie van Blikvanger Gezondheidszorg tonen we hoe geïntegreerde zorg in België tot stand wordt gebracht en hoe deze manier van werken kan bijdragen aan een toegankelijke, samenhangende en meer toekomstbestendige gezondheidszorg in België.



5 WHO Regional Office for Europe. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. 2016 https://iris.who.int/bitstreams/6eb1da76-189c-4bbd-ac79-62523037ffae/download

2 ORGANISATIE VAN GEÏNTEGREERDE ZORG IN BELGIË

3

3 prioritaire toepassingsdomeinen

Perinatale zorg
Kwetsbare personen
Kinderen en jongeren met obesitas

Mesostructuren vormen de brug tussen beleid en praktijk



De juiste zorg voor elke zorgnood: voor 80% van de populatie volstaat basiszorg en zelfzorg, voor 15% gecoördineerde zorg en voor 5% is casemanagement nodig

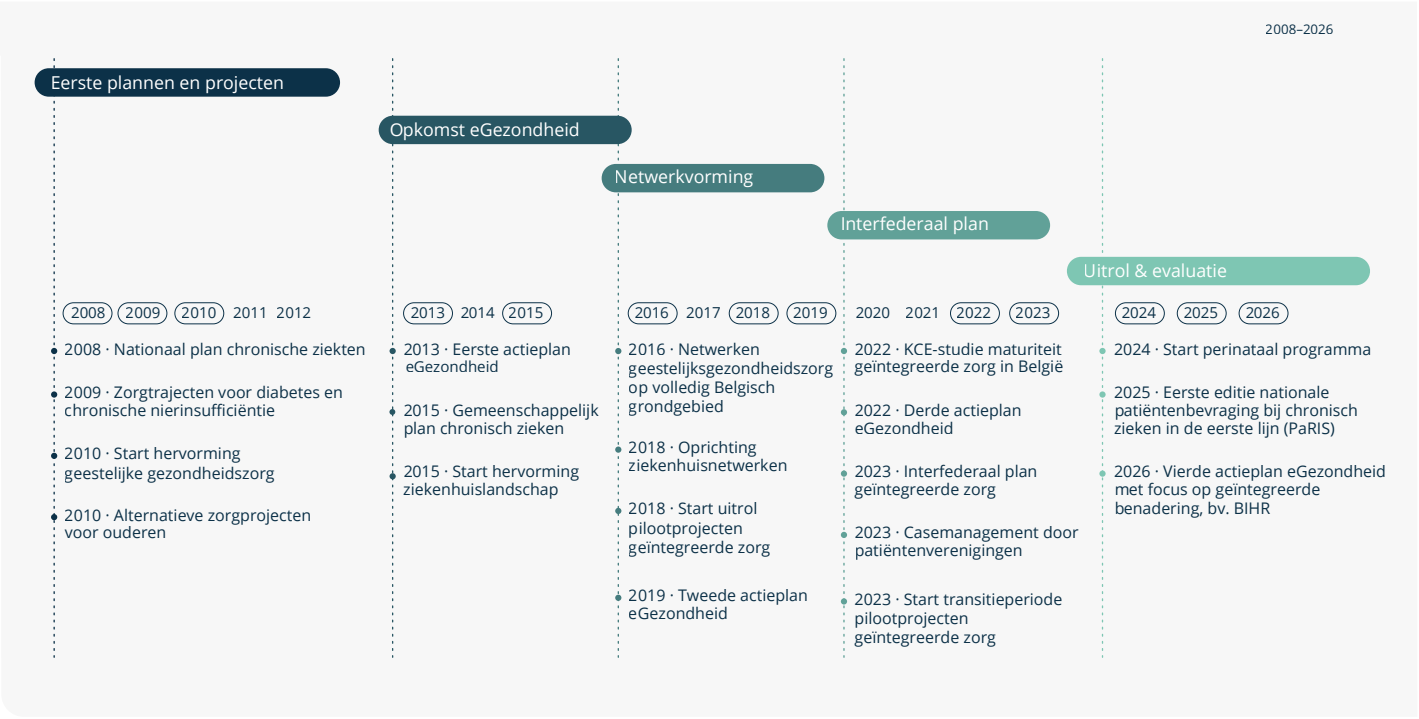
> 50% van onze gezondheid wordt niet bepaald door zorg; Leefstijl en leefomgeving maken het verschil

2.1 Evolutie van geïntegreerde zorg in België

In België werken we al jaren aan een zorgsysteem waarin onder meer zorg- en hulpverleners beter kunnen samenwerken. De laatste jaren is dat nog meer versterkt door nieuwe plannen en projecten, zowel op federaal niveau als op deelstaatniveau. Deze ontwikkeling heeft tot doel de historische versnippering van de zorg, het tekort aan zorg- en hulpverleners en de toenemende complexiteit van zorgvragen aan te pakken, en sluit aan bij de internationale aanbevelingen rond continuïteit van zorg en persoonsgerichte zorg.

Onderstaande tijdslijn toont een overzicht van hoe de federale initiatieven rond geïntegreerde zorg zich de afgelopen jaren hebben ontwikkeld.

Evolutie beleidsinitiatieven op federaal niveau in het kader van de ontwikkeling van geïntegreerde zorg



De tijdslijn toont onder andere:

- De opkomst van verschillende zorgtrajecten waarin er moet samengewerkt worden met verschillende disciplines aan één zorgplan voor de persoon (bv. zorgtrajecten diabetes en nierinsufficiëntie, de projecten rond alternatieve zorgvormen voor ouderen).
- Het wijzigende zorglandschap met een toenemende rol van ondersteunende mesostructuren zoals de netwerken geestelijke gezondheidszorg of de ziekenhuisnetwerken op regionaal niveau om de samenwerking en geïntegreerde zorg op het terrein te realiseren.
- De continue digitale ontwikkelingen in de gezondheidszorg via de verschillende actieplannen eGezondheid. Dit dient verder uit te monden in een eenduidig elektronisch patiëntendossier, namelijk het Belgian Integrated Health Record (BIHR).

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) benadrukt dat de omschakeling naar meer geïntegreerde zorg noodzakelijk is. In een rapport van 2022 [6] legt het KCE uit dat ons zorgsysteem nog te veel gericht is op acute zorg en betaling 'per prestatie'. In de huidige context werkt dat niet meer goed bij thema's zoals vergrijzing, chronische ziekten en mensen met meerdere aandoeningen tegelijk. Daarom stelt het KCE drie dingen voor:

1. een duidelijke politiek kader voor geïntegreerde zorg
2. een afbakening van zorgregio's in België
3. een hervorming van de financiering

Meer weten?
https://www.kce.fgov.be/nl/naar-meer-geintegreerde-zorg-in-belgie

Op 8 november 2023 werd hiervoor een belangrijke stap gezet: het Interfederaal Plan voor Geïntegreerde Zorg werd gelanceerd en ondertekend door alle ministers van Volksgezondheid in België. Dit plan helpt om de zorg en ondersteuning beter te organiseren en beter op elkaar af te stemmen. Het beschouwt de persoon of patiënt als volwaardige partner in het zorg- en ondersteuningsproces, stimuleert samenwerking tussen disciplines via bv. gezamenlijke zorgplanning en probeert muren tussen gezondheidszorg, welzijn en sociale diensten weg te halen.

Er zijn acht afspraken gemaakt tussen de verschillende overheden in dit plan:

01 Het Interfederaal Plan voor Geïntegreerde Zorg biedt een gedeeld kader voor initiatieven van de verschillende overheden om samen te werken aan de Quintuple Aim doelstellingen (zie verder) en aan geïntegreerde zorg.

02 De structurele samenwerking tussen de deelstaten en de federale overheid verloopt via het InterAdministratief Platform. Dit platform ondersteunt de kwaliteitsvolle uitvoering en samenhang van de belangrijkste bouwstenen van geïntegreerde zorg.

03 Beleidsinitiatieven vertrekken zoveel mogelijk vanuit persoons- en doelgerichte zorg, met een brede en interdisciplinaire aanpak die zorg en welzijn samenbrengt.

04 De deelstaten en de federale overheid stemmen de invulling van kernbegrippen van geïntegreerde zorg af op de definities in het Interfederaal Plan voor Geïntegreerde Zorg. Waar nodig kan dit op een asymmetrische manier gebeuren, rekening houdend met de eigenheid van elke deelstaat.



6 Lambert A-S, Op de Beeck S, Herbaux D, Macq J, Rappe P, Schmitz O, Schoonvaere Q, Van Innis A.L, Vandenbroeck P, De Groote J, Schoonaert L, Vercruysse H, Vlaemynck M, Bourgeois J, Lefèvre M, Van den Heede K, Benahmed N. Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2022. KCE Reports 359As. D/2022/10.273/50.

05 Werken dicht bij de burger en vanuit een populatiegerichte benadering staat centraal. Zowel horizontale als verticale samenwerking over sectoren heen is daarbij essentieel. Dit vraagt een sterk en aanspreekbaar mesoniveau dat het microniveau ondersteunt en werkt binnen de beleidskaders van het macroniveau.

06 Elke deelstaat onderzoekt samen met de federale overheid hoe goede praktijken uit lopende federale initiatieven duurzaam kunnen worden verankerd op mesoniveau, en hoe deze verder kunnen worden uitgerold en gefinancierd binnen afspraak 8. (zie hieronder)

07 De deelstaten en de federale overheid engageren zich voor een datagedreven zorg- en welzijnsbeleid dat samenwerking, communicatie en gegevensdeling ondersteunt. De samenhang tussen het Interfederaal Plan voor Geïntegreerde Zorg en het actieplan e-Gezondheid wordt opgevolgd binnen het InterAdministratief Platform en vertaald naar concrete acties.

08 De federale overheid en de deelstaten zorgen voor een efficiënte en afgestemde inzet van middelen die geïntegreerde zorg versterken. Dit gebeurt via een gecoördineerde aanpak en financieringsvormen die geïntegreerde zorg stimuleren, waarbij elke overheid bijdraagt binnen haar eigen bevoegdheden.

Meer weten over het interfederaal plan?
https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/info-voor-allen/het-interfederaal-plan-voor-geintegreerde-zorg

Het interfederaal plan vormt momenteel het gezamenlijk kader voor de verdere totstandbrenging van geïntegreerde zorg tussen de verschillende overheden bevoegd voor gezondheidszorg in België. Het bouwt verder op eerdere ervaringen en zet in eerste instantie in op drie toepassingsdomeinen, namelijk:

- Perinatale zorg
- Kwetsbare personen
- Kinderen en jongeren met obesitas

Het perinataal programma, dat inzet op een vroegtijdige detectie en een interdisciplinaire aanpak van zwangere vrouwen met psychosociale kwetsbaarheden, wordt momenteel in heel België uitgerold. De eerste 1.000 dagen zijn namelijk bepalend voor de fysieke, mentale en sociale ontwikkeling van een kind. Investeren in deze periode is essentieel om elk kind gelijke kansen te bieden vanaf de start. Uit rapporten van het KCE blijkt dat pre- en postnatale zorg en ondersteuning in België niet altijd tijdig, toegankelijk of afgestemd is op de noden van (toekomstige) moeders, in het bijzonder voor vrouwen in een psychosociaal kwetsbare situatie.

Meer weten?
https://kce.fgov.be/nl/publicaties/rapporten-per-thema/focus-op-zwangerschap-en-geboorte

De andere twee programma's worden nog ontwikkeld. Met de geïntegreerde zorgprogramma's proberen we zorg en welzijn voor bepaalde doelgroepen meer te gaan verbinden en meer zorgcontinuïteit in het zorg- en ondersteuningsproces te realiseren.

Alles samen werkt België dus aan een zorgmodel dat eenvoudiger, beter afgestemd en beter georganiseerd is. Een model dat samenwerking stimuleert, vertrekt van wat mensen écht nodig hebben en duurzaam is voor de toekomst.

2.2 Hoe geïntegreerde zorg gerealiseerd kan worden: het regenboogmodel

Geïntegreerde zorg kan worden georganiseerd volgens het regenboogmodel van Pim Valentijn. Dat model laat zien dat geïntegreerde zorg uit verschillende lagen bestaat die elkaar beïnvloeden. Het helpt zorg- en hulpverleners, organisaties en beleidsmakers om beter samen te werken en de zorg logisch te organiseren. Het model erkent dat gezondheidszorg complex is en dat samenwerking op meerdere niveaus nodig is om de beste resultaten voor patiënten te bereiken.

Het regenboogmodel van Pim Valentijn



Meer weten over het regenboogmodel?
https://www.essenburgh.com/nl-regenboogmodel-voor-integrale-zorg/

De verschillende lagen van het model worden in dit hoofdstuk verder toegelicht.

De principes van geïntegreerde zorg komen echter pas echt tot leven wanneer ze worden toegepast op een concrete situatie. Een casus illustreert hoe geïntegreerde zorg zich vertaalt naar de praktijk, en hoe de verschillende niveaus van het regenboogmodel – systeem, organisatie en zorgverlening – samen bijdragen aan persoons- en doelgerichte zorg.



Nathalie (26 jaar) is samenwonend met haar partner Johan (28 jaar).

Het koppel heeft 2 jonge kinderen: Luna (1,5 jaar) en Timo (4 jaar). Timo lijdt aan autisme en volgt hiervoor een ambulant revalidatieprogramma. Nathalie is zwanger van hun 3e kindje. Nathalie is werkzaam in de plaatselijke supermarkt met een 4/5 contract. Johan is werkloos en ontvangt hiervoor een uitkering. Het vinden van werk verloopt moeizaam. Ze wonen in een gehuurd privé - appartement met 2 slaapkamers. Het gezin ervaart financiële problemen. Het koppel heeft een huurachterstand van 2 maanden. Ze komen niet rond en kopen ook graag regelmatig online 'hebbedingen' en merkkledij. De financiële problemen zorgen voor stress in het gezin. Er zijn regelmatig heftige verbale ruzies tussen Nathalie en Johan. Door deze zorgen (en met de komst van een derde kindje) voelt Nathalie zich mentaal niet stabiel. Nathalie heeft een huisarts maar ziet deze eigenlijk amper. Ze realiseert zich dat ze zich mentaal niet goed voelt maar durft niet naar een psycholoog te gaan en weet ook niet hoe hier aan te beginnen. Ze is ook bang voor de reactie van haar man. De enige zorgverlener die ze momenteel op regelmatige basis ziet is haar gynaecoloog, die meestal weinig tijd heeft voor een echte babbel en ook steeds de ouders samen ziet.

2.2.1 Doelstellingen van geïntegreerde zorg (buitenzijde)

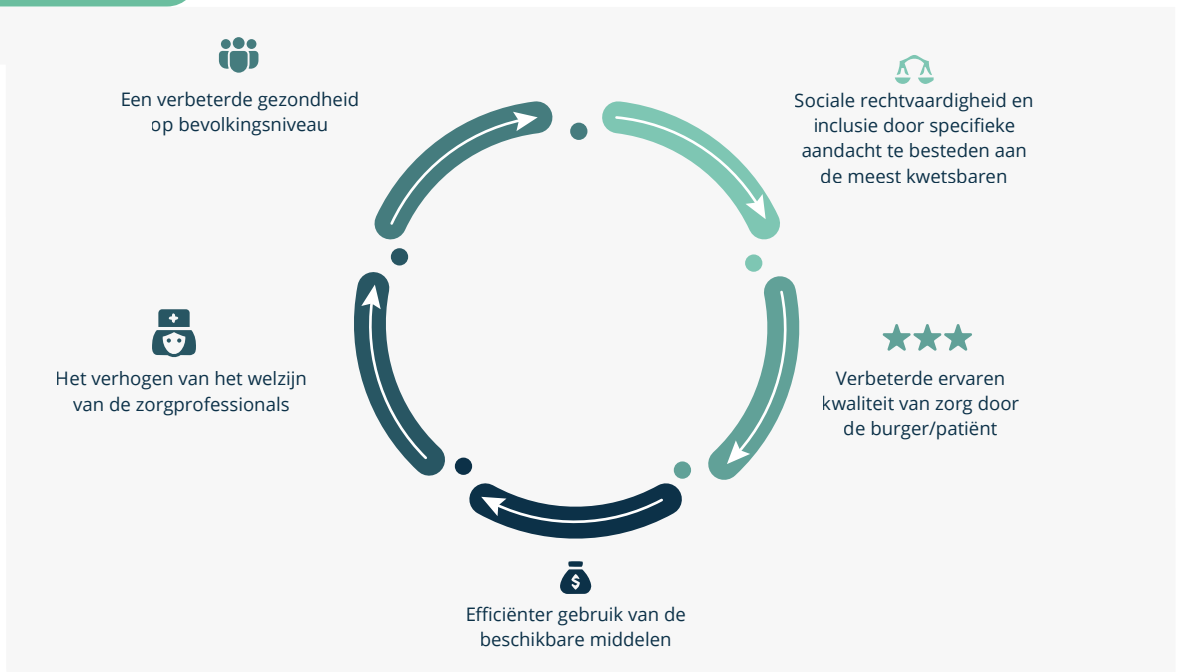
Het regenboogmodel vertrekt aan de buitenzijde vanuit de doelstellingen die we met geïntegreerde zorg nastreven, namelijk:

- betere volksgezondheid in België
- betere kwaliteitservaring van zorg door burgers
- efficiënter inzetten van beschikbare middelen

Doorheen de jaren werden er nog twee belangrijke bijkomende doelstellingen van geïntegreerde zorg geïdentificeerd, namelijk

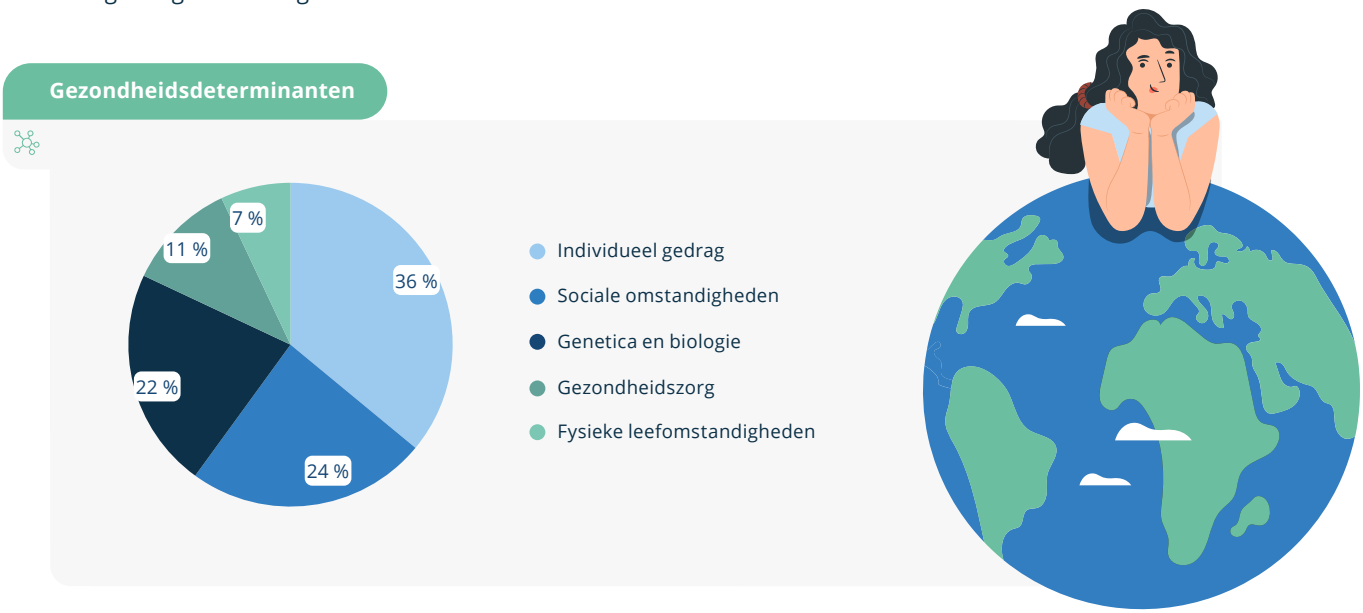
- meer welzijn van professionals die actief zijn in de zorg- en welzijnssector
- meer gelijke toegang realiseren tot gezondheidszorg

Quintuple aim



In 2025, breidde het 'Institute for Healthcare Improvement' de doelstellingen nog uit met een zesde doelstelling, namelijk de aandacht voor duurzaamheid en milieu binnen de gezondheidszorg.[7]

Het is van belang om alle factoren te bekijken die gezondheid beïnvloeden, zoals de sociale context of woonomstandigheden van een persoon. Uit onderzoek blijkt dat gezondheidszorg slechts 11% van de gezondheidsuitkomsten bepaalt. Gezondheidsgedrag (bv. roken, voedingsgewoonten, alcoholconsumptie of lichaamsbeweging) en sociale en fysieke leefomstandigheden (zoals inkomen, opleiding, woonomgeving en sociaal netwerk) zijn samen goed voor meer dan 50%.[8] Door mensen actief te betrekken bij hun zorg en het werken in aparte 'silo's' los te laten, binnen én buiten de gezondheidszorg, kan er dus veel meer gezondheidswinst worden behaald. Deze kerngedachte ligt ook mee aan de basis van het interfederaal plan voor geïntegreerde zorg.



2.2.2 Integratie op verschillende niveaus (onderliggende lagen)

De onderliggende lagen van het Regenboogmodel tonen de verschillende niveaus waarop zorg geïntegreerd moet worden om tot kwaliteitsvolle en samenhangende zorg te komen. Elke laag wordt hieronder uitgelegd van buiten naar binnen.

2.2.2.1. Systeemintegratie

Geïntegreerde zorg start bij systeemintegratie. Voor goede, geïntegreerde zorg is het belangrijk dat het systeem op elkaar afgestemd is. Dat betekent: duidelijke regels, doordacht beleid en een financiering die aansluit bij de noden van de bevolking. Dit zorgt ervoor dat zorgorganisaties en zorgverleners aan dezelfde doelstellingen kunnen werken.

Systeemintegratie wordt uitgevoerd door het '**macroniveau**'. Dit is het niveau van de verschillende overheden die verantwoordelijk zijn voor gezondheidszorg- en welzijnsbeleid. Zij bepalen de wetgeving, de financiering en bieden ondersteuning in bv. methodologische richtlijnen of digitale ondersteuning voor geïntegreerde zorg op het terrein. Dankzij een goede ondersteuning op dit niveau, kunnen de onderliggende niveaus op een uniforme en kwaliteitsvolle manier samenwerken.

7 Alami H, Lehoux P, Miller FA, Shaw SE, Fortin JP. An urgent call for the environmental sustainability of health systems: A 'sextuple aim' to care for patients, costs, providers, population equity and the planet. Int J Health Plann Manage. 2023 Mar;38(2):289-295. doi: 10.1002/hpm.3616. Epub 2023 Feb 3. PMID: 36734815.

8 Determinants of health. Goinvo. 2020. Geraadpleegd van https://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health/

In België wordt het macroniveau voor de coördinatie van het beleid voor geïntegreerde zorg vertegenwoordigd door de administraties van de volgende overheden:

- **Federale overheid:** FOD Volksgezondheid en RIZIV
- **Vlaamse Gemeenschap:** Departement Zorg
- **Waals Gewest:** Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ)
- **Brussels Hoofdstedelijk Gewest:** Vivalis, Iriscare en de Franse Gemeenschapscommissie (COCOF)
- **Duitstalige Gemeenschap:** Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft
- **Franse Gemeenschap:** Office de la naissance et de l'enfance (ONE)

Afhankelijk van het onderwerp kunnen bijkomende administraties hierbij worden betrokken.



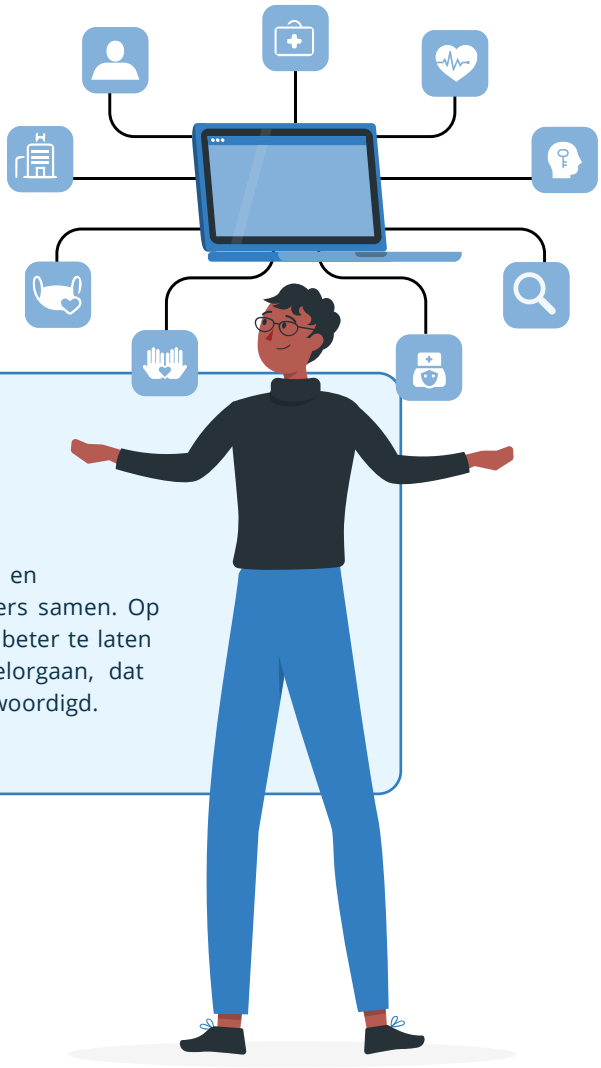
Hoe wordt systeemintegratie gerealiseerd in de casus van Nathalie en haar gezin?

Via het perinataal programma. Dit is een interfederaal programma dat een gemeenschappelijk beleidskader creëert voor zorg- en hulpverleners, waarin ze kunnen samenwerken rond één gezin (zoals dat van Nathalie), ongeacht de bevoegdheidsniveaus. Het programma stimuleert zorg- en hulpverleners om samen te streven naar een continue en geïntegreerde zorg die afgestemd is op de noden van zwangere vrouwen met een psychosociale kwetsbaarheid en hun gezin.

2.2.2.2 Organisatorische en professionele integratie

Onder het systeemniveau ligt het niveau van de organisaties en van de zorg- en hulpverleners.

- **Organisatorische integratie** betekent dat de werking van zorg- en welzijnsorganisaties (bv. ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties, ocmw's, ...) beter op elkaar afgestemd wordt. Het kan gaan van afspraken over doorverwijzing tot gezamenlijke projecten of langdurige samenwerking in het kader van bepaalde thema's, doelgroepen of processen.
- **Professionele integratie** gaat over de coördinatie en samenwerking tussen individuele zorg- en hulpverleners bv. via overleg, rolverdeling of andere samenwerkingsmodaliteiten over verschillende patiënten heen.



Organisatorische en professionele integratie worden gedragen en ondersteund **door het mesoniveau**. Dit is het tussenniveau tussen individuen (professionals, burgers) op microniveau en het beleid of systeem op macroniveau. Het mesoniveau organiseert geïntegreerde zorg op locoregionaal niveau. Het brengt organisaties, voorzieningen, netwerken, ziekenfondsen, lokale besturen, zorg- en hulpverleners, patiëntenverenigingen, mantelzorgers en vrijwilligers samen. Op dit niveau worden afspraken gemaakt om zorg- en hulpverleners beter te laten samenwerken. Het bestaat vaak uit een interdisciplinair koepelorgaan, dat verschillende organisaties of professionals op het terrein vertegenwoordigd.

In het interfederaal plan voor geïntegreerde zorg kreeg dit mesoniveau vijf belangrijke opdrachten:

01 **Populatiemanagement:** helpen om de zorg en ondersteuning in een regio af te stemmen op de noden van de lokale bevolking. Op basis van data en inzichten worden acties opgezet om gezondheid te verbeteren en toekomstige behoeften te voorspellen.

02 **Stimuleren van integratie:** zorg- en hulpverleners samenbrengen, netwerkvorming ondersteunen, afspraken faciliteren tussen organisaties en interdisciplinair en transmuraal samenwerken stimuleren.

03 **Change management ondersteunen:** helpen om een cultuur van geïntegreerde zorg te doen groeien door goede praktijken te verspreiden, intervisies te organiseren, zorg- en hulpverleners te informeren en ervaringen te verzamelen.

04 **Implementatie-ondersteuning:** begeleiden van de uitvoering van concrete initiatieven, zoals interfederale programma's rond geïntegreerde zorg.

05 **Evaluatie en monitoring:** opvolgen van de uitvoering van initiatieven, knelpunten signaleren, feedback van het terrein verzamelen en terugkoppelen naar micro- en macroniveau.

In elke deelstaat is er momenteel één soort organisatie op mesoniveau met een centrale rol in de ondersteuning van geïntegreerde zorg . De tabel hieronder geeft een overzicht van de organisaties op mesoniveau per deelstaat die van belang zijn voor de organisatie, implementatie en opvolging van geïntegreerde zorg.

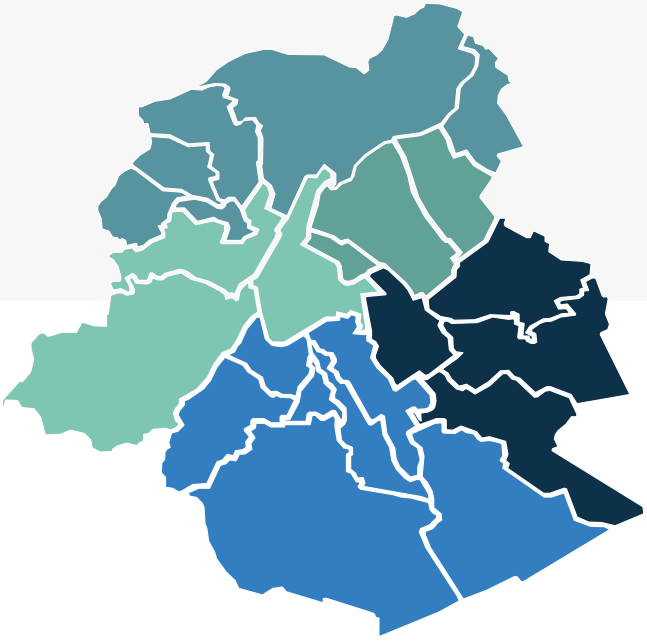
- Brussels Hoofdstedelijk Gewest: **Zorgzones**
- Waals Gewest: **Organisations Loco-régionales de Santé (OLS)**, die nog in oprichting zijn
- Vlaamse Gemeenschap: **Zorgraden (ZR)**, actief in de eerstelijnszones. Daarnaast werd recent een afbakening van regionale zorgzones vastgelegd als hogere bouwsteen en plaats voor strategische afstemming.
- Duitstalige Gemeenschap: In de Duitstalige Gemeenschap bestaan geen aparte mesostructuren vanwege de schaalgrootte. De taken worden daar door het ministerie zelf uitgevoerd.

Ze staan in voor de efficiënte organisatie van de eerstelijnszorg in een afgebakende regio, in samenhang met de onderliggende wijken en het gewest, opdat het zorg- en ondersteuningsaanbod goed aansluit op de noden van de bevolking.

Brussels Hoofdstedelijk Gewest [9]

Mesostructuur	Zorgzones (bassins d'aide et de soins)
Aantal	5 zorgzones
Grootte/ werkingsgebied	Max. 350.000 inwoners (minstens 5 wijken) per zone
Samenstelling	Actieraad per zorgzone met vertegenwoordiging van: • Publieke actoren zoals de gemeenten en het OCMW. • De verenigingssector (ongeacht de entiteit die deze erkent). • Vrije beroepen en paramedische actoren, zelfstandig of in loondienst. • Burgers (of hun vertegenwoordigers). Coördinatie van zorgzones door Brusano
Contactgegevens mesostructuren	https://www.brusano.brussels/nl/zorgzones/

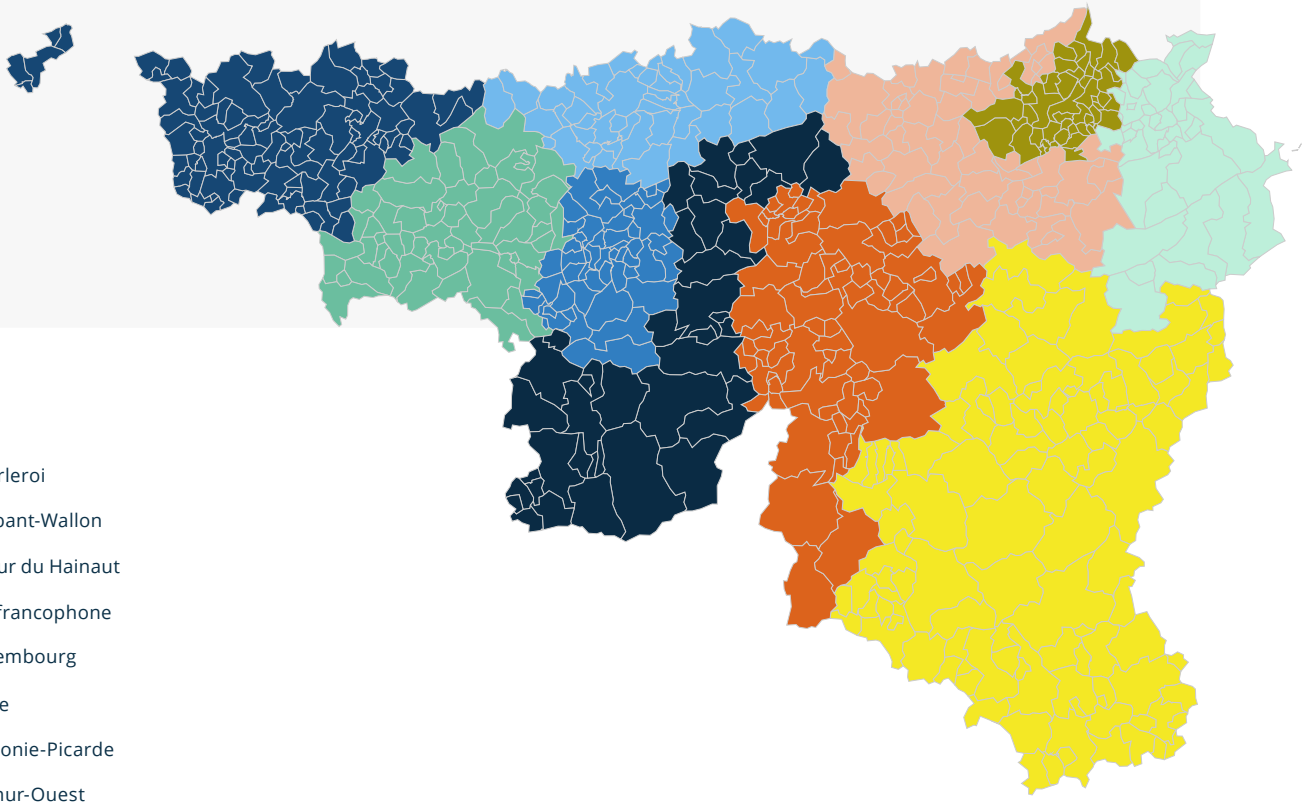
- Zorgzone Zuid
- Zorgzone Centrum-West
- Zorgzone Noord
- Zorgzone Zuid-Oost
- Zorgzone Noord-Oost



9 https://www.brusano.brussels/nl/de-hulp-en-zorgzones/

Waals Gewest

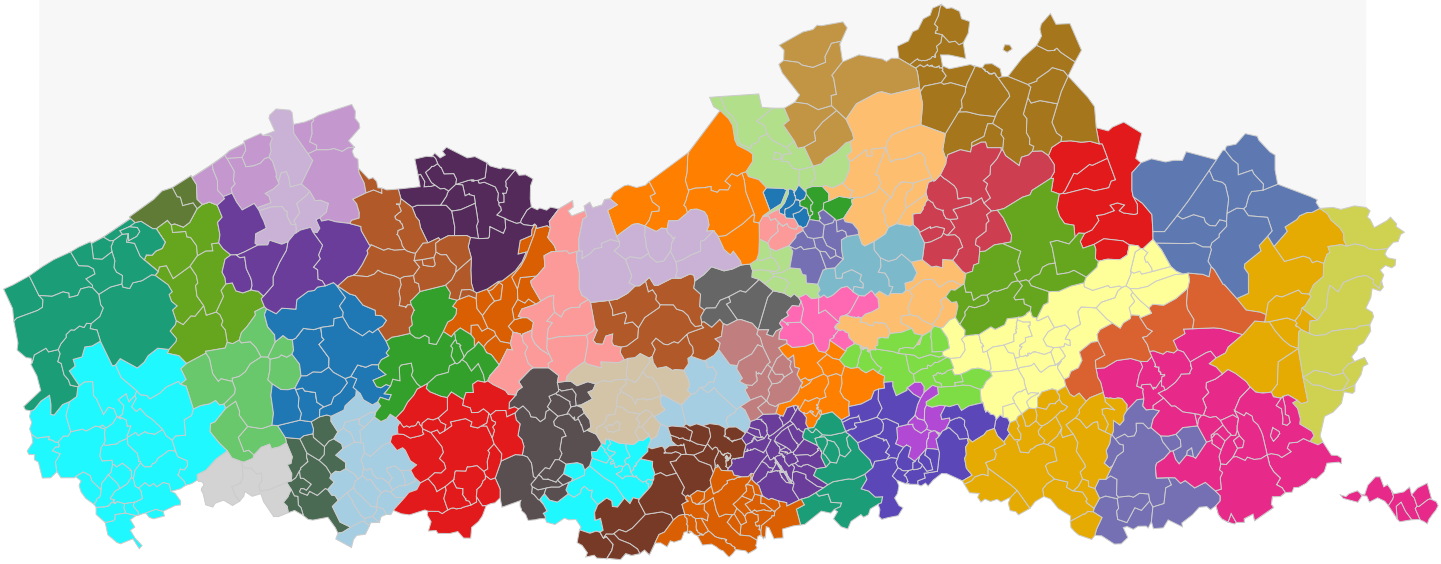
Mesostructuur	Organisations loco-régionales de santé
Aantal	10 locoregionale zones
Grootte/ werkingsgebied	Tussen 200.000 en 550.000 inwoners per zone.
Samenstelling	Transitieconsortia werden geselecteerd op basis van een kandidaat oproep. Consortia bevatten verschillende eerstelijnsactoren en hebben partnerschappen met bv. ziekenhuizen
Contactgegevens mesostructuren	https://www.aviq.be/fr/actualites/organisation-premiere-ligne-daccompagnement-et-de-soins



- Charleroi
- Brabant-Wallon
- Coeur du Hainaut
- Est-francophone
- Luxembourg
- Liège
- Wallonie-Picarde
- Namur-Ouest
- Namur-Est
- Huy-Waremme

Vlaamse Gemeenschap [10]

Mesostructuur	Zorgraden
Aantal	60 zorgraden, 59 in Vlaanderen en in 1 in Brussel. Iedere zorgraad is actief in één eerstelijnszone
Grootte/ werkingsgebied	Minstens 60.000 inwoners per zone en één of meerdere steden of gemeentes
Samenstelling	Aansturing door de zorgraad die minstens bestaat uit: • Lokale besturen. • Eerstelijns-zorgaanbieders. • Verenigingen van personen met een zorg- en ondersteunings-vraag.
Contactgegevens mesostructuren	• Erkende verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers. • Voorzieningen die erkend, vergund of gesubsidieerd zijn door het https://www.eerstelijnszone.be/



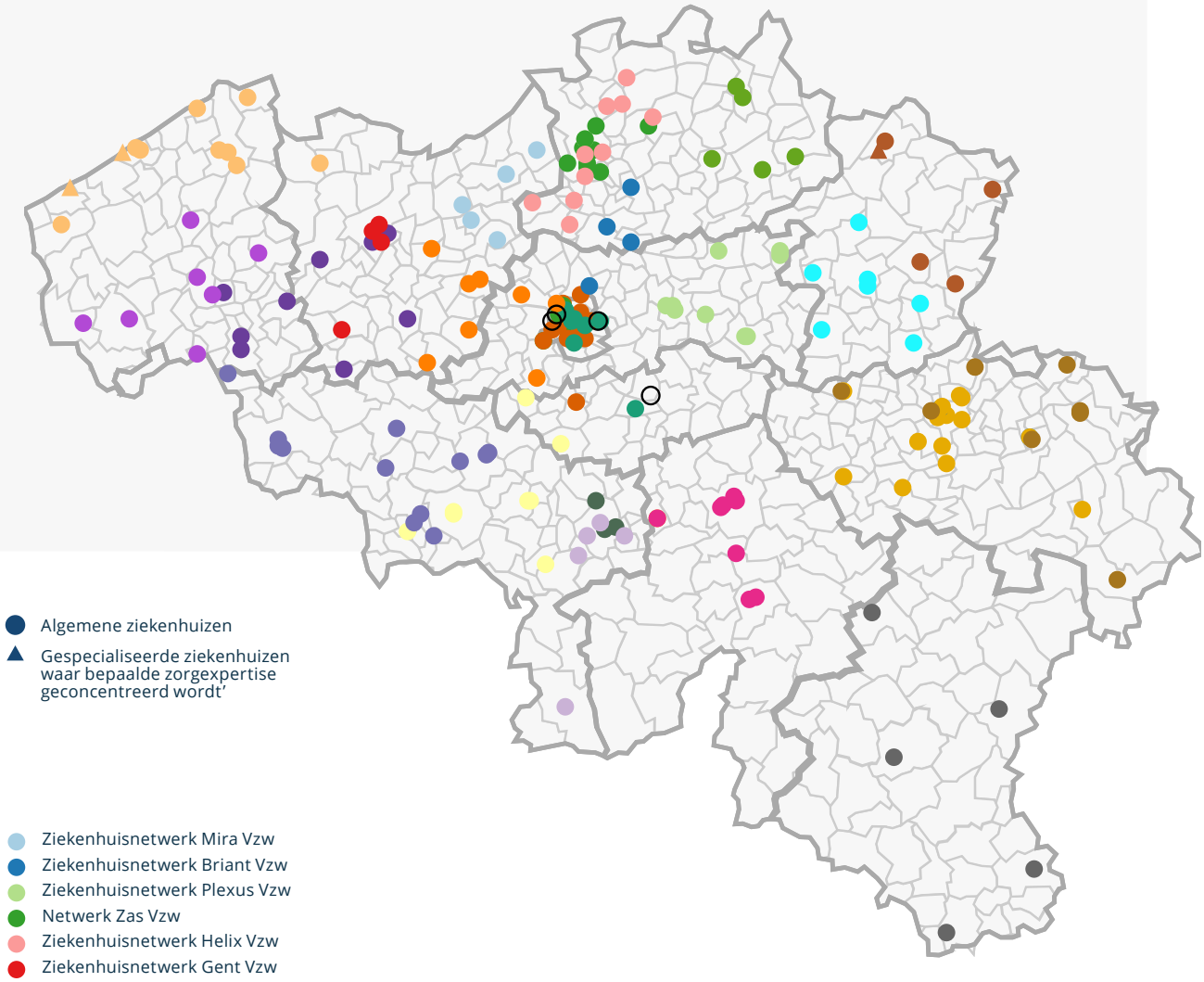
- AMALO
- Antwerpen Centrum
- Antwerpen Noord
- Antwerpen Oost
- Antwerpen Zuid
- Baldermore
- Bonstato
- BraViO
- Brugge
- BruZEL
- Dender
- Dender Zuid
- Demerland
- Druivenstreek
- Gent
- Haspengouw
- Herkenrode
- Houtland en Polder
- Kemp en Duin
- Kempenland
- Klein-Brabant Vaartland
- Kortrijk-Kuurne-Harelbeke
- Leuven
- Leuven Noord
- Leuven Zuid
- Maasland
- Mechelen-Katelijne
- Middenkempen
- Middenkust
- Midden WVL
- MidWestLim
- Noorderkempen
- Noord-Limburg
- Oostkust
- Oostende-Bredene
- Oost-Meetjesland
- Pajottenland
- Pallieterland
- Panacea
- Regio Aalst
- Regio Grimbergen
- Regio Menen
- Regio Waregem
- RITS
- Rupelaar
- Schelde en Leie
- Scheldekracht
- Vlaamse Ardennen
- Voorkempen
- Waasland Noord Oost
- Waasland Zuid-West
- WE40
- Westhoek
- Westkust & Polder
- West-Limburg
- West-Meetjesland
- Zennevallei
- ZORA
- Zuid-Oost Hageland
- Zuid-Oost Limburg
- Zuiderkempen

10 https://www.departementzorg.be/nl/eerstelijnszones-en-zorgraden

Daarnaast zijn er in België ook andere mesostructuren die verankerd zijn in een duurzaam beleidskader. Hieronder wordt een (niet-limitatief) overzicht gegeven van bestaande mesostructuren met een opdracht gelinkt aan geïntegreerde zorg.

Ziekenhuisnetwerken [11]

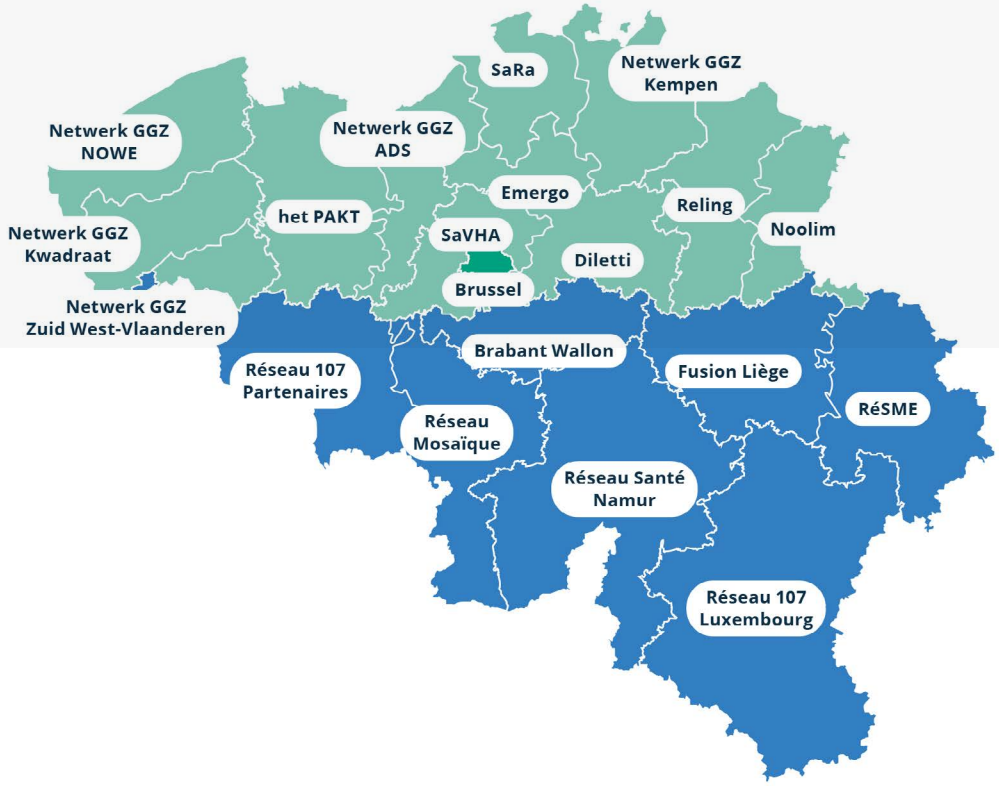
Omschrijving	• Sinds 1 januari 2020 • Elk ziekenhuis maakt deel uit van een ziekenhuisnetwerk • Doel: middelen efficiënter inzetten, investeringen delen en expertise bevorderen via taakverdeling
Aantal	In 2026 zijn er 23 locoregionale ziekenhuisnetwerken erkend in België.
Grootte / werkingsgebied	Op basis van aantal erkende bedden en plaatsen per ziekenhuis. Dit varieert tussen 991 en 4.462 erkende bedden en plaatsen.
Samenstelling	Algemene en universitaire ziekenhuizen



11 https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/algemene-ziekenhuizen/organisatie

Netwerken in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor volwassenen [12]

Omschrijving	• Start hervorming geestelijke gezondheidszorg in 2010 met creatie van netwerken voor volwassenen, inclusief de doelgroep ouderen • Vijf functies: (1) GGZ-promotie, preventie, vroegdetectie en -interventie; (2) mobiele behandelingsteams; (3) psychosociale rehabilitatie; (4) intensieve gespecialiseerde residentiële geestelijke gezondheidszorg-units; en (5) specifieke woonvormen en verblijfformules.
Aantal	20 GGZ-netwerken voor volwassenen
Grootte / werkingsgebied	Werkingsgebied gedefinieerd door het netwerk op basis van noden en beschikbare aanbod.
Samenstelling	Een netwerk omvat het volledige GGZ-aanbod en geassocieerde sectoren binnen een door hen omschreven werkingsgebied. Per netwerk wordt een netwerkcoördinator aangesteld.



12 https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/geestelijke-gezondheidszorg/geestelijke-gezondheidszorg-voor-volwassenen/netwerken-in-de-geestelijke-gezondheidszorg-voor-volwassenen

Netwerken in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren [13]

Omschrijving

Netwerken geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren (GGKJ-netwerken) die zich richten op kinderen, jongeren en jongvolwassenen van 0 tot 23 jaar.

Aantal

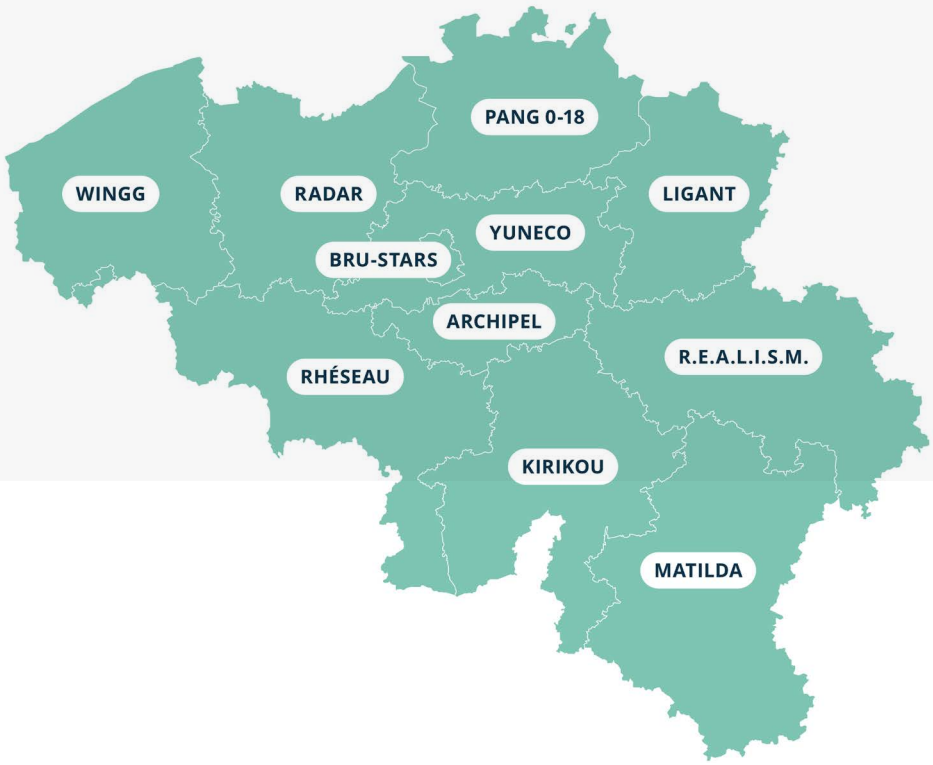
11 GGKJ-netwerken.

Grootte / werkingsgebied

De werkingsgebieden vallen samen met de territoria van de provincies en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Samenstelling

Elk netwerk bestaat uit alle relevante actoren, diensten, instellingen, zorg- en hulpverleners etc. van betrokken sectoren (geestelijke gezondheidszorg, de bredere gezondheidszorg en het maatschappelijk veld) die samenwerken en hun beleid op elkaar afstemmen.



13 https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/geestelijke-gezondheidszorg/geestelijke-gezondheidszorg-voor-kinderen-en-jongeren/netwerken-in-de-geestelijke-gezondheidszorg-voor-kinderen-en-jongeren



Wat doet het mesoniveau in de casus van Nathalie en haar gezin?

Om geïntegreerde zorg voor Nathalie en haar gezin mogelijk te maken, is samenwerking nodig tussen verschillende zorg- en hulpverleners uit zowel de zorg- als de welzijnssector.

De eerdergenoemde organisaties op mesoniveau – Brusano en de Zorgzones, Organisations loco-régionales de santé (OLS), Eerstelijnszones (ELZ) – spelen hierbij een ondersteunende en verbindende rol. Voor de implementatie van het perinataal programma, organiseren de mesostructuren op lokaal niveau werkgroepen met alle relevante zorg- en hulpverleners om te komen tot duidelijke samenwerkingsafspraken. In deze werkgroepen wordt bekeken welke zorg- en hulpverleners welke rol kan opnemen voor zwangeren en hun gezin. In de casus van Nathalie, zorgt het werk van het mesoniveau ervoor dat de zorg- en hulpverleners rond Nathalie elkaar reeds kennen, een relatie hebben uitgebouwd en vlot kunnen samenwerken.

Het mesoniveau maakt gebruik van beschikbare cijfergegevens om de situatie binnen hun werkingsgebied in kaart te brengen. Dit geeft hen bijvoorbeeld een idee van hoeveel vrouwen er jaarlijks bevallen in hun regio, in welk ziekenhuis deze vrouwen bevallen en welke psychosociale kwetsbaarheden het meest voorkomend zijn. Bijkomend halen ze veel informatie uit gesprekken met de lokale zorg- en hulpverleners en zwangere vrouwen zelf. Op basis van deze informatie kan het mesoniveau de zorg en ondersteuning in hun regio optimaal afstemmen op de behoeften die worden gedetecteerd.

Ten slotte worden er een aantal tips gegeven aan professionals werkzaam op mesoniveau om geïntegreerde zorg te kunnen realiseren:

Aanbevelingen op mesoniveau voor de organisatie van geïntegreerde zorg

- Vertrek zoveel mogelijk vanuit de zorg- en ondersteuningsnoden van burgers in de regio, zodat het aanbod goed aansluit bij wat mensen echt nodig hebben.
- Streef naar een helder overzicht van het regionale zorgaanbod, zodat samenwerking en afstemming makkelijker worden.
- Breng verschillende sectoren samen en verken waar gezamenlijke doelstellingen en gedeelde verantwoordelijkheid kunnen ontstaan.
- Faciliteer interdisciplinaire teamwerking, zodat expertise beter wordt benut.
- Moedig participatie van patiënten en mantelzorgers aan, zodat hun ervaringen en inzichten mee richting geven.
- Stimuleer kwaliteitsverbetering op het terrein, door ruimte te creëren voor leren, reflecteren en bijsturen.

Aandachtspunten op mesoniveau voor de organisatie van geïntegreerde zorg

- Probeer extra structuren (zoals nieuwe vzw's) enkel te creëren wanneer echt nodig, en denk vooral vanuit een netwerkbenadering.
- Vermijd een te sterk top-downproces, en betrek het lokale niveau actief bij beslissingen en uitwerking.
- Ga niet uit van één uniforme aanpak, maar laat ruimte voor regionale verschillen en maatwerk.
- Probeer sectorale silo's te doorbreken, door samenwerking en gedeelde perspectieven te stimuleren.

2.2.2.3 Klinische integratie

Op het laagste niveau van de regenboog bevindt zich de integratie van 'diensten', ofwel de coördinatie van de eigenlijke zorg en ondersteuning voor een bepaald individu. Verschillende interventies worden op elkaar afgestemd, bijvoorbeeld met behulp van interdisciplinaire richtlijnen, zorgpaden of interfederale programma's.

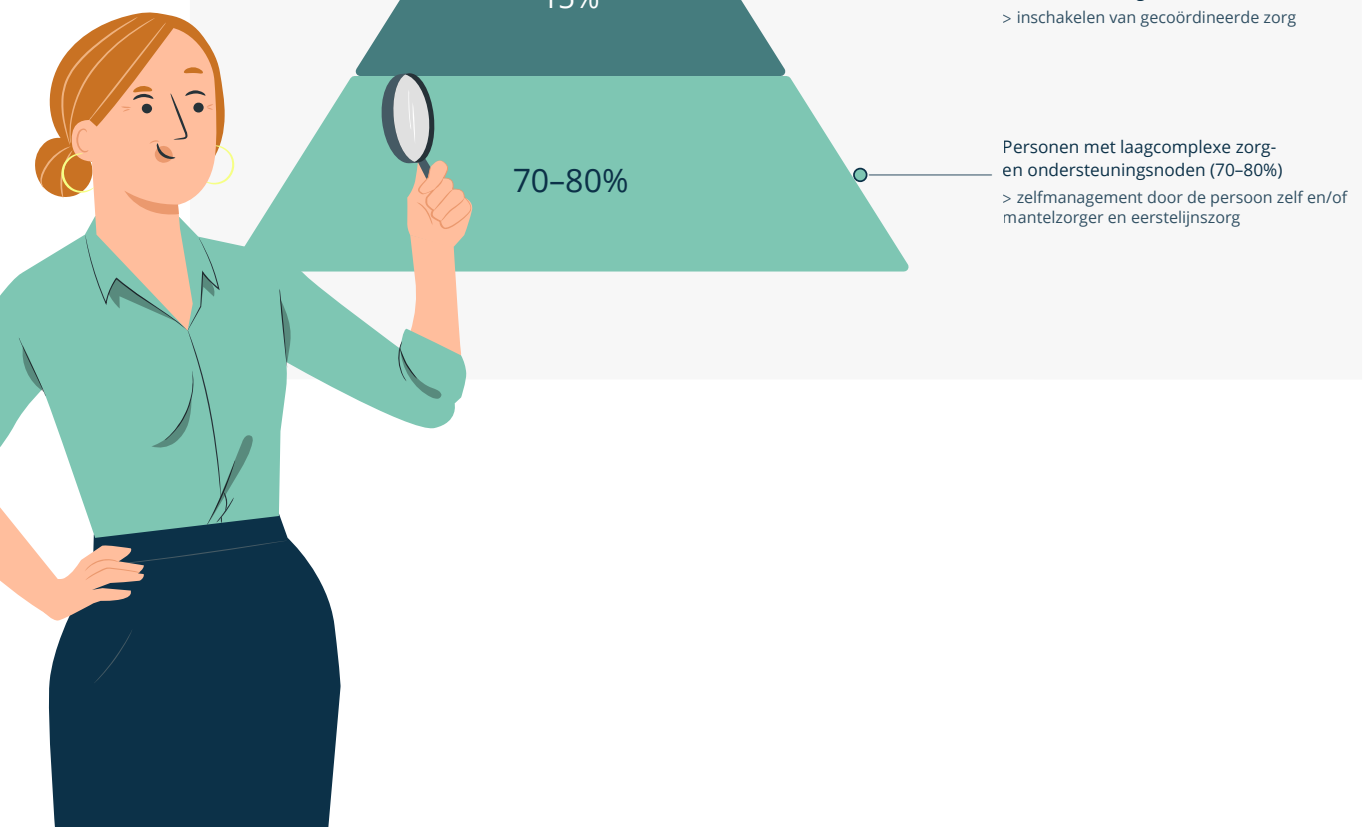
Integratie van diensten of van de werkelijke zorg en ondersteuning wordt uitgevoerd op microniveau. Het **microniveau** gaat over de zorg en ondersteuning die rechtstreeks voor en samen met individuele personen of lokale groepen wordt georganiseerd. Dit is het niveau waarop het interdisciplinair team samenwerkt met de persoon zelf en zijn omgeving. Ook buurt- en wijkteams werken op dit niveau. De persoon staat hier altijd centraal, met zijn eigen behoeften en doelen. Zorg- en hulpverleners stemmen hun ondersteuning op elkaar af om zo geïntegreerd, persoonsgericht en doelgericht mogelijk te werken.

Welke zorg en ondersteuning voor wie?

Het uitgangspunt is eenvoudig: niet iedereen heeft evenveel of even intensieve zorg nodig, en zorg werkt het best wanneer ze proportioneel en gericht wordt ingezet.

Kaiser Permanente, een Amerikaanse zorgorganisatie, ontwikkelde een model dat toont hoe zorg best georganiseerd wordt voor een populatie, in functie van de zorgnoden.

Verdeling van de populatie en de organisatie van gecoördineerde zorg



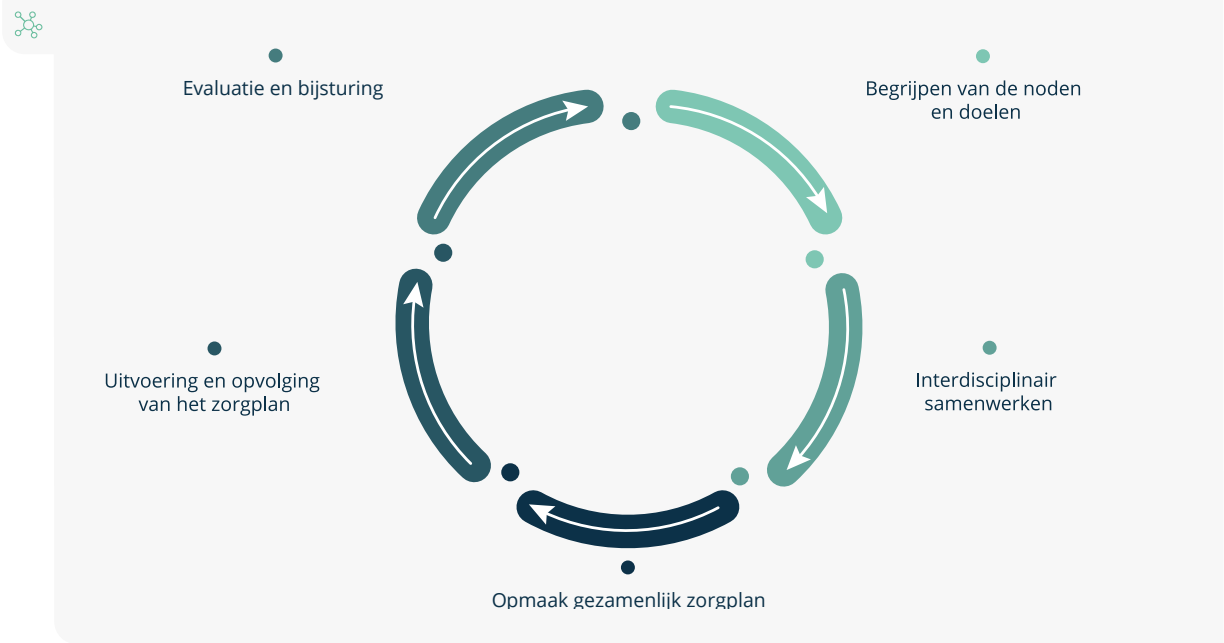
Deze piramide bestaat uit drie niveaus. In de onderste laag van de piramide bevindt zich de grootste groep mensen, namelijk **de gezonde populatie en personen met laagcomplexe zorg- en ondersteuningsnoden**. Deze mensen hebben meestal weinig zorg nodig en hebben slechts af en toe contact met zorg- of hulpverleners in de eerste lijn. Voor deze groep moet de focus liggen op preventie, zelfzorg en zelfmanagement, met als doel problemen voorkomen of onder controle houden, zodat zwaardere zorg kan vermeden worden. Ze coördineren zelf hun zorg en ondersteuning. Het is van belang om zo veel mogelijk in te zetten op gezondheidspromotie en preventie, opdat mensen zo lang mogelijk in de onderste laag van de piramide kunnen blijven.

In de middelste laag bevinden zich **mensen met meer zorg- en ondersteuningsnoden** (bv. personen met meerdere gezondheidsproblemen, instabiele chronische aandoeningen, combinatie van medische, psychische en sociale noden). Deze personen hebben regelmatige begeleiding nodig en worden vaak ondersteund door verschillende disciplines. Binnen deze groep is het belangrijk fragmentatie te vermijden en te zorgen dat zorg- en hulpverleners samenwerken aan wat voor de persoon belangrijk is. Dit om te vermijden dat de situatie van de persoon complex wordt. De coördinatie van de zorg en ondersteuning wordt opgenomen door een zorg- of hulpverlener.

In de top van de piramide bevindt zich een kleine maar kwetsbare groep **mensen met hoog complexe noden**. Hier is nood aan intensieve, vaak gespecialiseerde en interdisciplinaire zorg. In deze situaties is het vooral belangrijk stabiliteit te creëren, levenskwaliteit te verbeteren en onnodige crisissen en escalaties te vermijden. De groep in de top van de piramide ondervindt mogelijks de grootste impact op hun levenskwaliteit en is verantwoordelijk voor een groot deel van de uitgaven van onze Belgische ziekteverzekering. [14] Hier is vaak intensieve zorgcoördinatie of casemanagement nodig.

Geïntegreerde zorg voor een persoon in eenvoudige taal

We lichten **geïntegreerde zorg voor een persoon** hieronder toe aan de hand van **5 eenvoudige stappen.** De beschrijving is gebaseerd op het Interfederaal plan voor geïntegreerde zorg, dat benadrukt dat zorg- en hulpverleners samenwerken rond de persoon, met één gedeeld zorgplan en een geïntegreerde aanpak.



14 Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2025. De concentratie van de gezondheidsuitgaven in 2023 en de evolutie ervan sinds 2014. Geraadpleegd van https://www.mloz.be/sites/default/files/ressources/20250401_Studie_De%20concentratie_van_de_gezondheidsuitgaven_in_2023_en_de_evolutie_ervan_sinds_2014.pdf



Begrijpen van de noden en doelen

Geïntegreerde zorg is steeds persoons- en doelgericht. Dit wil zeggen dat binnen geïntegreerde zorg zowel de behoeften als de doelen van de persoon centraal staan. Zorg en ondersteuning wordt vormgegeven op basis van de unieke behoeften en doelen van een individueel persoon.

Persoonsgerichte zorg vertrekt vanuit wie de persoon is: zijn of haar noden, mogelijkheden, waarden en voorkeuren. Daarbij wordt steeds uitgegaan van een bio-psychosociaal perspectief. Dit betekent dat men verder kijkt dan louter de medische problematiek of diagnose, en aandacht heeft voor de psychologische, sociale en contextuele factoren die een invloed hebben op het functioneren en welzijn van de persoon. Dit perspectief erkent de relatie tussen gezondheidsproblemen en sociale problematiek.

Doelgerichte zorg vult dit aan door expliciet te focussen op wat de persoon wil bereiken. De zorg- en levensdoelen worden samen met de persoon (en waar relevant met naasten en zorg- en hulpverleners) bepaald en geven richting aan de zorg en ondersteuning. Het gaat hierbij niet alleen om medische doelen, maar ook om doelen op het vlak van levenskwaliteit, participatie, zelfredzaamheid en dagelijks functioneren. Door deze doelen expliciet te maken, wordt zorg niet enkel afgestemd op wat nodig is, maar ook op wat betekenisvol is voor de persoon. De levensdoelen geven richting aan de zorgdoelen.



[redacted]

Bij meer complexe noden zijn verschillende zorg- en hulpverleners betrokken. Zij vormen samen met de persoon (en zijn omgeving) één zorgteam, werken samen en wisselen informatie uit om persoons- en doelgerichte zorg te realiseren.



[redacted]

[redacted]de persoon of mantelzorger dit vraagt, wordt één gedeeld zorgplan opgesteld. Dat plan beschrijft:

- Zorg- en levensdoelen
- Acties
- Rollen en verantwoordelijkheden
- Timing

Het zorgplan geeft iedereen duidelijkheid en richting in de te leveren zorg en ondersteuning.

[redacted]

Het zorgteam voert het plan uit en volgt het op. Daarbij is zorgcoördinatie belangrijk: het zorgt ervoor dat de zorg samenhangend blijft en niet versnipperd raakt. De zorgcoördinatie kan gebeuren door:

- de persoon zelf
- een mantelzorger
- een zorg- of hulpverlener uit het zorgteam

Als de noden complex zijn en de persoon of mantelzorger dit niet zelf kan opnemen, wordt een zorgcoördinator aangeduid. Deze zorg- of hulpverlener houdt het overzicht en ziet erop toe dat de zorg goed wordt afgestemd.



In zeer complexe situaties kan een casemanager worden ingeschakeld.

Een casemanager:

- is een externe functie, dus geen deel van het zorgteam
- helpt tijdelijk (zo kort als mogelijk en zo lang als nodig) door het geheel te analyseren
- zorgt voor duidelijke probleemstelling
- begeleidt het team en de persoon in het zoeken van oplossingen

Een casemanager kan ook worden ingeschakeld als er nog geen zorgteam is (initiatorfunctie). Beide functies streven naar een goed georganiseerde en gecoördineerde zorg en ondersteuning.



Evalueren en bijsturen

Op regelmatige basis bekijkt het zorgteam hoe de uitvoering van het zorgplan verloopt. Waar nodig wordt het zorgplan bijgestuurd om beter aan te sluiten bij de veranderende noden. Wanneer het zorg- en ondersteuningsproces zou ontsporen, wordt de zorgcoördinatie gewijzigd (bv. doorgeven aan een zorg- of hulpverlener) of een casemanager ingeschakeld.



Wat betekent geïntegreerde zorg concreet voor Nathalie en haar gezin?

Geïntegreerde zorg vraagt niet enkel om samenwerking tussen zorg- en hulpverleners, maar ook samenwerking mét het gezin van Nathalie. De zorg en ondersteuning moet vertrekken vanuit de noden en doelen van het gezin.

De vroedvrouw in het ziekenhuis screent Nathalie op psychosociale kwetsbaarheden via Born in Belgium Pro, een digitale screeningstool voor zorg- en hulpverleners. Volgende kwetsbaarheden komen naar boven: financiële problemen, huisvestingsproblemen en mentale gezondheidsproblemen. Nathalie heeft het gevoel dat er naar haar geluisterd wordt en dat haar mentale en financiële moeilijkheden worden erkend.

Tijdens een adviesgesprek worden de resultaten van de screening besproken en wordt er met Nathalie bekeken op welke manier en door wie de moeilijkheden kunnen worden aangepakt. De nodige zorg en ondersteuning wordt bijgeschakeld op basis van de geïdentificeerde noden. Hierdoor heeft Nathalie het gevoel dat de zorg en ondersteuning wordt afgestemd op haar noden, en dus persoons- en doelgericht is.

De vroedvrouw stelt tijdens het adviesgesprek voor om een zorgcoördinator aan te duiden. Nathalie is akkoord dat de zorgcoördinatie wordt opgenomen door een sociaal assistente in het ziekenhuis, aangezien ze zichzelf niet bereid voelt dit op te nemen. De zorgcoördinator zorgt ervoor dat Nathalie de gepaste zorg en ondersteuning krijgt op maat. Nathalie ervaart hierdoor continuïteit in haar zorg.

Er wordt een zorgteam opgebouwd rond Nathalie o.b.v. haar noden en screeningsresultaten: Nathalie wordt verwezen naar het OCMW van haar gemeente voor een sociale/financiële intake. Ze krijgt bovendien de contactgegevens van een eerstelijnspsycholoog uit haar buurt. De zorgcoördinator volgt op hoe de zorg en ondersteuning verloopt en past deze aan wanneer de noden veranderen, bijvoorbeeld tijdens het verdere verloop van de zwangerschap en in de periode na de bevalling.

In het derde trimester van Nathalie haar zwangerschap vindt een tweede adviesgesprek plaats. In dit gesprek wordt gekeken hoe zorg en ondersteuning loopt en hoe de moeilijkheden die eerder werden gedetecteerd zijn geëvolueerd. Tijdens dit gesprek wordt ook de bevalling en de periode na de bevalling besproken en voorbereid.

De casus van Nathalie toont dat geïntegreerde zorg geen afzonderlijke interventie is, maar een manier van werken waarbij zorg en ondersteuning worden afgestemd op de noden van een persoon en zijn gezin, met aandacht voor continuïteit, samenwerking en regie.

Ten slotte worden er een aantal tips gegeven aan professionals werkzaam op mesoniveau om geïntegreerde zorg te kunnen realiseren:

Aanbevelingen op microniveau

- Probeer zoveel mogelijk uit te gaan van de biopsychosociale noden van de persoon en zijn omgeving, zodat zorg en ondersteuning goed aansluiten bij hun leefwereld.
- Betrek de persoon als een actieve partner in het zorg- en ondersteuningsproces, en geef waar mogelijk ruimte voor eigen regie en zelfredzaamheid.
- Werk samen met andere zorg- en hulpverleners op een interdisciplinaire manier, zodat expertise en perspectieven elkaar versterken.
- Streef ernaar zo evidence-based mogelijk te werken, met aandacht voor wat in de praktijk effectief blijkt.
- Zoek actief de verbinding tussen zorg en welzijn, zodat ondersteuning breder en meer geïntegreerd kan worden aangeboden.

Aandachtspunten op microniveau

- Heb oog voor de bredere levenscontext van de persoon en mantelzorgers, zodat zorg niet losstaat van hun dagelijkse realiteit.
- Beperk de informatie-uitwisseling met de persoon niet tot het strikt noodzakelijke, maar creëer ruimte voor dialoog en verduidelijking.
- Focus niet uitsluitend op curatieve zorg, maar neem ook preventie, welzijn en langdurige ondersteuning mee.
- Zie zorgplanning niet louter als administratie, maar als een hulpmiddel om doelgerichte en afgestemde zorg te realiseren.
- Neem geen beslissingen in de plaats van de persoon, maar ondersteun hem of haar om een actieve rol op te nemen in het zorg- en ondersteuningsproces.

2.2.3 Randvoorwaarden voor geïntegreerde zorg (grondlaag)

Onder de regenboog worden er randvoorwaarden benoemd, die nodig zijn voor de goede realisatie van geïntegreerde zorg.

Functionele of harde randvoorwaarden

Dit gaat over de praktische en technische kant van de organisatie van geïntegreerde zorg, zoals:

- ICT-systemen die op elkaar aansluiten
- Gedeelde financiering
- Personeelsbeleid
- Planning en coördinatie

In België zijn er drie grote aandachtspunten bij de harde randvoorwaarden:

1. Er is geen éénduidig geïntegreerd digitaal patiëntendossier.
2. De financiering van de gezondheidszorg is nog steeds vooral prestatiegericht.
3. Zorg- en hulpverleners werken nog vaak apart, in silo's of solopraktijken.

Deze obstakels kunnen aangepakt worden door o.a. te voorzien in zorgpaden en -trajecten met aangepaste financiering en organisatie van zorg die fragmentatie doorbreekt, met de nodige ondersteunende digitale tools. Verschillende initiatieven worden ingezet om hieraan tegemoet te komen.

Normatieve of zachte randvoorwaarden

Dit gaat over gedeelde waarden en een gemeenschappelijke visie tussen zorg- en hulpverleners of organisaties. Het omvat:

- Vertrouwen en openheid
- Gedeelde missie en doelen
- Een informele, samenwerkende cultuur

Wat helpt, is een mesoniveau dat netwerkvorming en gedeelde visievorming faciliteert bij actoren binnen een bepaalde regio.



Op welke randvoorwaarden zetten we in bij de casus van Nathalie en haar gezin?

- **Harde randvoorwaarden**
  - *Digitale screeningstool (Born in Belgium pro) toegankelijk voor zorg- en hulpverleners met mogelijkheid tot samenwerking, informatiedeling en het voorzien van een gepaste toeleiding naar zorg en ondersteuning*
  - *Financiering voorzien voor screening, adviesgesprekken, coördinatie en samenwerking*

- **Zachte randvoorwaarden**
  - *Verbeteren van zorg en ondersteuning voor zwangere vrouwen met een psychosociale kwetsbaarheid als gezamenlijk doel*
  - *Voorzien in implementatiecoaches die zorg- en hulpverleners op het terrein leren samenwerken en het programma leren toepassen met een geïntegreerde mindset*

3 MEERWAARDE VAN GEÏNTEGREERDE ZORG: WAT BRENGT HET OP?

Een sterke evaluatie van geïntegreerde zorg combineert harde cijfers, ervaringen van patiënten of zorg- en hulpverleners en organisatorische inzichten

1 op 2 eerstelijnspraktijken in België lijkt niet klaar voor optimale zorgcoördinatie

€

Onaangepaste financiering blijft grootst barrière voor meer geïntegreerde zorg



Geïntegreerde zorg werkt: betere levens-kwaliteit, minder ziekenhuisopnames en minder onvervulde zorgnoden

De evaluatie van geïntegreerde zorg is complex, omdat het verschillende effecten heeft (bv. klinisch, sociaal, financieel, organisatorisch). De quintuple aim, die werd toegelicht in hoofdstuk 2, wordt als kompas gebruikt in de evaluatie van geïntegreerde zorg.

Uitkomsten voor patiënten (bv. op vlak van gezondheidsresultaten, tevredenheid) worden vaak gebruikt om de meerwaarde van geïntegreerde zorg mee aan te tonen. Ook de effecten van geïntegreerde zorgprogramma's op zorgconsumptie (bv. aantal spoedopnames) of organisatorische effecten (bv. verandering in samenwerking tussen zorg- en hulpverleners, opmaak van zorgplannen) worden vaak gemeten. Een sterke evaluatie van geïntegreerde zorg combineert harde cijfers, ervaringen van patiënten of zorg- en hulpverleners en organisatorische inzichten.

Het Handbook of Integrated Care [15] benadrukt echter dat het moeilijk tot onmogelijk is om geïntegreerde zorg als totaalpakket te evalueren. Geïntegreerde zorg kent een brede definitie en er zijn vele (externe) factoren die bijdragen aan het succes. Bovendien zijn data vaak versnipperd omdat gegevens van verschillende zorg- en hulpverleners of organisaties uit verschillende systemen gecombineerd moeten worden. Er wordt aangeraden om eerder de impact te meten van kernelementen die helpen om geïntegreerde zorg te realiseren, zoals versterking van de eerste lijn, transmurale zorg, doelgerichte zorg, proactief screenen of zorgcoördinatie. De WHO benoemde vijf kernstrategieën gelinkt aan persoonsgerichte en geïntegreerde zorg: empowerment en betrokkenheid van personen, versterken van de governance en de verantwoordelijkheidszin, heroriëntatie van het zorgmodel, coördinatiediensten en creëren van een gunstig klimaat. [16]

3.1 Internationale evidentie



De beschikbare internationale evidentie is duidelijk positief over geïntegreerde zorg op vlak van toegankelijkheid en continuïteit van zorg in de eerste lijn, ziekenhuisgebruik, patiënten uitkomsten en -ervaringen. Een meta-review van 27 systematische reviews vond in het merendeel van de reviews positieve effecten terug van geïntegreerde zorg, zoals een verlaagd aantal ziekenhuisopnames en heropnames, een betere therapietrouw van patiënten en een verbetering in de ervaren levenskwaliteit.[17]

Wat de financiële effecten betreft, is er minder beschikbare evidentie dat de invoering van geïntegreerde zorg leidt tot een daling van de kosten. Geïntegreerde zorg vraagt een cultuurverandering op het terrein, waarvoor initieel vaak extra middelen nodig zijn om deze shift te verwezenlijken. Een verlaging van kosten werd vooral teruggevonden voor studies die langer dan één jaar liepen.[18]

In de Verenigde Staten, werd er een beduidende kostenbesparing vastgesteld binnen "Accountable Care Systems" [19]. "Accountable Care Systems" zijn groepen van artsen, ziekenhuizen en andere zorgverleners die een overeenkomst aangaan met een ziekteverzekering en samenwerken om gecoördineerde hoogwaardige zorg te bieden aan de leden van de ziekteverzekering. De uitgespaarde kosten die bekomen worden door de gecoördineerde hoogwaardige zorg worden verdeeld onder de verschillende partners. Op die manier worden zorgverstrekkers niet enkel betaald voor de zorg die ze bieden aan patiënten maar ook voor de proactieve zorg die wordt verleend om ziekte, complicaties of herval te voorkomen.

Ook in Europa zijn er al voorbeelden van kostenbesparingen. In Duitsland leidde de aanpak van 'Gesundes Kinzigtal' voor geïntegreerde zorg tot kostenbesparingen zonder verlies van kwaliteit van de geleverde zorg. Hierbij worden zorgverleners gestimuleerd om preventie en zorgcoördinatie te verbeteren en worden de uitgespaarde kosten ook (shared savings) ook verdeeld onder de betrokken zorgverleners. [20]

15 E. Nolte, Evidence supporting integrated care, editors V. Amelung, V. Stein, E. Suter, N. Goodwin, E. Nolte, R. Balicer (Eds.), Handbook integrated care, Springer International Publishing, Cham (2021), pp. 39-52

16 World Health Organization. (2015). People-centred and integrated health services: An overview of the evidence. Interim Report. Geneva: World Health Organization.

17 Nahara Anani Martínez-González, Peter Berchtold, Klara Ullman, André Busato, Matthias Egger, Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review, International Journal for Quality in Health Care, Volume 26, Issue 5, October 2014, Pages 561–570, https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu071

18 Rocks, S., Berntson, D., Gil-Salmerón, A. et al. Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. Eur J Health Econ 21, 1211–1221 (2020). https://doi.org/10.1007/s10198-020-01217-5

19 https://www.advisory.com/daily-briefing/2025/09/09/aco-savings

20 Healthy Kinzigtal Programme in Germany: case study. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development; 2023.

3.2 Nationale evaluatie-initiatieven

Ook in België wordt er al jaren ingezet op de evaluatie van geïntegreerde zorg.



De studie van het KCE uit 2022 (zie eerder) onderzocht de maturiteit van geïntegreerde zorg in België ervaren door professionals op het terrein.[21] Deze studie wees echter uit dat geïntegreerde zorg volgens de bevraagde professionals in België nog in haar kinderschoenen staat. De huidige financieringsmechanismen van het zorgsysteem werden hierbij als belangrijkste barrière geïdentificeerd door de professionals. Prestatiefinancieringen stimuleren namelijk geen interdisciplinair, persoonsgericht of gezondheidsgericht werken. Uit de patiëntenbevragingen van het KCE bleek wel dat meer dan 60% van de bevraagden tevreden is over de organisatie van de zorg in België. Langs de andere kant gaf het merendeel van de bevraagden aan dat ze (bijna) nooit werden bevraagd over hun eigen doelen of ervaren bijwerkingen in het zorg- en ondersteuningsproces. Velen ontvingen ook maar beperkte info of behandelopties. Dit doet vermoeden dat de ondervraagden weinig geïntegreerde zorg ervaarden.

Een ander initiatief waarbij ervaringen van patiënten met geïntegreerde zorg werden bevraagd, is de **Patient-Reported Indicator Survey (PaRIS)**.[22] PaRIS is een internationaal initiatief van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) waaraan België deelneemt. De studie focust op wat tot nu toe ontbrak in gezondheidszorgsystemen: **systematische data over de mate waarin de verstrekte eerstelijnszorg aan de behoefte van personen met chronische aandoeningen voldoet**. De studie verzamelt ervaringen en gezondheidsuitkomsten van personen met chronische aandoeningen boven de 45 jaar met minstens één huisartsencontact in de voorbije 6 maanden via vragenlijsten. De studie geeft daarmee een stem aan personen met chronische aandoeningen die zowel beleidsmakers als zorg- en hulpverleners in staat moet stellen om de kwaliteit van onze zorg te verbeteren.

De PaRIS studie van 2025 toont aan dat landen sterk verschillen in hoe goed personen met chronische aandoeningen digitale gezondheidsinformatie kunnen gebruiken, hoe zorg wordt gecoördineerd en hoeveel personen met chronische aandoeningen betrokken worden bij hun eigen zorg. Ook blijken ervaringen en gezondheidsuitkomsten te verschillen naargelang iemands socio-economische situatie, het geslacht en het aantal aandoeningen. De resultaten moedigen landen aan om hun zorgsystemen beter af te stemmen op wat personen met chronische aandoeningen nodig hebben, en daarbij te leren van succesvolle voorbeelden in andere landen.

In België namen 59 huisartsenpraktijken deel aan het onderzoek en werden in totaal 4.687 ingevulde vragenlijsten geanalyseerd. De Belgische resultaten van de studie tonen aan dat

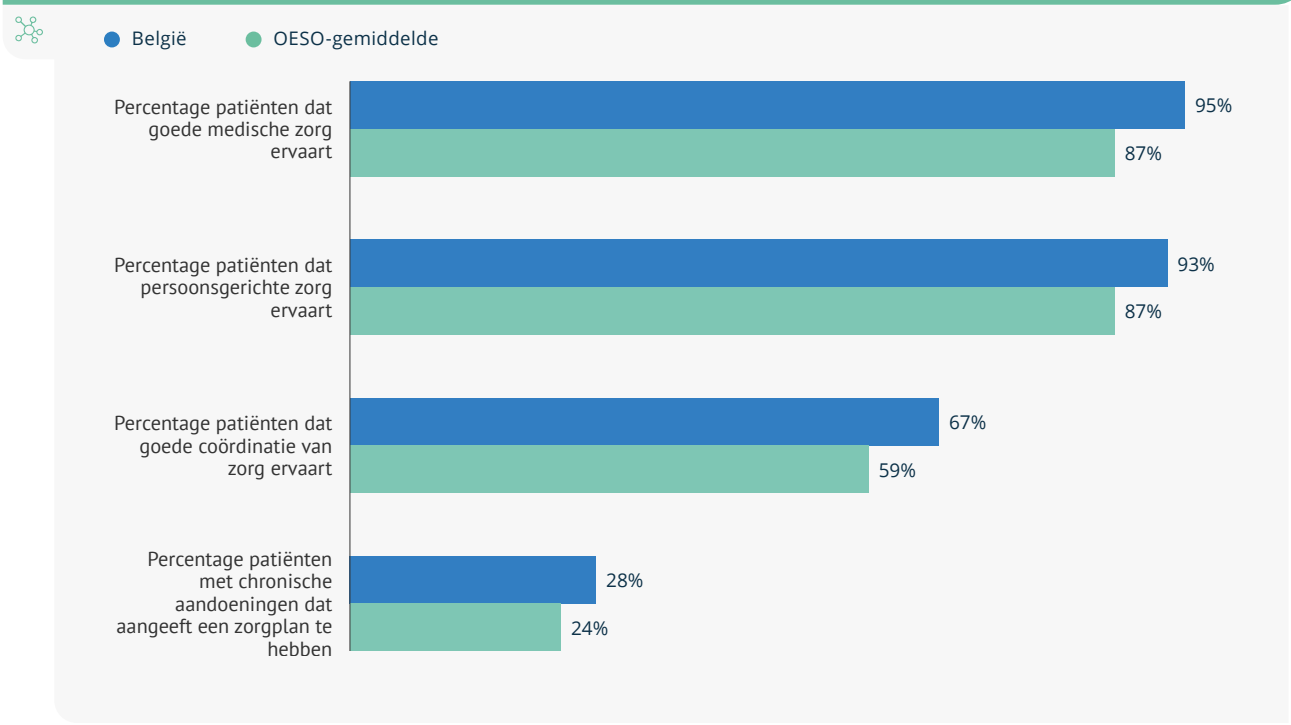
- Meer dan 95% van de Belgische respondenten een goede kwaliteit van medische zorg ervaart
- Meer dan 2/3 van de Belgische respondenten een goede coördinatie van de zorg ervaart, al geeft slechts een beperkte groep aan dat er effectief een goede afstemming is tussen zorgverleners. Dit leidt vaak tot vertragingen of herhalingen van onderzoeken.
- Personen met chronische aandoeningen met een zorgplan (“Een schriftelijke overeenkomst tussen een persoon en zijn of haar zorgverlener waarin wordt vastgelegd welk type zorg over een langere periode zal worden verleend, hoe deze zorg zal worden georganiseerd, en welke verantwoordelijkheden de persoon zelf opneemt in het beheer van zijn of haar zorg.”) een hogere mate van persoonsgerichte zorg ervaren. Zorgplanning blijkt echter geen standaardpraktijk te zijn.
- Minder dan de helft van de respondenten aangeeft altijd voldoende informatie te hebben gekregen wanneer ze die nodig hadden om hun eigen gezondheid en welzijn te beheren.

Hieronder worden een aantal kerncijfers vanuit de PaRIS-studie voor België weergegeven t.o.v. het OESO-gemiddelde:

21 Lambert A-S, Op de Beeck S, Herbaux D, Macq J, Rappe P, Schmitz O, Schoonvaere Q, Van Innis A.L, Vandenbroeck P, De Groote J, Schoonaert L, Vercruysse H, Vlaemynck M, Bourgeois J, Lefèvre M, Van den Heede K, Benahmed N. Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2022. KCE Reports 359As. D/2022/10.273/50.

22 D. Annaert, R. Ekelson, S. Bensemmane, A. Van Vyve, R. De Schreye. Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS): Insights from Belgium. Focused on people living with chronic conditions. Brussels, Belgium: Sciensano. 2025, June. Report number: D/2025.14.440/15.

Ervaren kwaliteit van eerstelijnszorg door personen met minstens één chronische aandoening op basis van vier indicatoren (vergelijking België – OESO)



Naast personen met chronische aandoeningen werden ook de betrokken huisartsenpraktijken zelf ondervraagd. Uit deze bevraging blijkt dat minder dan de helft van de deelnemende eerstelijnspraktijken goed voorbereid was op effectieve zorgcoördinatie. **Verder is de betrokkenheid van niet-artsen in langdurige zorg nog steeds beperkt, namelijk 46% t.o.v. 83% als OESO-gemiddelde.**



Patiëntenervaringen draaien niet alleen om cijfers, maar ook om het luisteren naar het verhaal van mensen. Hieronder wordt een getuigenis weergegeven van een patiënt over zijn ervaringen met geïntegreerde zorg in het kader van een geïntegreerd zorgproject voor ouderen, met ergotherapeutische en psychologische ondersteuning en casemanagement.

Getuigenis patiënt

"Sinds mijn aanmelding binnen het geïntegreerd zorgproject voor ouderen van het RIZIV [23] , voelt mijn leven een stuk lichter aan. De geïntegreerde aanpak heeft echt iets veranderd in mijn dagelijkse leven. Mits de hulp van de casemanager, mijn aanspreekpunt, ben ik in contact gekomen met een thuishulpdienst. De thuishulp die elke dinsdag rond 10 uur langskomt, brengt niet alleen praktische hulp maar ook rust met zich mee. Ze doen mijn boodschappen nu ik niet meer met de auto kan rijden en nemen mijn strijk met plezier over. Echter gaat het verder dan dat, hun komst geeft me structuur en hun aanwezigheid voelt vertrouwd. We maken soms gewoon een praatje en dat betekent meer dan ze misschien zelf beseffen.

Toen mijn man er nog was, merkte ik al hoe goed de zorgverleners samenwerkten. De ergotherapeut gaf ons duidelijke uitleg over hulpmiddelen en leerde hem hoe hij makkelijker in en uit bed kon stappen. Zij regelde ook een rollator en een rolwagen. Alles werd voor ons georganiseerd. Een firma kwam thuis langs voor de maatopname en wij hoefden ons nergens in te verdiepen.

23 https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/kwaliteitszorg/ouderenzorg/alternatieve-vormen-van-ouderenzorg-projecten

Dat soort zorg, waarbij je voelt dat er echt wordt meegedacht, is goud waard. Evenzeer ben ik met behulp van de ergotherapeut voorgesteld aan de psychologe, omdat ik meer dan alleen een luisterend oor nodig had.

Na het overlijden van mijn man komt de psychologe tweewekelijks langs. Ik kende haar al van vroeger, toen ze mijn man begeleidde tijdens zijn moeilijke momenten en mij hierin ondersteunde. Ze luistert en geeft me handvaten om met mijn verdriet om te gaan. Haar bezoekjes doen me oprecht deugd.

Daarnaast ga ik elke week eten in het buurtrestaurant. Het is fijn om daar mensen tegen te komen die ik al ken sinds mijn kindertijd. Na het eten speel ik soms Uno of kaart ik in de ontmoetingsruimte. Dat kleine stukje sociaal contact geeft me warmte en verbondenheid.

Wat voor mij misschien nog het belangrijkste is, is het hebben van één aanspreekpunt. Dat geeft me een gevoel van veiligheid. Ik hoef niet telkens opnieuw mijn verhaal te doen. Mijn hulpverlener weet wat er speelt en verwijst me door naar de juiste persoon wanneer dat nodig is. Ik weet dat er een sterk team achter zit dat regelmatig samenkomt om mijn situatie te bespreken. Nadien krijg ik altijd een duidelijke terugkoppeling, zowel ikzelf als mijn kinderen. Dat geeft vertrouwen. Het gevoel dat je er niet alleen voor staat."

De PaRIS-resultaten tonen aan dat de interdisciplinaire samenwerking tussen zorg- en hulpverleners en coördinatie van zorg in de eerste lijn verbeterd kan worden. Hieronder geven we een getuigenis van een psycholoog weer waar er wel al een mooie samenwerking en netwerkvorming werd opgezet.

Getuigenis psycholoog

"Als zelfstandige psychologe met een privépraktijk raak je al snel geïsoleerd en kom je moeilijk in contact met de verschillende zorg- en hulpverleners die bij een casus betrokken zijn. De lokale ontmoetingen georganiseerd door het netwerk voor geestelijke gezondheidszorg hebben enorm geholpen om het 'ijs te breken'. Als eerstelijnspsycholoog word ik sindsdien regelmatig gecontacteerd door het wijkgezondheidscentrum van de buurt en door het OCMW. Dit soort samenwerkingen binnen een lokaal netwerk vinden nu veel spontaner plaats en betekenen een frisse wind voor mij. We hebben in de loop van de jaren dan ook een hele weg afgelegd: van 'ieder zijn eigen vakje' naar echte interdisciplinaire samenwerking."

"Als psycholoog word ik vaak geconfronteerd met jonge tieners die met hun ouders langskomen op verzoek van een instelling of van de ouders zelf, zonder echte hulpvraag van de jongere zelf. Toen een jeugdhuis met een sportruimte onze hulp vroeg rond angst, toenemend middelengebruik en intrafamiliale conflicten, zag ik een kans om, via het aanbieden van collectieve sessies ter plaatse in samenwerking met een jeugdwerker, aan te haken bij dat wat de jongeren zelf interesseert, binnen hun eigen veilige leefruimte.

Dankzij het effect van de groep, die als ondersteunend werd aangevoeld, was er duidelijk minder individuele weerstand en deden de jongeren proactief voorstellen aan elkaar over veerkracht. Daarbij zijn we alert op wat er in de groep gebeurt, maar ook op hoe elke individuele deelnemer reageert. Sommige jongeren vragen vervolgens spontaan om individuele begeleiding. Anderen benaderen we zelf met het voorstel voor een individueel traject.



Samenvattend kunnen we stellen dat geïntegreerde zorg potentiële meerwaarde heeft voor patiënten en hun omgeving, zorg- en hulpverleners en voor het zorgsysteem en de samenleving. De organisatie en meerwaarde wordt in België vooral in kaart gebracht door de bevoegde instanties op macroniveau (KCE, Sciensano) maar ook door wetenschappelijke experten en het terrein via metingen over patiënttevredenheid, ervaren coördinatie en samenwerking tussen zorg- en hulpverleners en uitkomstmaten (en in mindere mate kostenbesparingen) voor specifieke populaties. In de toekomst zal er nog verder worden gezocht naar indicatoren die 'goede geïntegreerde zorg' het best weerspiegelen en waarvoor er kwaliteitsvolle gegevens verzameld kunnen worden.

4 CONCLUSIE & TOEKOMSTVISIE



De FOD Volksgezondheid wil samen met de andere overheden de gezondheidszorg mee verder hervormen zodat geïntegreerde zorg de norm wordt. Dit betekent dat zorg vertrekt vanuit de noden van de persoon, en niet vanuit bestaande structuren of sectoren. Het verder inzetten op de functionele en normatieve randvoorwaarden van het regenboogmodel is hierbij van cruciaal belang om uiteindelijk integratie op de verschillende niveaus te bekomen:

Functionele (harde) randvoorwaarden

1. **Eenvoudigere en gezamenlijke organisatie van zorg:**

Overheden moeten beter samenwerken om versnippering te vermijden. Het interfederaal plan was hierin een eerste belangrijke stap. De inspanningen dienen echter verstevigd te worden in een duurzaam en sterker juridisch kader zoals een samenwerkingsakkoord geïntegreerde zorg en ondersteuning, gevalideerd door de verschillende parlementen. De voorbereidende werken zijn hiervoor volop aan de gang.

2. **Aangepast financieringssysteem:**

Het systeem met hoofdzakelijk betalingen 'per prestatie' stimuleert geen samenwerking. Nieuwe modellen moeten samenwerking, preventie en kwaliteit belonen via gedeelde budgetten en forfaitaire, populatiegerichte financiering. In dit kader werken de FOD Volksgezondheid en het RIZIV bijvoorbeeld aan de hervorming van de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering. In het verleden werd er ook al sterk ingezet op de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. Verschillende initiatieven ontstaan om hieraan tegemoet te komen.

Normatieve (zachte) randvoorwaarden

1. **Cultuur van samenwerking en nieuwe vaardigheden:**

Zorg- en hulpverleners moeten meer samenwerken in interdisciplinaire teams. Opleiding, vertrouwen en gezamenlijke besluitvorming zijn belangrijk. Dit moet van bij de opleiding van zorg- en hulpverleners worden meegegeven. Geïntegreerde zorg is een manier van denken en werken. Er wordt ook meer ingezet op communicatie over geïntegreerde zorg, maar ook op de ondersteuning bij de implementatie ervan via bv. implementatiecoaches bij het perinataal programma. Mesostructuren spelen hierbij een belangrijke rol.

2. **Meer aandacht voor preventie en buurtgerichte zorg:**

Door sneller ondersteuning te bieden en zorg dichter bij de leefomgeving te organiseren, kan zwaardere zorg worden voorkomen. Lokale netwerken en eerstelijnszones spelen hierbij een sleutelrol. De bevoegdheid om dit te realiseren ligt bij de deelstaten.

Functionele (harde) randvoorwaarden

3. **Sterkere digitalisering als katalysator voor gegevensverzameling, communicatie en samenwerking:**

Vlot en veilig gegevens delen tussen zorg- en hulpverleners is essentieel. Mensen moeten meer toegang en controle krijgen over hun eigen gegevens. Er wordt gewerkt aan een 'Belgian Integrated Health Record' en belangrijke stappen werden de voorbije decennia al gezet ten voordele van een sterkere digitale gezondheidszorg bv. de opmaak van de actieplannen eGezondheid, de opkomst van mijnGezondheid (en sinds kort ook de bijhorende applicatie) met online toegang voor burgers tot hun elektronisch patiëntendossier, verplichte elektronische activiteiten voor zorg- en hulpverleners, meestal gefaciliteerd door ondersteunende Europese regelgeving.

4. **Focus op gelijke kansen voor iedereen:**

Geïntegreerde zorg moet zowel inspelen op individuele noden als op verschillen tussen wijken en gemeenschappen, zodat iedereen de juiste zorg krijgt. De drempel van bestaand en toekomstig beleid wordt verlaagd via voldoende geografische spreiding van initiatieven op basis van de lokale noden, financiële maatregelen en sociale bescherming via een sterke ziekteverzekering.

Normatieve (zachte) randvoorwaarden

3. **Depatiëntalsactievepartnerinhetproces:**

Patiënten worden verondersteld een meer actieve rol te gaan opnemen in hun zorg- en ondersteuningsproces. Verschillende maatregelen worden hiervoor genomen zoals campagnes over gezondheidsvaardigheden, meer inzet op de ondersteuning van mantelzorgers en meer aandacht voor bevragen van levensdoelen van en het maken van gedeelde beslissingen met de patiënt.

Meer weten over de huidige campagne van de FOD Volksgezondheid?
gezondheidsvaardigheden-nieuwe-nationale-campagne-komst

We concluderen dat het beleid inzake geïntegreerde zorg in België wel degelijk de juiste richting inslaat en het potentieel heeft om ons zorgsysteem toekomstbestendiger te maken, maar dat de transitie naar een volledig geïntegreerd zorgmodel nog lang niet voltooid is. Er zal de komende jaren dan ook verder worden ingezet op initiatieven die de kloof tussen visie en praktijk stapsgewijs proberen te dichten, vertrekkende vanuit een gedeeld beleidskader waar alle overheden in België zich toe onderschrijven. Stilaan hopen we goede experimenten van geïntegreerde zorg om te zetten naar structureel beleid. Enkel via langdurige inspanningen en investeringen, met aan de basis duidelijke en coherente beleidskeuzes, kan een cultuur van samenwerking worden geïnstalleerd en geïntegreerde zorg daadwerkelijk gerealiseerd worden.

Samenvattend: België heeft belangrijke eerste stappen gezet, maar er blijft nog een lange weg te gaan voordat geïntegreerde zorg niet langer een streven is, maar een vanzelfsprekend onderdeel van ons zorgsysteem.



Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu