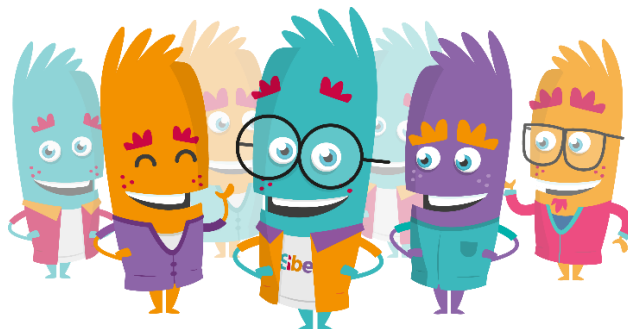





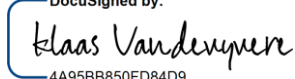
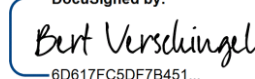


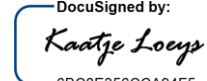



Transitieplan – Samenwerkingsverband geïntegreerde zorg

Naam van het samenwerkingsverband:

De Koepel vzw - Sibe



Dit plan kwam tot stand en wordt gedragen door het volledige samenwerkingsverband geïntegreerde zorg De Koepel vzw (Sibe) met als vertegenwoordigers:

<p>Inge Luts <i>Voorzitter raad van bestuur (rvb) - Vertegenwoordiging ziekenhuizen</i></p>	<p>DocuSigned by:  0594006987D84DC...</p>
<p>Klaas Vandevyvere <i>Vertegenwoordiging medisch specialisten rvb</i></p>	<p>DocuSigned by:  4A95BB850FD84D9...</p>
<p>Bert Verschingel <i>Vertegenwoordiging Mantelzorgverenigingen rvb</i></p>	<p>DocuSigned by:  6D617FC5DF7B451...</p>
<p>Aurelie Ryckman <i>Vertegenwoordiging thuisverpleegkundigen rvb</i></p>	<p>DocuSigned by:  E57C5ADC3F2C4F2...</p>
<p>Christophe Blanckaert <i>Vertegenwoordiging apotheek rvb</i></p>	<p>DocuSigned by:  4C73F30BCC4A404...</p>
<p>Kaatje Loeyts <i>Vertegenwoordiging eerstelijnszones rvb</i></p>	<p>DocuSigned by:  6BC8E356CCA94F5...</p>
<p>Lieven Lust <i>Vertegenwoordiging geestelijke gezondheidszorg rvb</i></p>	<p>DocuSigned by:  11BC92A8AA1D409...</p>
<p>Christian Devlies <i>Vertegenwoordiging diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg rvb</i></p>	<p>DocuSigned by:  B814D91632BD4AD...</p>
<p>Nele Mortier <i>Vertegenwoordiging residentiële ouderenzorg rvb</i></p>	<p>DocuSigned by:  F14E8CC76B26404...</p>

<p>Louise Lucidarme Vertegenwoordiging mutualiteiten rvb</p>	<p>DocuSigned by: <i>Louise Lucidarme</i> 1BF9AF6501A54F2...</p>
<p>Lieve Bertho Patiëntvertegenwoordiger rvb</p>	<p>DocuSigned by: <i>Bertho L</i> E6EDB0846E0E4A5...</p>
<p>Griet Boedt Vertegenwoordiging lokale besturen rvb</p>	<p>DocuSigned by: <i>Griet Boedt</i> 2A6C82DBFF964AB...</p>
<p>Luc Haelemeersch Vertegenwoordiging zelfstandig thuisverpleegkundigen dagelijks bestuur (db)</p>	<p>DocuSigned by: <i>Luc Haelemeersch</i> 76511CA09F7545D...</p>
<p>Marlies Descan Vertegenwoordiging mutualiteiten (db)</p>	<p>DocuSigned by: <i>Marlies Descan</i> C1835375AC9E400...</p>
<p>Stijn Lazeure Vertegenwoordiging apotheek db</p>	<p>DocuSigned by: <i>Stijn Lazeure</i> A52939251AA4490...</p>
<p>Sylvie Prévot Vertegenwoordiging eerstelijnszones db</p>	<p>DocuSigned by: <i>Sylvie Prévot</i> B341E77B59C844D...</p>

Inhoudstafel

1. Inleiding.....	1
2. Template transitieplan	2
2.1 Voorbereidende analyse	2
Bijkomende aspecten	8
Algemene conclusie.....	10
2.2 Plan van aanpak.....	11
2.2.1 Toelichting: naar een hernieuwde finaliteit van integratiemanagement.....	11
2.2.2 Doel: wat betekent dit voor de transitie van de samenwerkingsverbanden?	12
2.2.3 Wat betekent dit transitieplan voor uw samenwerkingsverband?	13

Inleiding

In het kader van de implementatie van geïntegreerde zorg in België zijn verschillende initiatieven ontwikkeld, waaronder sinds 2015 "Het gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken: geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid". In het kader van dit plan hebben 12 pilootprojecten acties uitgevoerd om de implementatie van geïntegreerde zorg in een bepaald gebied te testen. Na deze uitvoeringsfase, die eindigt op 31/12/2022, hebben de pilootprojecten de mogelijkheid om zich in te schrijven voor een transitieperiode (01/01/2023 - 31/12/2024) richting de structurele invoering van geïntegreerde zorg in België.

De doelstellingen van deze transitieperiode zijn:

- het integratiemanagement van geïntegreerde zorg in een bepaalde regio te versterken, in samenhang met andere initiatieven voor geïntegreerde zorg,
- het verdiepen en verbeteren van sommige activiteiten/interventies die een reële impact hebben op de geïntegreerde zorg en de operationalisering van de 18 componenten die nodig zijn voor geïntegreerde zorg,
- verder werken aan bepaalde aspecten die nodig zijn voor geïntegreerde zorg en die in het verleden niet voldoende aan bod zijn gekomen,
- voorbereiding van de geleidelijke transitie naar het toekomstige kader voor de zorgorganisatie, zoals zal worden overeengekomen in het nieuwe interfederaal plan,
- beëindiging van de 'pilootfasen' door uiterlijk tegen het einde van deze overeenkomst over te gaan naar een definitief kader dat voor alle rechthebbenden geldt.

Bovendien worden de pilootprojecten die de overeenkomst zullen ondertekenen "Samenwerkingsverbanden geïntegreerde zorg" en verbinden zij zich ertoe een reeks in artikel 3 beschreven taken uit te voeren.

De samenwerkingsverbanden dienen binnen hun afgebakende regio te streven naar geïntegreerde zorg voor de gehele populatie, namelijk: de gezonde bevolking, mensen met een verhoogd risico op bepaalde aandoeningen of complicaties, mensen met chronische ziekten met een hoge prevalentie en ook zeldzame ziekten.

Daarnaast bepaalt de overeenkomst in artikel 5 dat elk samenwerkingsverband geïntegreerde zorg een transitieplan moet opstellen dat **uiterlijk op 28 februari 2023** bij de permanente werkgroep moet worden ingediend via integratedcare@health.fgov.be.

Het transitieplan heeft betrekking op de strategie van het samenwerkingsverband voor geïntegreerde zorg voor het bereiken van de doelstellingen van de transitieperiode (01/01/2023 - 31/12/2024) en omvat de geplande activiteiten tijdens de looptijd van de overeenkomst alsmede een bestedingsplan. De inhoud van het transitieplan kan in verschillende fasen worden ontwikkeld en aangepast om in overeenstemming te zijn met de visie van het toekomstige interfederaal plan.

De ontwikkeling van het transitieplan wordt idealiter uitgevoerd en ondersteund door alle actoren van het samenwerkingsverband geïntegreerde zorg.

Dit document (Template - transitieplan) werd ontwikkeld door de IAC en WeCare met als doel de samenwerkingsverbanden stof tot nadenken en richtlijnen te geven voor het structureren van hun strategisch plan. Daarnaast zullen de IAC en WeCare ook ondersteuning bieden aan de samenwerkingsverbanden bij de opmaak van het transitieplan.

Het onderstaande schema heeft betrekking op de valideringsstappen van het transitieplan :

01/01/2023	Inwerkingtreding van de transitieovereenkomst
Januari-februari	Opmaak van het transitieplan - Indiening van het transitieplan (28/02/2023)
Maart	Evaluatie van het transitieplan (IAC- PWG)
April	Beslissing van het Verzekeringscomité op basis van het voorstel van de PWG

1. Template transitieplan

De overeenkomst voor de samenwerkingsverbanden geïntegreerde zorg benadrukt sterk het 'integratiemanagement' van geïntegreerde zorg, in een bredere visie dan diegene die vandaag gebruikelijk is op het terrein van de pilootprojecten geïntegreerde zorg. De template start met een voorbereidende analyse die focust op deze 'brede visie' van integratiemanagement, gevolgd door een concreet plan van aanpak.

2.1 Voorbereidende analyse

Integratiemanagement is als concept op zich niet nieuw. In het KB van 31/07/2017 werd dit als volgt omschreven: *"de operationele aansturing binnen een pilootproject die leidt tot de integratie van zorgverlening aan rechthebbenden op niveau van de individuele zorgverlening, van het professionele aanbod, van organisaties binnen het netwerk en van ondersteunende systemen"*.

Om het transitieplan vorm te geven, vragen wij jullie om terug te kijken op de mate waarin deze finaliteit werd behaald, gegeven de acties die zijn genomen.

Vragen (max. 2 pagina's):

1. Geef aan hoe jullie de voorbije jaren integratie hebben bewerkstelligd op het vlak van;
 - samenwerking rond de patiënt
 - professionele afspraken
 - samenwerkingsafspraken tussen organisaties in het consortium
 - ondersteuningssystemen (bv. informatica)
 - andere
2. Welke activiteiten hebben bijgedragen tot het succes van deze integratie en waarom waren deze activiteiten zinvol/impactvol?

Vraag 1 en 2 worden hieronder samen beantwoord. Als eerste is in onderstaande tabel een analyse te vinden van de activiteiten die het meest een impact hebben teweeggebracht op de verschillende niveaus van geïntegreerde zorg. Vervolgens worden andere bijkomende aspecten beschreven die een meerwaarde betekenden op vlak van integratie. Tot slot wordt een conclusie weergegeven met de voornaamste lessons learned.

Doorheen dit plan worden de termen patiënt, cliënt, persoon met zorg- en ondersteuningsnood en persoon met een zorgvraag en/of -nood door elkaar gebruikt.

Activiteit	Evaluatie	Belemmerende factoren	Samenwerking rond de patiënt	Professionele afspraken	Samenwerkingsafspraken tussen organisaties in het consortium	Ondersteunings-systemen	Bijkomende meerwaarde op GIZ
<p>Therapeutische educatie: ontwikkelen van patient empowerment door het bieden van therapeutische educatie individueel en/of collectief. Dit gebeurde in pilootfase voor patiënten met diabetes type 2. De activiteit werd gericht naar personen die buiten de reguliere financiering vielen.</p>	<p>32 patiënten die geen recht hebben op educatie binnen het voortraject. 2 huisartsenpraktijken en 11 zorgprofessionals betrokken, bestaande uit 5 verschillende disciplines (arts, kine, educator, diëtist en Bewegen Op Verwijzing-coach). 5 reeksen van drie workshops in 3 verschillende gemeentes. Collectieve aspect biedt belangrijke meerwaarde. Meer voorschrijven van voortrajecten door huisartsen (21 prestaties in voortraject in 2020 tov 119 in 2022).</p>	<p>Administratief meerwerk, moeilijke uitbreiding naar verschillende huisartsenpraktijken, motiveren en vasthouden patiënten en zorgverleners.</p>	<p>Vorming en visualisatie netwerk multidisciplinair diabetesteam. Zorgcontinuïteit. Delen van patiëntgegevens (medische gegevens in functie van behandeling + opgestelde doelen).</p>	<p>Afspraken met individueel betrokken zorgverleners (in de vorm van overeenkomsten).</p>	<p>Zelfstandig diabetesverpleegkundigen worden verbonden aan een huisartsenpraktijk.</p>	<p>Gedeeld papieren patiëntendossier in persoonlijk patiëntenmapje. Voorschriftenboekje huisarts voor specifiek voorschrijven educatie.</p>	<p>Organisatie van collectief aanbod binnen onze regio. Equity want collectief aanbod gericht op enerzijds kwetsbare doelgroepen (bv. personen met een migratieachtergrond, personen met financiële kwetsbaarheid) en anderzijds geen exclusiecriteria bij individueel en groepsaanbod. Inzetten op secundaire preventie. Werken op basis van noden/doelen patiënt.</p>
<p>Zorg-ID: kaartje met contactgegevens zorgteam + noodzakelijke patiëntinformatie.</p>	<p>5.000 gebruikers zorg-ID geregistreerd + ruim aantal niet-geregistreerde gebruikers. Tot op heden vragen mensen nog altijd naar een zorg-ID.</p>	<p>Vragen van het rijksregisternummer aan de patiënt. Elektronisch beveiligd doorgeven van identificatiegegevens van cliënten.</p>	<p>Vorming en visualisatie netwerk rond de patiënt + zorgcontinuïteit.</p>	-	<p>Transmurale samenwerking doordat het zorg-ID wordt opgevraagd bij opname in het ziekenhuis.</p>	-	<p>In crisissituaties is er onmiddellijk duidelijkheid omtrent het zorgteam rond de patiënt. De juiste persoon kan zo direct gecontacteerd worden.</p>

<p>Groene enveloppe: transmurale medicatieoverdracht van ziekenhuis naar huisapotheker bij ontslag uit het ziekenhuis.</p>	<p>Alle ziekenhuizen in de regio zijn hiermee aan de slag (7). In totaal werden 2.360 enveloppes gescand in 2022. De return-ratio is ongeveer 20%.</p>	<p>Afhankelijkheid van medewerking betrokken professional en afhankelijkheid van handelen patiënt zelf (inzicht en motivering). Elektronisch delen van het medicatieschema tussen verschillende actoren.</p>	<p>Inzet op transmurale samenwerking tussen huisarts en huisapotheker, tussen ziekenhuis en huisapotheker. Delen van patiëntgegevens (medicatieschema).</p>	<p>Afspraken met betrokken ziekenhuizen en met betrokken apothekers.</p>	<p>-</p>	<p>Papieren versie wegens ontbreken doeltreffende digitale tool.</p>	<p>Regio-overschrijdend (activiteit loopt in de regio van andere samenwerkingsverbanden alsook in regio's waar geen samenwerkingsverband is). Uniformiteit in de regio.</p>
<p>Medicatieconculatie-gesprek: opstellen meest accurate medicatieschema bij de patiënt door de huisapotheker bij ontvangen groene enveloppe.</p>	<p>1.087 gesprekken uitgevoerd door de (huis)apotheker in 2022. Evaluatierapport KULeuven</p>	<p>Administratief meerwerk. Change management: nieuwe rol apotheker.</p>	<p>Inzet op transmurale samenwerking tussen huisarts en huisapotheker, tussen ziekenhuis en huisapotheker. Delen van patiëntgegevens (medicatieschema).</p>	<p>Afspraken met apotheker omtrent proces activiteit en financiering (in de vorm van overeenkomsten).</p>	<p>Volgen van een opleiding door apotheker om gesprek af te nemen.</p>	<p>Stimuleren van dubbele registratie: zowel op papier als binnen Vitalink, in afwachting van optimalisatie Vitalink.</p>	<p>Betrekking apotheker bij geïntegreerde zorg. Hoger bewustzijn bij patiënt rond inname met als gevolg minder complicaties voor de patiënt (empowerment van de patiënt). Kwaliteitsvolle zorgverlening.</p>
<p>Individuele medicatievoorbereiding (IMV) + begeleidingsgesprek: klaarzetten medicatie gekoppeld aan gesprek omtrent therapietrouw en juist medicatiegebruik.</p>	<p>14 geïnccludeerde patiënten 9 deelnemende apothekers Gemiddeld 4,63 aanpassingen aan het medicatieschema Gemiddelde kostenbesparing van €2,79/maand voor de patiënt en €5.44/maand voor het RIZIV.</p>	<p>Covid-pandemie, tijdsdruk bij apothekers, administratief meerwerk, Elektronisch delen van het medicatieschema tussen verschillende actoren.</p>	<p>Inzet op transmurale samenwerking: connectie tussen huisarts, mantelzorger, verpleegkundige en huisapotheker, samenwerking binnen eerstelijns Delen van patiëntgegevens (medicatieschema).</p>	<p>Afspraken met apotheker (in de vorm van overeenkomst), bv. voordat apotheker start met IMV, in overleg gaan met huisarts.</p>	<p>-</p>	<p>Stimuleren van dubbele registratie: zowel op papier als binnen Vitalink, in afwachting van optimalisatie Vitalink.</p>	<p>Uniform medicatieschema. Behaalde efficiëntiewinsten. Empowerment van de patiënt. Minder medicatiefouten.</p>

Zipster: gestructureerd doorverwijsplatform dat zorgt voor inventarisatie, kennisdeling sociale kaart en verbinding tussen zorg en welzijn.	Ondersteuning binnen 2/3 ELZ's. Doorverwijzingen nemen toe. 45 geregistreerde organisaties waarvan 26 doorverwijzende organisaties. 6 georganiseerde informatiesessies.	Nieuwe tool, nog niet geïntegreerd in het patiëntendossier. Technische problemen Zipster.	Gerichte doorverwijzing met feedback wat een betere samenwerking stimuleert. Zorgverlener blijft op de hoogte omtrent doorverwijzing. Gebruik van de sociale kaart Preventieve of snellere doorverwijzingen	Registratie van gebruikers.	-	Doorverwijsplatform gebaseerd op de sociale kaart.	Patiënt centraal, werken op basis van zijn noden/doelen . Kennis van onbekende organisaties. Schakel tussen zorg en welzijn. Onmiddellijk persoonlijk contact met de patiënt, met aandacht voor kwetsbare groepen (equity). Werking over sectoren heen. Holistische benadering op gezondheid .
Casemanagement: herstellen en stabiliseren van de zorgcoördinatie in functie van het terug kwaliteitsvol verlopen van de zorgsituatie en het zorgproces. Dit specifiek op personen gericht die buiten de inclusiecriteria van P3-projecten vallen.	Twee betrokken P3-projecten (Cape + Zorg24). Twee deelnemende ziekenhuizen. Drie betrokken casemanagers.	Onderscheid tussen zorgcoördinatie en casemanagement onduidelijk op het terrein. Moeilijke opstart in 2022. Bijsturen van de evaluatie was noodzakelijk.	Zorgcontinuïteit.	Faciliteren van afspraken tussen zorgverleners.	Opstart Zorg24 binnen Az West.	Implementatie BelRAI screener en Home Care.	Vermijden overbodige ziekenhuis(her)opnames, secundaire preventie binnen doelgroep van complex geïntegreerde zorg, doelgericht werken. Intra, extra- en transmurale zorgcontinuïteit. Ondersteuning informeel netwerk.
Selfmanagement: uitwerken van een reeks samenkomsten in functie van preventie en educatie.	Eén reeks van vier sessies in iedere ELZ. We bereikten 69 mantelzorgers.	Bereiken van mantelzorgers.	-	-	Samenwerking met de erkende mantelzorgverenigingen, Vives Hogeschool/sTimul.	Bijvoorbeeld virtual reality brillen om de ervaring realistischer te maken.	Versterken informele zorgnetwerk (bv. lotgenotencontact, kennis over bestaande zorg- en welzijnsaanbod etc.).
WVLManteltMee: werken rond vroegdetectie mantelzorg (1), mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid (2) en sterker worden als mantelzorg (3) in samenwerking met de twee West-Vlaamse samenwerkingsverbanden.	(1) Er werden ongeveer 900 affiches en 5.000 bedankingskaartjes besteld. (2) Eén uitgevoerde organisatiescan. (3) Er werden 7 (6 fysiek, 1 online) trajecten van telkens 3 sessies 'sterker worden als mantelzorg' georganiseerd. In totaal werden hierbij 45 mantelzorgers bereikt.	Bereiken van mantelzorgers.	-	-	Oprichting stuurgroep met verschillende actoren (16 vertegenwoordigers). Samenwerking tussen erkende mantelzorgverenigingen, LOGO, ELZ's, mutualiteiten en de West-Vlaamse samenwerkingsverbanden bij sterker worden als mantelzorg (3).	Ondersteuning rond mantelzorgvriendelijk beleid binnen organisatie waar organisatiescan gebeurde.	Regio-overschrijdend waardoor meer gedragenheid. Digitaal aanbod voor mantelzorgers.

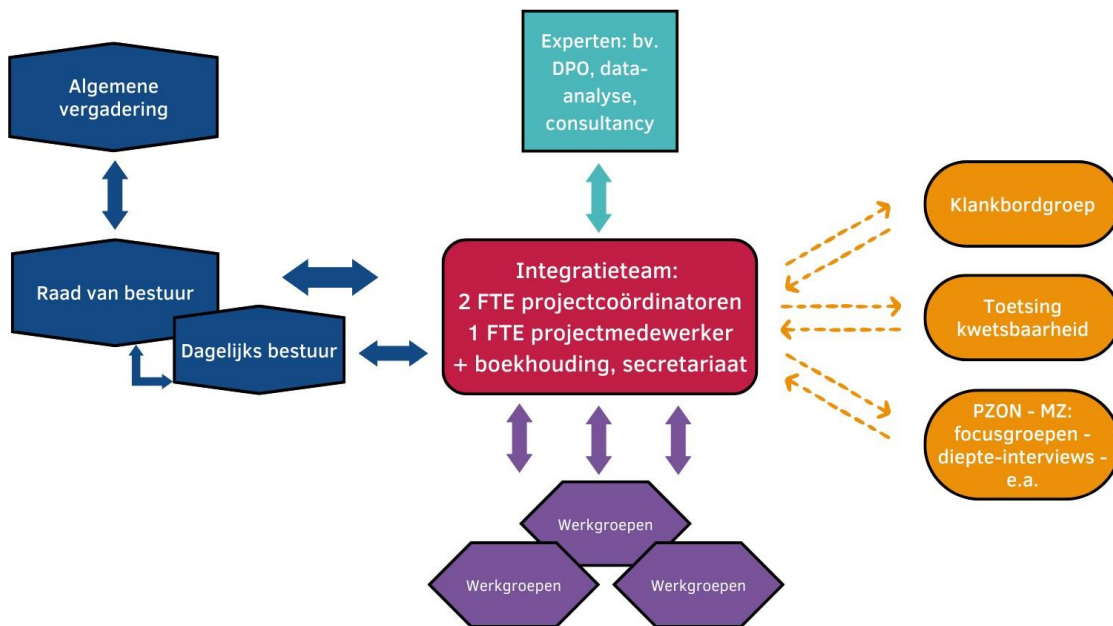
<p>Bootcamp: driedaags verblijf gericht op het geven van informatie, ondersteuning en ontlasten van de mantelzorg.</p>	<p>7 verblijven. Nood aan visibiliteit diensten maatschappelijk werk. Meer inzetten op respijtzorg. Meerwaarde dat persoon waarvoor men zorgt meekomt op verblijf.</p>	<p>Bereiken mantelzorg, Covid-pandemie.</p>	<p>Samenwerking tussen de professional en de mantelzorg in teken van de zorgbehoevende.</p>	<p>-</p>	<p>Overeenkomst met BZIO.</p>	<p>Samenspraakfiche en BelRAI screener.</p>	<p>Werken op basis van noden/doelen van de mantelzorg, ondersteuning informeel netwerk.</p>
<p>FMDO gezondheids-ambassadeurs: opleiden van gezondheidsambassadeurs rond gezondheidsthema's en outreachend werken binnen de regio bij kwetsbare doelgroepen.</p>	<p>18 gezondheids-ambassadeurs werden opgeleid. 6 gezondheids-spellen in verschillende talen gemaakt. Er werden 126 mensen uit verschillende kwetsbare groepen bereikt via het spel.</p>	<p>Bereiken kwetsbare doelgroepen, vasthouden van de ambassadeurs, keuze van de thema's</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>Overeenkomst met FMDO.</p>	<p>Laagdrempelig gezondheidsspel.</p>	<p>Bereik van kwetsbaren (personen met een migratieachtergrond, personen met financiële kwetsbaarheid). Competentieontwikkeling van ambassadeurs, patiënt empowerment. Werken aan health literacy.</p>
<p>Griepvaccinatie: vaccineren kwetsbaren (1) + sensibiliseren omtrent vaccinatie (2).</p>	<p>(1) Vaccinatie op vier verschillende locaties. 250 bereikte personen waarvan 150 personen zonder huisarts. Samenwerking met twee huisartsen, twee verpleegkundigen en Wit-Gele Kruis (2) 980 verdeelde scheurblokken in de regio.</p>	<p>(1) Onenigheid tussen zorgverleners, bereiken meest kwetsbaren als specifieke subgroep in grote populatie. Vaccinatiecampagne was enkel voor mobiele patiënten, beperkt aantal organisaties betrokken. (2) Overaanbod aan sensibilisatie-materiaal.</p>	<p>Multidisciplinaire samenwerking: huisarts, thuisverpleegkundige, lokaal bestuur en Wit-Gele kruis werkten samen rond het bereiken van de juiste patiënten.</p>	<p>Samenwerking tussen eerstelijns-professionals.</p>	<p>Ontwikkeling van scheurblokken in samenwerking met verschillende partners (huisartsenkringen, LOGO, ziekenhuis, etc.).</p>	<p>Software van mutualiteiten en huisartsen werd gebruikt om bepaalde patiënten te bereiken.</p>	<p>Vaccinatie voor personen die anders niet bereikt werden (equity), samenbrengen van eerstelijnsprofessionals. Aandacht voor preventie.</p>

Brede kijk op gezondheid: kwetsbare doelgroepen krijgen de mogelijkheid om hun stem omtrent een brede kijk op gezondheid binnen de gemeente/stad waar ze wonen te laten horen.	Deelname van 5 kwetsbare groepen uit 8 verschillende organisaties in regio Torhout. Opmaak van actiefiche per kwetsbare groep met actiepunten voor het lokaal bestuur, de organisatie en andere partners.	Samenkomst met andere onbekende deelnemers waardoor tijd moet genomen worden om vertrouwen op te bouwen.	-	-	Overeenkomst met mutualiteiten (intermutualistisch).	Tool positieve gezondheid.	Kwetsbare groepen waarvan de stem anders niet gehoord wordt, kunnen zich nu laten horen. Holistische benadering op gezondheid.
Permanente vorming: algemene vorming betreffende facetten van geïntegreerde zorg.	2 opleidingen omtrent combigebied, opleiding voor apothekers omtrent therapietrouw, opleiding medicatiereconciliatie-gesprek, 4 BelRAI opleidingen tot screener of LTCF.	No show van deelnemers tijdens opleidingen. Covid-pandemie.	Tijdens de opleidingen leren samenwerken rond de patiënt.	Tijdens de opleiding leren om professionele afspraken te maken.	Overeenkomst met BelRAI care, netwerk ggz, KULeuven, VUB, West-Vlaamse samenwerkingsverbanden.	BelRAI applicatie, e-learning module.	Verhoging van expertise en beroepsbekwaamheid (competentieontwikkeling).
Doelgerichte zorg: de verdere ontwikkeling van geïntegreerde zorg door het aanbieden van activiteiten omtrent doelgerichte zorg.	(1) Opleiding Zorg-Esperanto waarbij 16 personen hun certificaat behaalden. (2) In samenwerking met de ELZ werd een beurs voor professionals (70 aanwezigen) georganiseerd waarbij men kennis leerde maken met doelgerichte zorg.	Onduidelijkheid rond de verschillende tools.	We stellen professionals in staat om te werken rond de levensdoelen van de patiënt.	Samenwerking tussen professionals wordt gestimuleerd bij de uitwerking van de doelen.	(1) Samenwerking met Familiezorg voor de opleiding Zorg-Esperanto. (2) Samenwerking met ELZ voor doelgerichte zorg beurs.	Tools doelgerichte zorg.	Centraal stellen van de patiënt. Vertrekken vanuit de levensdoelen/noden van de patiënt en niet de doelen van de zorgprofessional.
Kwartier maken: het bevorderen van een klimaat in diverse sectoren waarin men inzet op sociale integratie en maatschappelijke participatie en daarnaast sensibiliseren omtrent psychische kwetsbaarheden + creëren gastvrije plekken.	Activiteit gastvrije plaatsen gestart binnen één lokaal bestuur. Voorbereidingsfase effectieve implementatie zorgzame buurten.	Taboe/stigma omtrent psychische kwetsbaarheid. Activiteit werd niet uitgevoerd in een centrumstad. Niet in de nabijheid van een psychiatrisch ziekenhuis. Covid-pandemie.	-	-	Intensieve samenwerking met partners die werken rond psychische kwetsbaarheden bv. enchanté, covias etc.	Ontwikkeling stadsplan gemeente waar gebruikers de gastvrije plaatsen konden terug vinden.	Holistische benadering op gezondheid. Meenemen van sectoren die geen zorgen/of welzijnssectoren zijn (bv. frituur, kapsalon etc.).

Bijkomende aspecten

Binnen de Koepel wordt geprobeerd een bottom-up benadering te hanteren binnen de dagelijkse werking. Zo poogden we het **patiëntperspectief** mee te nemen door bij aanvang een werkgroep op te richten waarbij strategieën werden uitgewerkt hoe patiënten konden worden betrokken bij het vormgeven van activiteiten. Ook werden profielen opgemaakt van de mensen die we wilden bereiken. Het uitvoeren van effectieve focusgroepen was moeilijk wegens de uitgebreide regio en de daarbij horende soms fysieke moeilijke bereikbaarheid. Daarom werd overgegaan tot het voeren van diepte-interviews. Hierbij werden sterktes, zwaktes, noden etc. besproken over de ervaren zorg. Deze input gaf mee vorm aan het kandidaatsdossier. Verder was en is er ook een **patiëntvertegenwoordiger** in de **raad van bestuur**. Zo kon bv. het Zorg-ID afgetoetst worden en werden opmerkingen meegenomen bij de aanpassing van het ontwerp.

De Koepel kan rekenen op een breed gedragen engagement. Al snel werd dit engagement formeel vastgelegd: De Koepel vzw werd opgericht. Onze **governancestructuur** (zie figuur 1), de manier waarop Sibe wordt bestuurd, bestaat uit een algemene vergadering, raad van bestuur, dagelijks bestuur, werkgroepen en een integratieteam dat kan rekenen op verschillende experts. In bijlage één is de huidige samenstelling van de raad van bestuur en het dagelijks bestuur te vinden. In de toekomst willen we de mogelijkheden onderzoeken om opnieuw een klankbordgroep op te richten om onze activiteiten af te toetsen bij de personen met een zorgvraag en/of -nood. Hierbij kan het ook mogelijk zijn om, zoals bij de start van Sibe, opnieuw diepte-interviews af te nemen bij personen met een zorgvraag en/of -nood en bij mantelzorgers.



Figuur 1: governancestructuur

In de komende twee jaar blijft de vzw-structuur behouden. Het dagelijks bestuur komt maandelijks samen terwijl de raad van bestuur vijf tot zes keer per jaar samenkomt. Binnen de raad van bestuur zijn verschillende zorg- en welzijnsactoren gemandateerd. Ook de belangrijke doelstellingen en afspraken van partners komen op de bijeenkomsten aan bod. Zo is er bv. een vast agendapunt 'Nieuws vanuit de eerstelijnszones' op de raad van bestuur. Vanuit het dagelijks bestuur wordt de algemene werking ondersteund terwijl de raad van bestuur bijkomend gericht is op het nemen van beslissingen.

De uitdaging hierbij is om de gevalideerde afspraken ook verder uit te dragen naar de achterban. Verder worden er in werkgroepen zaken uitgewerkt rond specifieke activiteiten (bv. flow, evaluatie, voorwaarden etc.). Werkgroepen worden samengesteld uit personen met expertise in het domein van de activiteit. Zo is er een werkgroep casemanagement die wordt vertegenwoordigd door transmuraal coördinatoren uit ziekenhuizen, protocol3-projecten, casemanagers, managers minimale ziekenhuisgegevens en het Wit-Gele Kruis.

Met bepaalde partners wordt uiteindelijk ook een samenwerkingsovereenkomst (zie voorbeeld in bijlage 2) afgesloten. Dit kan inhouden: een overeenkomst met een overkoepelende organisatie, een trekkende partner én de individuele betrokken zorgverleners. Het uiteindelijke doel is de inhoud van de activiteit te omschrijven en de verwachtingen t.a.v. de partner te specificeren (budgettering, evaluatievoorwaarden, inclusievoorwaarden, traject activiteit etc.)

Het **integratieteam** is gegroeid van één coördinator naar een team bestaande uit twee coördinatoren en één medewerker. Hierdoor is de continuïteit steeds verzekerd wat positief aanvoeld wordt bij de partners in het consortium. Ook binnen het integratieteam werden de activiteiten toegewezen zodat het voor externen duidelijk is naar wie zij zich kunnen richten (bv. de ene persoon is bezig rond medicatie en de andere persoon rond de mantelzorg). Er wordt dan ook in een wekelijks overleg binnen het integratieteam teruggekoppeld hoe de stand van zaken omtrent activiteiten is. Daarnaast kunnen we als integratieteam ook rekenen op experts bijvoorbeeld op het vlak van gegevensdeling.

Sibe heeft in de afgelopen jaren ervoor gezorgd dat partners en netwerken elkaar leerden kennen. Er werd **vertrouwen** gecreëerd en er ontstond **synergie** door partners bij elkaar te brengen. Dit gebeurde onder andere door het organiseren van netwerkevents. We speelden hierbij een **verbindende rol** en het samen-is-beter-gevoel werd in de praktijk omgezet. Door in **co-creatie** te treden, werden de strategische en operationele doelstellingen uit het kandidaatsdossier bepaald. Er werden **linken** gelegd tussen **zorg** en **welzijn** en dit **over de lijnen heen**. Daarnaast werd men bewust van de meerwaarde van de netwerken en creëerden we meer samenwerking op patiëntniveau (bv. multidisciplinair netwerk bij therapeutische educatie).

In komende twee jaar willen we verder inzetten op deze **duurzame, participatieve samenwerkingen** die we vastleggen via een vernieuwde engagementsverklaring (zie bijlage 3). Zo willen we inzetten op gemeenschappelijke doelstellingen en creëren we een nauwe betrokkenheid.

Het **delen van activiteiten** over de samenwerkingsverbanden heen (bv. WVLManteltMee), vormde een belangrijke meerwaarde doordat meer gedragenheid gecreëerd werd, uniformiteit ontstond en partners daar de eerste connecties met elkaar legden.

Tot slot werden in functie van het bewaken van de **kwaliteitscultuur** projectfiches opgesteld. Deze fiches bewaakten de link met quintuple aim en de kwaliteitscomponenten voor geïntegreerde zorg. Daarnaast is het een kritisch zelf-evaluatie instrument dat opgesteld is volgens de PDCA-cyclus (zie bijlage 4 voorbeeld projectfiche casemanagement).

Algemene conclusie

De opgelijste activiteiten in de tabel hebben allen onderling hun meerwaarde om te komen tot geïntegreerde zorg. De activiteiten zijn echter maar het topje van de ijsberg. De weg er naar toe is echter complex. Zo ondervonden we dat de weerstand vaak kwam van het deel van het project dat niet meteen zichtbaar was. We nemen dan ook verschillende lessons learned mee uit dit onderliggende proces om integratiemanagement in de toekomst te bewerkstelligen.

De basis is voor ons het elkaar leren **kennen**, het **vormen** en **visualiseren** van **multidisciplinaire netwerken**, maar ook het onderhouden en uitbreiden van banden, het blijven zoeken en werken rond **gemeenschappelijke doelen** en het **verbinden** van **zorg** en **welzijn** over de **lijnen** heen. Dit is een tijdsintensief proces waarbij we ons ook bewust zijn dat elke organisatie een verborgen agenda heeft en dat het vertrouwen moet groeien om deze agenda's naast elkaar te krijgen.

Ondanks de **bepaalde tijd**, **financiering** en het ontbreken van een **digitaal gedeeld patiëntendossier** bij de partners was en is er een duidelijk **engagement** bij hen. Dit engagement en het geloof in de visie is blijvend nodig om met belemmeringen om te kunnen gaan maar ook om verder te kunnen groeien. Een sterke **vzw-structuur** speelt hierbij een ondersteunende rol. Ook een **transparante, eenduidige communicatie** met **duidelijke afspraken**, gestuurd vanuit een herkenbaar samenwerkingsverband (**branding**), werkt hierbij faciliterend. Het voorlopige karakter van ons project zorgde echter ook wel voor ongeloof en weerstand.

We bevinden ons in een **unieke regio** (kustregio met vergrijzing en tweedeverblijvers, maar ook rurale gebieden) en nemen dan ook mee dat we blijvend moeten vertrekken vanuit de noden van deze regio. Ook is het belangrijk de **volledige bevolking** mee te nemen en dus ook de **kwetsbare personen**. De **persoon met de zorgvraag en/of -nood** en de mantelzorger moeten ook gehoord worden binnen ons netwerk, maar deze groep is moeilijk te bereiken waardoor we ons moeten laten ondersteunen door organisaties die rechtstreeks contact hebben met patiënten en mantelzorgers (bv. mantelzorgverenigingen).

Evenzeer blijft het inzetten op **kennis** en **opleiding** belangrijk, daar dit een voorwaarde is om te komen tot kwaliteitsvolle zorg. Het inzetten op de **samenwerking** tussen de federale bevoegdheden en de deeltentiteiten is eveneens van cruciaal belang om de rol van integrator richting geïntegreerde zorg te kunnen opnemen.

Al deze basiselementen zijn nodig om **activiteiten** te kunnen uitvoeren, **integratie** te kunnen bereiken op de verschillende vlakken (bv. integratie op niveau van samenwerking rond de patiënt en op niveau van professionele afspraken) en te kunnen komen tot **changemanagement**. Dit is een **cyclus** waarbij de waar, wie, wat, hoe en waarom continu moet bijgestuurd worden en die we de komende periode dus telkens opnieuw zullen doorlopen.

2.2 Plan van aanpak

2.2.1 Toelichting: naar een hernieuwde finaliteit van integratiemanagement

De finaliteit van integratiemanagement wordt nog verder verfijnd en de exacte invulling is nog onder constructie. Momenteel dient er rekening gehouden te worden met volgende aandachtspunten:

- Integratiemanagement lijkt bijzonder nauw gelinkt aan de organisatie van geïntegreerde zorg op locoregionaal niveau. Op structureel/organisatorisch niveau is het cruciaal om te onderzoeken hoe de samenwerking tussen bestaande niveaus en actoren kan worden geïntensifieerd en verankerd met als doel geïntegreerde zorg te realiseren. We zien dit op twee niveaus:
 - Macroniveau; waar zowel het federale niveau als de deelstaten een rol hebben in de aansturing en evaluatie van 5AIM en in het faciliteren van geïntegreerde zorg ter ondersteuning van 5AIM, door het ter beschikking stellen van tools, gegevens (bv. in het kader van populatiemanagement), opleiding, expertise aan het mesoniveau. Zowel het federale als het gemeenschapsniveau nemen beleidsopties om dit te ondersteunen.
 - Mesoniveau: gezien de huidige vergevorderde bestaande structuren, bepalen de deelstaten in belangrijke mate dit niveau en zijn governance. Er dient dan ook intensief gezocht te worden naar verbinding tussen de federale actoren en de actoren van de deelstaten.

Het zal een gezamenlijke opdracht zijn om de visie op geïntegreerde zorg – vanuit de input van het macroniveau – uit te dragen en de nodige veranderingen om tot geïntegreerde zorg te komen te managen.

- De huidige piste is dat alvast volgende zaken i.v.m. integratiemanagement dienen aangepakt te worden:
 1. Bepalen welke relevante integratieopdrachten zijn. Deze opdrachten zijn nog verder uit te klaren, maar vermoedelijk liggen deze opdrachten vooral binnen volgende topics:
 - **OD1**: *De organisatie van zorg en ondersteuning op locoregionaal niveau*
 - **OD2**: *Horizontale en verticale integratie van zorg & welzijn (cfr. zorgcontinuïteit)*
 - **OD3**: *Organisatie, versterking en retentie van (multidisciplinaire) zorgcapaciteit afgestemd op de noden, inclusief competentieontwikkeling*
 - **OD4**: *Invulling van zorgproces/zorgtraject/zorgpad/zorgpad/zorgplanning, inclusief zorgcoördinatie en casemanagement*
 - **OD5**: *Invulling van “patiënt centraal” en empowerment”: aanbod qua individuele en collectieve ondersteuning van een persoon in zijn/haar context*
 - **OD6**: *Ondersteuning van het informeel netwerk van een persoon in zijn/haar context zowel op individueel als op groepsniveau*
 - **OD7**: *Zorg en welzijn in een bredere context*
 - **OD8**: *Implementatie van datamanagement en programma’s population health management.*
 - ...

De integratieopdrachten worden doorheen het plan afgekort met ‘OD’.

2. Bepalen welke opdrachten bij welke terreinactoren in welke structuren (eerstelijnszones, ziekenhuisnetwerken, netwerken GGZ,) moeten liggen. Concreet zijn er in elke deelstaat/regio actoren/structuren werkzaam of in opbouw naast supraregionale actoren en structuren. Welke opdrachten waar en bij wie liggen en hoe er moet worden samengewerkt is verder uit te klaren.

2.2.2 Doel: wat betekent dit voor de transitie van de samenwerkingsverbanden?

De opportuniteit voor de samenwerkingsverbanden is tweeledig:

- Enerzijds kunnen de samenwerkingsverbanden de overstap maken naar een duurzame voorbereiding voor de toekomst, d.w.z. het bestendigen van de evolutie naar meer geïntegreerde zorg in de regio, wanneer het samenwerkingsverband ophoudt te bestaan. Dit betekent dat aan de samenwerkingsverbanden gevraagd wordt aansluiting te vinden bij bestaande structuren of mee te bouwen aan nieuwe structuren op mesoniveau. Dit kan een verschillende invulling krijgen in de verschillende landsdelen.
- Anderzijds kunnen verdere aanbevelingen gedaan worden over de verdere aanpak van integratiemanagement en de gerelateerde opdrachten.

2.2.3 Wat betekent dit transitieplan voor uw samenwerkingsverband?

Aan de samenwerkingsverbanden vragen we om, op basis van uw voorbereidende analyse (cfr. 2.1), gegeven het doel (cfr. 2.2.2) en in gedragenheid met het volledige consortium, de volgende **vragen** te beantwoorden:

- a. Geef aan welke **connecties** jullie binnen jullie regio en context tijdens de transitieperiode zien te leggen en met welke **actoren** om te zorgen dat de transitie naar meer geïntegreerde zorg kan verduurzaamd worden, als het samenwerkingsverband als dusdanig ophoudt te bestaan eind 2024?

*Geef dit **minstens** aan op vlak van elk van de opdrachten opgesomd onder punt 2.2.1 - zie tekst in cursief - max. 3 pagina's.*

Om te komen tot dit plan, werd intensief **samengewerkt** en **gebrainstormd** met verschillende organisaties en structuren. Zo vonden verscheidene individuele overleggen plaats en werden twee workshops georganiseerd met verschillende bestuursleden. We zijn ervan overtuigd dat de connectie met minimaal al deze partners noodzakelijk is om de transitie naar geïntegreerde zorg te maken.

Volgende partners werden reeds geconsulteerd:

- Algemene, categorale en revalidatieziekenhuizen
- (Zelfstandig) thuisverpleegkundigen
- Mantelzorgverenigingen
- Samenwerkingsverbanden geïntegreerde zorg
- Apothekers en apothekersvereniging
- Protocol3-projecten
- Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (Vivel)
- LOkaal GezondheidsOverleg (LOGO)
- Eerstelijnspsychologische conventie
- Mutualiteiten
- Zipster
- Netwerken geestelijke gezondheidszorg (GGZ)
- Diensten voor gezinszorg
- Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW)
- Eerstelijnszones (ELZ)
- Lokale besturen
- Woonzorgcentra (WZC) & Kortverblijven (KV)

Volgende partners worden in de toekomst gepland:

- Huisartsen en huisartsenkringen
- Hogescholen/universiteiten
- Community Health Workers (CHW)
- Palliatief netwerk
- Perinataal netwerk
- Vlaams Agentschap Personen met een Handicap (VAPH)
- Brugfiguren
- Lokale dienstencentra
- Katholieke Vereniging Gehandicapten (KVG)
- Patiëntenverenigingen
- Beweging van mensen met laag inkomen en kinderen (BMLIK)
- Projecten zorgzame buurten
- Jongerenorganisaties
- Dak- en thuisloosheidswerking
- Paramedici
- Sociale huizen/OCMW
- Attent Care
- ...

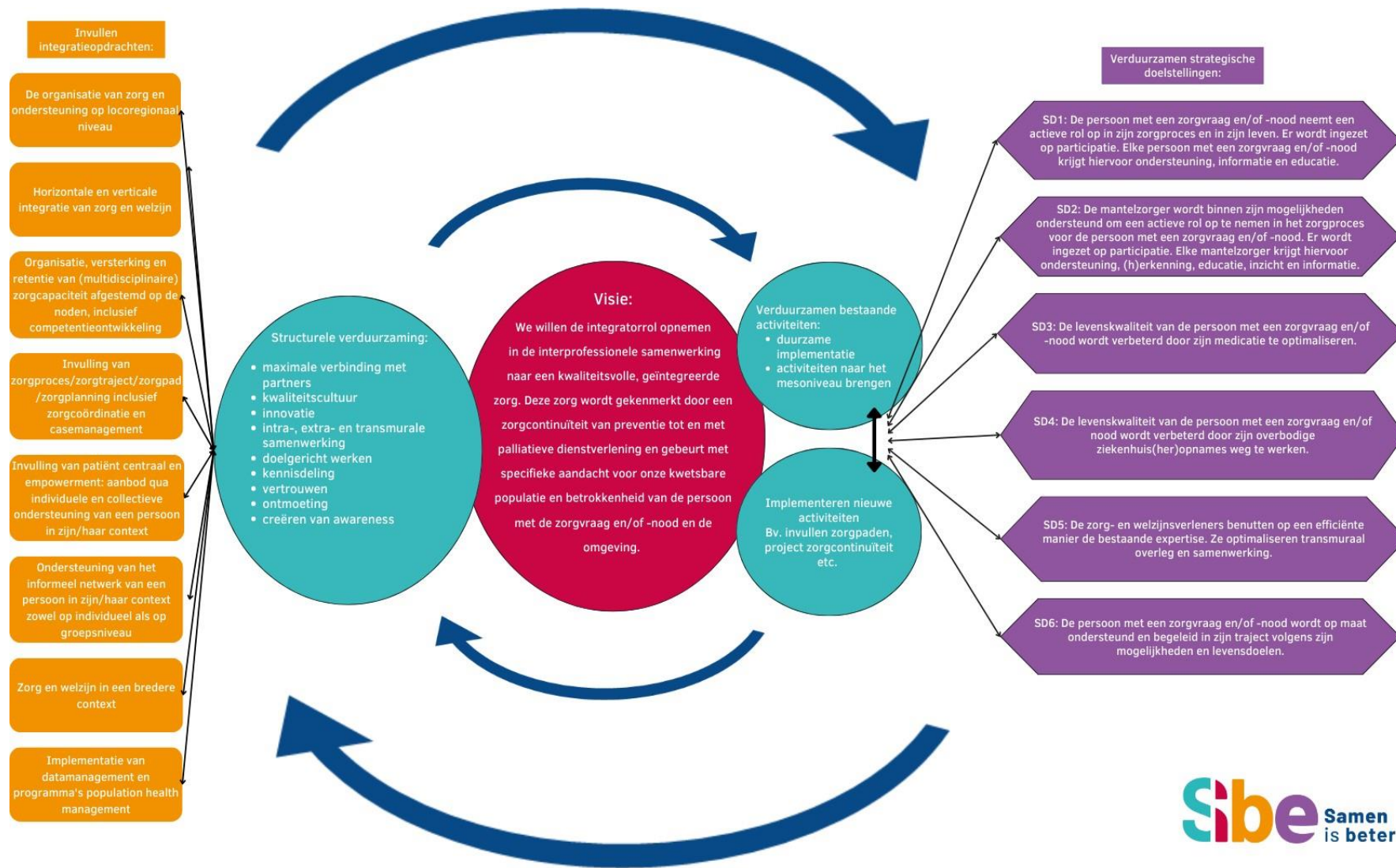
In bijlage vijf is ook ons participatieve traject van de afgelopen maanden te vinden.

Naast individuele overleggen, werden **twee workshops** georganiseerd met de bestuursleden van Sibe. Er werd gewerkt rond vier thema's: de implementatie van het integratiemanagement, de strategische en operationele doelstellingen, de toekomstige activiteiten in transitie naar geïntegreerde zorg en als laatste de te maken connecties en het behouden en verduurzamen van bestaande/nieuwe connecties. Na de workshops werden alle ideeën besproken binnen het dagelijks bestuur om zo te komen tot concrete pistes. Deze werden daarna goedgekeurd binnen raad van bestuur. Zo kwamen we tot een **centrale visie** met daaraan gekoppeld de **wisselwerking** tussen **de strategische doelstellingen** en de **invulling** van de **integratieopdrachten**.

Als samenwerkingsverband geïntegreerde zorg betekent integratiemanagement voor ons het opnemen van de integratorrol in de interprofessionele samenwerking naar een kwaliteitsvolle, geïntegreerde zorg. Deze zorg wordt gekenmerkt door een zorgcontinuïteit van preventie tot en met palliatieve dienstverlening en gebeurt met specifieke aandacht voor onze kwetsbare populatie en voor de betrokkenheid van de persoon met de zorgvraag en/of -nood en de omgeving .

De integratorrol wordt binnen ons samenwerkingsverband uitgevoerd door verschillende entiteiten. Enerzijds is er het integratieteam, maar anderzijds spelen ook de formele vzw en het consortium een belangrijke rol. Elk ieder engageert zich immers om te komen naar de hoger beschreven kwaliteitsvolle, geïntegreerde zorg.

Om de integratorrol op te nemen, zetten we onze bovenstaande visie centraal met als uiteindelijk doel goed werkende interprofessionele netwerken en een gezondere bevolking tot gevolg. We willen hierbij voortbouwen op de stevige basis die Sibe reeds heeft gelegd door het bereiken van de eerder vastgelegde doelstellingen van het kandidaatsdossier. We willen deze strategische doelstellingen verder verfijnen in concrete activiteiten die in hun finaliteit moeten leiden tot verduurzaming. Dit betekent dat ze moeten voorzien in de behoeften van vandaag, maar ook in deze van de toekomst. Dit beogen we niet alleen door het bestendigen van bestaande activiteiten, maar ook door het implementeren van nieuwe, innovatieve activiteiten. Om deze verduurzaming te bereiken, zijn we er ons van bewust dat de strategische doelstellingen naar een hoger niveau moeten worden getild. Dit doen we door ze te aligneren met de integratieopdrachten. Deze bevatten elementen die de structurele verduurzaming faciliteren. Zo denken we onder andere aan het inzetten op awareness, het maximaal verbinden van partners en het in kaart brengen van gemeenschappelijke doelstellingen, het inzetten op de verdere samenwerking met de protocol3-projecten, het aansluiten bij bestaande initiatieven (bv. de ondersteuning bij het transversaal zorgpad bij diabetespatiënten, het mantelzorgplan) etc. Het resultaat zal dus een constante wisselwerking zijn tussen de invulling van de strategische doelstellingen enerzijds en de invulling van de integratieopdrachten anderzijds (zie figuur 2).



Figuur 2: integratiemanagement

Vervolgens geven we in onderstaande tabel aan wat de invulling van de integratieopdrachten voor ons betekent, wie we daarbij moeten betrekken en hoe het samenhangt met onze activiteiten. Wat we zien als startpunt maar vervolgens continu deel zal uitmaken van alle opdrachten, is het creëren van **awareness**. Hierbij nemen we een faciliterende en coördinerende rol op. Als integrator willen we één dynamiek krijgen richting geïntegreerde zorg. We moeten streven naar een impact op supraregionaal niveau. Hierbij moeten we concreet aangeven wat geïntegreerde zorg betekent en wat het kan betekenen voor de regio (quintuple aim). Dit verhaal van geïntegreerde zorg moet zowel bij het beleid als bij de zorg- en welzijnsverstrekkers zelf landen.

Integratieopdracht	Invulling opdracht:	Te leggen connecties met terreinactoren	Link met activiteiten (+ deelactiviteiten)
<p>OD1: De organisatie van zorg en ondersteuning op locoregionaal niveau.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Inzetten op volledige zorgcontinuüm (van gezondheidspromotie tot palliatieve dienstverlening). Vanuit helikopterperspectief verbinding en samenwerking tussen netwerken en organisaties stimuleren. Dit kunnen we doen door het in kaart brengen van gemeenschappelijke doelstellingen. Zo leren partners elkaar kennen en zetten we in op het bouwen van bruggen binnen het bestaande aanbod, wat leidt tot het tegengaan van versnipperde zorg. Maximale aandacht voor kwetsbare doelgroepen. 	<p>De invulling van zorg en ondersteuning start vanaf het preventieve luik tot en met de zorg en ondersteuning aan het levenseinde. Alle zorg- en welzijnsactoren vinden hierin hun plaats. Vanuit ons samenwerkingsverband willen we ons naast de volledige populatie ook blijven richten op de top van de Kaiser Permanente, op de personen met een complexe zorgvraag en/of -nood. Wanneer we vertrekken vanuit de meest kwetsbare personen, kunnen we zo een systeem opbouwen voor de rest van de populatie.</p> <p>Om elkaar en elkaars werking te leren kennen, moeten we ons laten versterken door bestaande netwerken zoals de ELZ's, netwerken ggz, en ziekenhuisnetwerken. We moeten hun expertise en draagvlak gebruiken om zo partners te bereiken. Afstemming met de huidige netwerken en organisaties op het terrein (zowel personen aan het bed als degenen die aan het roer staan) is cruciaal om alle stakeholders te bepalen en betrekken. Zichtbaar zijn binnen deze netwerken (zoals bv. op netwerkevents, vergaderingen, ...) is hierbij belangrijk. Zo kunnen we samen inzetten op verbinding en samenwerking en streven naar optimale integratie en organisatie van zorg.</p> <p>Aanvullend zal het belangrijk zijn de sterke connectie met de P3-projecten te behouden (zie invulling OD3) en bijkomend in te zetten op een samenwerking met de ELP-conventie. Hiervoor vond al een eerste verkennend overleg plaats.</p> <p>Om te werken rond gezamenlijke doelstellingen, moeten we bestaande connecties versterken (bv. huisartsenkringen) maar ook nieuwe connecties leggen (bv. palliatief netwerk). Ook moeten we ons laten ondersteunen door organisaties die de meest kwetsbaren bereiken (bv. FMDO in functie van het bereiken van personen met een migratieachtergrond).</p>	<p>Activiteiten</p> <ol style="list-style-type: none"> gezondheids-ambassadeurs therapeutische educatie selfmanagement doelgerichte zorg zipster WVLManteltMee groene enveloppe + MR casemanagement project zorgcontinuïteit zorgpaden

<p>OD2: Horizontale en verticale integratie van zorg & welzijn (cfr. zorgcontinuïteit).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inzetten op intra-, extra- en transmurale samenwerking in functie van zorgcontinuïteit. • Bijzondere aandacht hebben voor de betrekking van de persoon met de zorgvraag en/of -nood en zijn informele zorgnetwerk. • Op zoek gaan naar bestaande digitale tools en eventueel innovatieve uitbreidingen uitwerken. • Ondersteunen en faciliteren projecten omtrent zorgcontinuïteit. 	<p>Connecties over de lijnen heen zijn hierbij zeer belangrijk (bv. thuiszorg, WZC, ziekenhuis, mantelzorgverenigingen etc.). Hiervoor moeten we bestaande connecties met zorg- en welzijnsactoren die doorheen de tijd gegroeid zijn (bv. bij de opmaak van het kandidaatsdossier, bij de raad van bestuur, bij de vertegenwoordiging in werkgroepen etc.) benutten en behouden. Ook de brug tussen deze connecties is van cruciaal belang. Ondersteuning hiervoor kunnen we vinden bij de transmuraal coördinatoren, de sociale kaart (zipster), ELZ's, ziekenhuisnetwerken, netwerken ggz etc.</p> <p>Naast zorg- en welzijnsactoren is ook de persoon met de zorgvraag en/of -nood en zijn informele zorgnetwerk van belang. Ook zij hebben een plaats nodig binnen deze integratie. Binnen Sibe moeten we hier oog voor hebben door ook dit informele netwerk met hun expertise uit te nodigen binnen werkgroepen.</p> <p>Ook spelen digitale tools een belangrijke rol bij zorgcontinuïteit (bv. KWS, eHealth, DZOP etc.). Hierbij willen we op zoek gaan naar wat er bestaat en willen we ook waar mogelijk de onderlinge koppeling maken (bv. zipster integreren in KWS). Verder gaan we mogelijkheden onderzoeken om innovatieve uitbreidingen uit te werken binnen bestaande tools (bv. mogelijkheid tot doorverwijzen door persoon met zorgvraag en/of -nood zelf met zipster).</p> <p>Bij zorgcontinuïteit, bijvoorbeeld bij het overschrijden van de lijnen (bv. van thuis naar ziekenhuis), is er niet altijd een eenheid van commando. Vanuit Sibe kunnen wij die rol opnemen op meso- en macroniveau. Zo kunnen we op mesoniveau organisaties sturen en samen met hen het proces dat leidt tot een goede zorgcontinuïteit (bv. de juiste informatiedoorstroming) verfijnen. We kunnen daarna terugkoppelen naar het macroniveau om zo de best practices in te voeren, dit onder leiding van een neutrale partner (bv. een samenwerkingsverband).</p>	<p>Activiteiten</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. gezondheids-ambassadeurs 2. therapeutische educatie 3. selfmanagement 4. doelgerichte zorg 6. brede kijk op gezondheid 7. zipster 9. WVLManteltMee 10. groene enveloppe + MR 11. case-management 12. Zorg-ID 13. project zorgcontinuïteit 14. zorgpaden 15. MOVA
---	--	---	--

<p>OD3: Organisatie, versterking en retentie van (multidisciplinaire) zorgcapaciteit afgestemd op de noden, inclusief competentieontwikkeling.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organiseren opleidingen op basis van noden. • Meer inzetten op beroepsgroepen die we nu te weinig mee hebben. • Uittesten nieuwe financieringsmodellen. 	<p>Om opleidingen op basis van de noden te kunnen organiseren, werken we samen met beroepsorganisaties (bv. Westvlaamse apothekersvereniging). Zo organiseerden we in het verleden al opleidingen therapietrouw en medicatiereconciliatie. Dit gebeurde samen met de andere West-Vlaamse samenwerkingsverbanden, de Westvlaamse Apothekersvereniging, prof. Veerle Foulon (KU Leuven) en prof. Eline Tommelein (VUB). In de toekomst kijken we wat de noden zijn om bv. de uitrol van de medicatiereview te ondersteunen.</p> <p>Ook voor casemanagement zullen we intervisies organiseren, gebaseerd op de noden die bij de casemanagers van de P3-projecten op het terrein gevoeld worden (bv. intervisie omtrent omgaan met verslavingsproblematieken in kader van uitbreiding casemanagement op de Psychiatrische Afdelingen binnen een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)).</p> <p>Naast monodisciplinaire opleidingen, willen we ook inzetten op sectoroverschrijdende bijscholingen en onderlinge kennisoverdrachten en -uitwisselingen (bv. door het organiseren van rondetafelgesprekken omtrent de participatie van de mantelzorger of bv. het organiseren van opleiding doelgericht werken (met het lerend netwerk van de UGent)). Binnen deze interprofessionele opleidingen, willen we aandacht hebben om een ruim scala van professionals te betrekken (bv. huisartsen, verpleegkundigen, ergotherapeuten etc.). Hierbij is de awareness opnieuw belangrijk om net alle beroepsgroepen te bereiken, dit ook met specifieke aandacht voor de actoren met een zelfstandig statuut. Zo kan er bij iedere zorg- en welzijnsactor ingezet worden op het aanreiken van skills om geïntegreerde zorg te stimuleren. Binnen de opleidingen willen we ook het ervaringsgericht leren stimuleren door mogelijkheden met Virtual Reality na te gaan (samenwerking met sTimul – Vives). Verder ligt een belangrijke rol bij het macroniveau om de zorgcapaciteit te organiseren. Als samenwerkingsverband kan het wel onze opdracht zijn andere financieringsmodellen uit te testen (virtual payment) om zo het effect op geïntegreerde zorg te onderzoeken.</p>	<p>Activiteiten</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. gezondheids-ambassadeurs 2: therapeutische educatie 4: doelgerichte zorg 5: permanente vorming 7: zipster 10: groene enveloppe + MR 11: case-management 13: project zorgcontinuïteit 14: zorgpaden
--	---	--	--

<p>OD4: Invulling van zorgproces/zorgtraject/zorgpad/zorgplanning, inclusief zorgcoördinatie en casemanagement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maximale connectie met P3-projecten. • Afstemming zorgcoördinatie en casemanagement. • Digitale ondersteuning (bv. DZOP). • In kaart brengen van zorgpaden. • Aansluiting zoeken bij transversale projecten van het RIZIV. 	<p>De P3-projecten blijven een belangrijke actor op vlak van casemanagement. Niet iedere patiënt valt echter binnen hun inclusiecriteria. In kader van het vermijden van overbodige ziekenhuis(her)opnames wordt momenteel al gekeken welke patiënten nood hebben aan de opstart van casemanagement na ontslag uit het ziekenhuis. Indien deze patiënt buiten de inclusiecriteria valt, is financiering via Sibe mogelijk. Sibe is hierbij de facilitator van een intense samenwerking tussen ziekenhuizen en P3-projecten. In de toekomst willen we de samenwerking uitbreiden naar de thuiszorg zodat ook patiënten met een hoog risico op ziekenhuisopname geïncludeerd kunnen worden. Daarnaast onderzoeken we ook de uitbreiding naar de PAAZ-afdelingen. We hopen met deze activiteit op lange termijn de inclusiecriteria te verruimen zodat iedere patiënt die nood heeft aan casemanagement, hier recht op krijgt. De toekomst van casemanagement zien wij bij een neutrale partner zodat casemanagement een uniforme invulling krijgt, uitgevoerd door casemanagers met dezelfde competenties en dit zonder belangenvermenging. Een voorbeeld van zo'n partner is een samenwerkingsverband of ELZ.</p> <p>Daarnaast willen we inzetten op de connectie met ELZ's rond het in kaart brengen van zorgpaden. Zo willen we bekijken wat de rol van Sibe kan zijn binnen de transversale projecten zoals binnen het multidisciplinair perinataal (prenataal en postnataal) zorgtraject voor kwetsbare vrouwen en het voortraject en zorgtraject van diabetes. Voor deze laatste staan we in nauw contact met de Diabetesliga. Zo kan Sibe een dynamiek creëren onder de partners om met deze zorgpaden aan de slag te gaan en kunnen we ze mee evalueren en ondersteuning bieden waar nodig. In de toekomst zien wij de verdere uitwerking van deze opdracht bij een supraregionaal niveau (bv. de samenwerkingsverbanden).</p>	<p>Activiteiten 2: therapeutische educatie 4: doelgerichte zorg 10: groene enveloppe + MR 11: case-management 13: project zorgcontinuïteit 14: zorgpaden 15: MOVA</p>
---	--	--	---

		Als laatste willen we inzetten op het opvolgen van digitale ondersteuningssystemen bij zorgplanning (DZOP). Indien mogelijk willen we hier ook een actieve rol in opnemen. Momenteel nemen we hier de rol op van organisatie die wil geïnformeerd worden. We zouden ook een stap verder willen gaan en actief betrokken worden bij de vormgeving dit digitaal zorg- en ondersteuningsplan.	
OD5: Invulling van “patiënt centraal” en empowerment”: aanbod qua individuele en collectieve ondersteuning van een persoon in zijn/haar context.	<ul style="list-style-type: none"> • Aanbod sturen op maat van de patiënt (doelgericht werken). • Inzetten op health literacy waardoor meer tijd is voor kwalitatieve zorg bij kwetsbare groepen. • Sociale cohesie. 	<p>Om te beginnen willen we inzetten op het aanbieden van een vraaggestuurd aanbod. Zo werd in samenwerking met de mutualiteiten en een lokaal bestuur de lokale hiaten en noden van kwetsbare groepen van een regio in kaart gebracht en uitgewerkt in actieplannen. Komende tijd willen we afoetsen welke partner wat hierbij kan opnemen en aanbieden. Zo zullen het LOGO, lokaal bestuur, mutualiteiten, ELP-conventie, ELZ etc. een belangrijke rol spelen.</p> <p>Met de activiteit omtrent de gezondheidsambassadeurs (FMDO) zetten we extra in op sociale cohesie en de creatie van een community bij kwetsbare groepen. Deze good practice willen we overdragen naar andere regio's en andere organisaties die met kwetsbare groepen werken bv. CAW, welzijnsschakels, etc. De ELZ zal een belangrijke rol spelen in het detecteren van de kwetsbare groepen in de regio. Samen kunnen we dan de verbinding leggen.</p> <p>We moeten ook inzetten op het leggen van connecties met onderwijsinstellingen, mutualiteiten, ELP-conventie etc. die werken aan empowerment. Zo willen we het beschikbare aanbod inzetten op basis van de aangegeven noden.</p>	<p>Activiteiten</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: gezondheids-ambassadeurs 2: therapeutische educatie 3: selfmanagement 4: doelgerichte zorg 6: brede kijk op gezondheid 7: zipster 8: bootcamp 9: WVLManteltMee 10: groene enveloppe + MR 11: case-management 12: Zorg-ID 14: zorgpaden 15: MOVA

<p>OD6: Ondersteuning van het informeel netwerk van een persoon in zijn/haar context zowel op individueel als op groepsniveau.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aansluiting bestaande mantelzorg-initiatieven. • Faciliteren van connecties tussen stakeholders en informeel netwerk. 	<p>In samenwerking met de twee andere West-Vlaamse samenwerkingsverbanden, willen we ons karretje aan het mantelzorgplan hangen. Hiervoor kunnen we fungeren als projectpartner om zo West-Vlaanderen te engageren en motiveren tot het uitvoeren van deze piloten. Mogelijke projectgroepen zijn: mantelzorgers betrekken bij scharniermomenten, psychologische begeleiding voor mantelzorgers, (h)erkenning van jonge mantelzorgers en (h)erkenning van mantelzorgers op de werkvloer. De exacte rol moet nog verder vorm krijgen in samenwerking met de partners die werken rond het mantelzorgplan (bv. mantelzorgverenigingen, Vivel etc.)</p> <p>Ook willen we maximaal inzetten op connecties tussen mantelzorgverenigingen onderling, lokale dienstencentra, mantelzorghubs, mantelzorginitiatieven, ELZ's etc. Zo zetten we bijvoorbeeld in op de organisatie van vormingen binnen mantelzorghubs met als doel de brug te leggen tussen mantelzorgverenigingen en mantelzorghubs. Daarnaast zijn lokale dienstencentra vragende partij om bestaande initiatieven binnen hun regio te bundelen. Wij kunnen hier optreden als integrator. We trachten te begeleiden in het structureel binnenbrengen van de mantelzorgverenigingen tegen het einde van de samenwerkingsverbanden.</p>	<p>Activiteiten</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: gezondheids-ambassadeurs 2: therapeutische educatie 3: selfmanagement 4: doelgerichte zorg 8: bootcamp 9: WVLManteltMee 10: groene enveloppe + MR 11: case-management 12: Zorg-ID 13: project zorgcontinuïteit 14: zorgpaden 15: MOVA
<p>OD7: Zorg en welzijn in een bredere context.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verbinding tussen zorg en welzijn, maar ook over sectoren heen. • Unieke organisaties kenbaar maken en met elkaar in contact brengen. • Health in all policies. 	<p>Er moet meer ingezet worden op gezondheidspromotie en -preventie, zodat de prevalentie van ziekten daalt. Zo kan Sibe een ondersteunende rol hebben bij het kenbaar maken van bv. bewegen-op-verwijzing.</p> <p>Gezondheid moet hierbij holistisch benaderd worden. Zo moet ook de verdere connectie gelegd worden met bv. socioculturele organisaties (bv. FMDO, Welzijnsschakels etc.). Lokale besturen zijn hierbij een belangrijke partner om unieke organisaties binnen hun locoregionaal niveau kenbaar te maken.</p>	<p>Activiteiten</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. gezondheids-ambassadeurs 3. selfmanagement 4. doelgerichte zorg 6. brede kijk op gezondheid 7. zipster 8. bootcamp 11. case-management

<p>OD8: Implementatie van datamanagement en programma's population health management.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aan de slag gaan met beschikbare data in samenwerking met partners. • Verdere verwerking IMA-data + aan de slag gaan op basis van noden. • Stimuleren van partners om data om te zetten naar inzichten en zo zorg te sturen. 	<p>In het verleden zaten we al intensief samen met de mutualiteiten rond gegevensdeling op basis van de inclusies binnen Sibe. Dit project werd stopgezet door verschillende GDPR-obstakels. Toch willen we de connectie vasthouden door binnen de werkgroep data-analyse verder te bekijken wat de mogelijkheden zijn. Ook willen we de IMA-data, data provincie en cijfers, armoedeatlas etc. nauwer onderzoeken en gericht gebruiken. Door de grote verscheidenheid in onze regio willen we inzetten op het opdelen van data volgens de NIS-codes. Tevens willen we de beschikbare beleidsplannen van de ELZ's gebruiken om niet opnieuw dezelfde cijfers te analyseren.</p> <p>Verder willen we inzetten om zorg- en welzijnsactoren aan te sporen actief aan de slag te gaan met data om zo hun zorgbeleid te sturen en ondersteunen. Dit deden we bijvoorbeeld al bij casemanagement waarbij de gegevens omtrent multiple ziekenhuisheropnames gebruikt werden in kader van de opstart van casemanagement.</p> <p>Bestaande data en eigen bijgehouden data gekoppeld aan onze activiteiten, willen we nauwer inzetten in functie van onze zelf-evaluatie. Zo wordt een analyse uitgevoerd van BeIRAI-gegevens in kader van de evaluatie van bepaalde activiteiten (bv. casemanagement, bootcamp). Daarnaast wordt er binnen zipster ingezet op een kwantitatief dashboard. Deze gegevens willen we gebruiken om onze activiteit bij te sturen en onze partners ook inzicht te geven in het gebruik van het platform.</p> <p>Sinds eind vorig jaar hebben we ook een nieuwe data protection officer waarop we beroep kunnen doen om ons te ondersteunen bij bovenstaande activiteiten.</p>	<p>Activiteiten 7: zipster 10: groene enveloppe + MR 11: case-management</p>
---	--	---	--

b. Welke kritische succesfactoren zullen maken dat deze verduurzaming succesvol zal zijn?

Denk hiervoor zowel aan zaken waar jullie zelf een impact op hebben, als op degene die door de overheid kunnen gefaciliteerd worden – max. 1 pagina.

Kritische succesfactor	Wie speelt hier een rol?	Aanpak/wat is er nodig?
Kritische succesfactoren die we zelf in de hand hebben		
Behouden en vasthouden van de bestaande partners en connecties met nieuwe partners leggen.	Alle stakeholders in de regio.	Blijvend inzetten op de verbinding en ontmoeting van de bestaande netwerken. Het gelegde vertrouwen blijft hierbij een belangrijke basis. Daarnaast willen we werken aan het leggen van nieuwe contacten met stakeholders die we onvoldoende kennen/betrekken zoals het palliatief netwerk. Zo willen we betrokkenheid creëren bij alle partners in de regio.
Inzetten op wat leeft op lokaal niveau.	Lokale besturen, ELZ's, databanken etc.	In overleg treden met de lokale besturen en ELZ's. Daarnaast willen we aan de slag gaan met IMA-data om zo bepaalde noden in kaart te brengen. Vervolgens moeten de doelstellingen van de partners gekend zijn om zo de koppeling te kunnen maken met de aanwezige noden. Daarbij is het onze taak om toe te leiden naar de juiste partners voor de invulling van lokale hiaten.
Delen van kennis.	Alle zorg- en welzijnsactoren.	Om te kunnen inzetten op delen van kennis, moet er eerst erkenning zijn van de eigen expertise en de expertise van andere partners. Daarna moet er bereidheid zijn tot het delen van elkaars kennis en het openstaan om nieuwe kennis op te doen. Als netwerkorganisatie willen we inzetten om voorgaande te faciliteren en zo een learning community op te bouwen. Dit kan bv. door het organiseren van inspiratieavonden.
Duidelijke (laagdrempelig, transparant) communicatie.	Sibe.	We willen werken aan eenduidige communicatie en een consistente communicatiestrategie omtrent onze activiteiten (maandelijkse nieuwsbrief, Facebook, LinkedIn, Instagram en de website) (zie ook bijlage 6 communicatieplan).
Co-creatie met Vlaamse samenwerkingsverbanden.	Vlaamse samenwerkingsverbanden.	Er zijn mooie samenwerkingen met de West-Vlaamse (WVLManteltMee) maar ook met de Vlaamse samenwerkingsverbanden (groene enveloppe). In de komende tijd willen we graag inzetten op het blijvend verduurzamen en behouden van het brede draagvlak.
Kustregio en populatie regio.	Netwerken en stakeholders in de regio.	Binnen de regio van Sibe hebben we heel veel tweedeverblijvers en een oudere bevolking waardoor er minder kan gerekend worden op een informeel zorgnetwerk, wat leidt tot meer belasting van de reguliere zorg- en welzijnsactoren. We moeten zo goed als mogelijk proberen in te spelen op de zorgnoden van de regio. Hierbij moet het zorg- en welzijnsaanbod afgestemd worden op de populatie in de regio.
Kritische succesfactoren die we niet zelf in de hand hebben		
Aan de slag gaan met data.	Beheerders databanken, IAC, RIZIV etc.	Op zoek gaan naar de meest recente cijfers, linken leggen met spelers die data verzamelen. Via deze weg willen we sterk inzetten op populatiemanagement. Daarnaast willen we ook zicht krijgen op de markt omtrent data (wie beschikt over welke data? Welke data en welke databanken bestaan er?). Bijkomend hebben we nood aan duidelijke richtlijnen wat binnen onze bevoegdheid kan vallen omtrent data-analyse.
Onzekerheid/onduidelijkheid rond blijvend bestaan van het samenwerkingsverband.	RIZIV/federale overheid.	Tijdig de richtlijnen voor de toekomst bepalen en deze duidelijk communiceren naar de samenwerkingsverbanden.
Tekortkoming aan een digitaal gedeeld patiëntendossier.	Aanspreekpunt digitale tools.	Momenteel is het DZOP in volle ontwikkeling. We gaan dan ook op zoek naar een manier om ons karretje aan dit initiatief te hangen. Daarnaast is het ook belangrijk op de hoogte te blijven omtrent zaken met betrekking tot de evolutie van dit initiatief. Daarnaast is er geen optimale werking van het Vitalink platform. Ook hierop willen we verder helpen inzetten in samenwerking met de initiatieven die deze platformen in hand nemen. Daarnaast willen we algemeen over digitale tools op de hoogte blijven zoals BIHR. We missen kennis omtrent de actoren die werken met deze platformen en hebben dus nood aan een specifiek aanspreekpunt.
Co-creatie met Vlaamse projecten.	Vlaamse en federale overheid.	Mogelijkheid tot actieve deelname aan Vlaamse projecten. Hierbij is het belangrijk dat deze ruimte niet enkel door de federale overheid wordt gegeven maar dat ook vanuit de Vlaamse overheid positief naar een samenwerking tussen Vlaams en federaal wordt gekeken. Daarnaast moet er bij de Vlaamse als federale actoren duidelijkheid zijn omtrent de mogelijkheid tot interfederale samenwerking.
Tijd en ruimte in functie van geïntegreerd werken.	Vlaamse en federale overheid.	Er moet voldoende tijd en ruimte zijn om geïntegreerd te kunnen samenwerken. Financiering is hierbij belangrijk, zo laat prestatiefinanciering geïntegreerd werken moeilijk toe.
Hervormingen binnen regio.	Vlaamse en federale overheid.	Duidelijkheid omtrent hervormingen en tijdige communicatie hieromtrent (bv. hervormingen ziekenhuisnetwerken, ELZ's).

- c. Welke concrete activiteiten zullen jullie ondernemen om deze transitie te realiseren en binnen welke timing? Geef bij de activiteiten ook telkens aan welke bestaande/verwachte engagements de betrokken actoren/structuren zullen aangaan met betrekking tot de uitvoering van deze activiteiten.

Maak indien gewenst gebruik van onderstaande tabel - max. 2 pagina's.

Zoals eerder beschreven worden in onderstaande tabel de verduurzaming van de verdergezette activiteiten en ook de nieuwe activiteiten (activiteit 13, 14 en 15) verduidelijkt. Daarnaast worden ook het verwachte engagement en de vooropgestelde timing vermeld. Om te verduurzamen werd iedere activiteit opgedeeld in verschillende deelactiviteiten die elk op zich zullen bijdragen aan integratie. De deelactiviteiten bevatten nieuwe elementen om de strategische doelstellingen naar een hoger niveau te tillen. De invulling van de integratieopdrachten op activiteitsniveau zijn gealigneerd met de strategische doelstellingen en omgekeerd. De invulling van de integratieopdrachten werd reeds in bovenstaande tabel besproken.

- d. Gegeven het activiteitenplan en de timing; hoe zullen de middelen worden besteed?

Gebruik hiervoor de bijgevoegde Excel

Het bestedingsplan is te vinden op de Sharepoint.

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">1. De persoon met een zorgvraag en/of -nood neemt een actieve rol op in zijn zorgproces en in zijn leven. Er wordt ingezet op participatie. Elke persoon met een zorgvraag en/of -nood krijgt hiervoor ondersteuning, informatie en educatie.</p>	<p>1.2 De persoon met een zorgvraag en/of -nood kan zijn levensdoelen bepalen en prioriteren (ter bevordering van de levenskwaliteit). Vanuit deze levensdoelen kan men zijn zorgplan en zijn zorgdoelen bepalen.</p>	<p>Activiteit 4 doelgerichte zorg: de verdere ontwikkeling van geïntegreerde zorg door het aanbieden van activiteiten omtrent doelgerichte zorg.</p>	<p>Organisatie van toolspecifieke opleiding voor eerste- en/of tweedelijnsprofessionals en/of opleiding doelgerichte zorg voor middenkaderfuncties afhankelijk van noden.</p>	<p>Samenwerking vanuit ELZ's om noden te detecteren. Interesse bij organisaties tot deelname aan opleiding.</p>	Q1-Q4/2023-2024	OD1 OD2 OD3 OD4 OD5 OD6 OD7	<p>ELZ's, Vivel, alle zorg- en welzijnsactoren, middenkaders, mutualiteiten, experts, doelgerichte zorg, mantelzorgers, patiëntenvertegenwoordigers, burger, lerend netwerk UGent etc.</p>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								x	x					
		<p>Awareness omtrent doelgerichte zorg creëren en concept duurzaam uitdragen binnen de regio.</p>	<p>Gedragenheid vanuit de ELZ's en bestaande netwerken rond verduurzaming concept.</p>																														
		<p>Activiteit 5 permanente vorming.</p>	<p>Zie onder voor uitwerking.</p>																														
		<p>Activiteit 6 brede kijk op gezondheid: kwetsbare doelgroepen krijgen de mogelijkheid om hun stem omtrent een brede kijk op gezondheid binnen de gemeente waar ze wonen te laten horen.</p>	<p>Opvolging piloottraject, juiste partners toewijzen en samenbrengen rond acties die het lokaal bestuur kan aanpakken.</p>	<p>Bereidheid vanuit organisaties (bv. lokaal bestuur, LOGO, mutualiteiten, Tordale etc.) om actiepunten aan te pakken.</p>	Q1-Q4/2023	OD2 OD5 OD7	<p>Mutualiteiten, ELZ's, LOGO, lokale besturen, mantelzorgverenigingen, WZC's, VAPH, netwerken GGZ, iedere zorg- en welzijnsactor, burger etc.</p>	x	x	x	x			x	x		x	x	x		x		x	x			x	x			x	x	
		<p>Organisatie van mogelijk nieuw traject onder nieuwe voorwaarden.</p>	<p>Engagement vanuit organisaties om met de activiteit aan de slag te gaan. Samen met zorg- en welzijnsactoren, lokale besturen, ELZ's etc. kwetsbare doelgroepen detecteren binnen een afgebakend gebied.</p>	Q2-Q4/2023-2024																													
		<p>Kijken hoe het traject verduurzaamd kan worden zonder tussenkomst Sibe en welke partners hierbij kunnen ondersteunen.</p>	<p>Intermutualistisch bekijken welke stappen dienen gezet te worden ter verduurzaming van de activiteit.</p>																														
	<p>1.3 Er is een emancipatie van de persoon met een zorgvraag en/of -nood: aanvraag zorg op (niet-) professioneel vlak en aanvraag overgang van organisaties (dit na zorgoverleg en m.b.v. een aanspreekpunt).</p>	<p>Activiteit 7 zipster: gestructureerd doorverwijsplatform dat zorgt voor inventarisatie, kennisdeling sociale kaart en verbinding tussen zorg en welzijn.</p>	<p>Verdere uitrol binnen opgestarte ELZ's in onze regio. Opstellen draaiboek voor verdere werking.</p>	<p>Engagement van de eerstelijnszone om hier ook blijvend een trekkende rol in op te nemen. Bereidheid van (nieuwe) gebruikers om met zipster (blijvend) aan de slag te gaan.</p>	Q1-Q4/2023	OD1 OD2 OD3 OD5 OD7 OD8	<p>ELZ's, alle zorg- en welzijnsactoren, vrijetijdsorganisaties, lokale besturen, lokale dienstverlening, universiteiten, ICT-programmeurs, Health Endeavour (Stijn Coolbrandt), burger etc.</p>	x	x	x	x	x							x		x	x	x	x	x							x	x
			<p>Meewerken waar mogelijk aan de verdere optimalisatie van het platform (detecteren van hiaten en deze mee helpen oplossen).</p>	<p>Zorg- en welzijnsactoren die het platform effectief gebruiken en problemen aangeven zodat er vanuit Zipster kan gewerkt worden aan een oplossing.</p>																													
			<p>Innovatieve uitbreiding van bestaande doorverwijsplatform dat kan gebruikt worden door de persoon met de zorgvraag en/of nood.</p>	<p>Engagement vanuit klankbordgroep bestaande uit personen met een zorgvraag en/of -nood om applicatie mee vorm te geven en te evalueren. Samenwerking met oa universiteiten, ICT etc. in de concept- en ontwerpfase.</p>	Q1-Q4/2023-2024																												

5. De zorgverleners benutten op een efficiënte manier de bestaande expertise. Ze optimaliseren transmurale overleg en samenwerking.	5.1 Er wordt ingezet op transmurale overleg en samenwerking om geïntegreerde zorg te faciliteren	Activiteit 14 zorgpaden: helder krijgen van zorgprocessen aan de hand van methodes en hulpmiddelen voor een bepaalde patiëntengroep.	Bestaande (transversale) zorgpaden binnen de regio in kaart brengen (bv. zorgpad perinatale mentale gezondheid)	Kennis delen rond bestaande en op te zetten zorgpaden.	Q1-Q4/2023-2024	OD1 OD2 OD3 OD4 OD5 OD6	Ziekenhuizen, ELZ's, zorg- en welzijnsactoren, RIZIV, burger etc.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
			De rol van Sibe hierbij duidelijk in kaart brengen (= ondersteunen, faciliteren, evalueren etc.).	Sibe herkennen als ondersteunende partner en ook contacteren bij het opzetten/uitbreiden van zorgpaden.																										
		Activiteit 15 MOVA: software toepassing van het medisch dossier bij de huisarts.	Mogelijkheden onderzoeken ter gebruik van deze software bij persoon met een zorgvraag en/of-nood.	Engagement vanuit klankbordgroep bestaande uit personen met een zorgvraag en/of-nood om de software te evalueren.	Q2-Q4/2023-2024	OD2 OD4 OD5 OD6	MOVA, patiëntenverenigingen, huisartsen, burger etc.	x	x	x								x	x	x	x									x
	Activiteit 10 groene enveloppe + medicatiereducatie-gesprek + Activiteit 7 zipster.	Zie hoger voor uitwerking.																												
5.2 Er wordt ingezet op verdere competentieontwikkeling, opleiding en professionalisering van zorg- en welzijnsactoren.	Activiteit 5 permanente vorming: algemene vorming betreffende facetten van geïntegreerde zorg (bv. BeRAI).	Aanbieden van vormingen op basis van gedetecteerde noden/vragen in de regio.	Zorg- en welzijnsactoren moeten bereid zijn noden aan te geven.	Q1-Q4/2023-2024	OD3	Kenniscentra, zorg- en welzijnsactoren, BeRAI Care, de Westvlaamse Apothekersvereniging, netwerken GGZ etc.	x	x																						x
		Via vormingen inzetten op verdere competentieontwikkeling en expertisedeling.	Bereid zijn om kennis te delen maar ook te ontvangen. Tijd vragen van organisaties om personeelsleden verder op te leiden.																											
		De gedetecteerde noden terugkoppelen naar kenniscentra zodat zij dit kunnen opnemen in hun curriculum.	Bereidheid tot het optimaliseren van het curriculum.																											
6. De persoon met een zorgvraag en/of-nood wordt op maat ondersteund en begeleid in zijn traject volgens zijn mogelijkheden en levensdoelen.	6.1 Bij een complexe en niet goed lopende zorg voorziet het zorgteam een casemanager.	Activiteit 11 casemanagement.	Zie hoger voor uitwerking.																											