*Zou het mogelijk zijn dat er vanuit het departement een opsomming komt van concrete taken die de zorgraden dienen op te nemen met betrekking tot de nieuwe implementatie-rol en de gehele transitie? Het blijft toch nog erg vaag.*

De zorgraad zal een implementerende rol opnemen. Dat houdt in dat de zorgraad zorgt dat er lokale afspraken gemaakt worden om doelgericht samen te werken voor kwetsbare populaties en opvolgt dat deze afspraken worden nageleefd. Dit inclusief het opnemen van een ambassadeurschap voor Alivia.

Hoe die implementatie concreet in zijn werk gaat, staat nog niet volledig vast. Enerzijds zit hier de vrijheid van iedere zorgraad om op basis van de lokale context en met respect voor de lokale eigenheid aan de slag te gaan. Tijdens de tour van de zorgraden in het najaar is het onder andere de bedoeling om net die denkoefening te maken: hoe pakken we dat concreet vast? Anderzijds leren we momenteel volop van het werk dat de implementatiecoaches binnen het perinataal programma opnemen, zijn er nog heel wat regelgevende trajecten lopende en is het wachten op duidelijkheid rond de versterking van het mesoniveau. Al deze elementen zullen de komende tijd de rol als implementator verder vormgeven.

*Zijn er bepaalde rollen/opdrachten voor de zorgraden in de hervorming van de palliatieve zorg waarmee we rekening moeten houden in de ontwikkeling van onze nieuwe beleidsplannen? Zo ja, welke zijn die dan?*

In deze fase van de hervorming is dit nog niet bepaald. Als netwerkorganisatie kunnen de zorgraden wel al contacten leggen met de lokale organisaties inzake palliatieve zorg indien er duidelijke noden naar voren komen uit de omgevingsanalyse. Ook de palliatieve netwerken en palliatieve samenwerkingsverbanden kunnen samenwerkingen met zorgraden aangaan; in hun regelgeving staan daar geen beperkingen in. Daarnaast krijgen zij via ad-hoc subsidies in 2025 ook de opdracht om in hun regio de ondersteuningsnoden van hun stakeholders in kaart te brengen.

*Tijdens Covid periode werd er gebruik gemaakt van zorgatlas. Hier vermeldt men ook de buurten als actoren in palliatieve zorg. Is het niet mogelijk om de ELZ's terug toegang te geven tot info betreffende de buurten in Vlaanderen per ELZ ?*

Het ontsluiten van bruikbare en relevante data naar de zorgraden wordt momenteel bekeken.

*Is er ook nagedacht over een afdwingbaarheid naar zorgberoepen om het gebruik van Alivia te gaan gebruiken? Of is het enkel een aanbeveling?*

Alivia zal gepositioneerd worden als een faciliterende digitale tool om geïntegreerde en doelgerichte zorg mogelijk te maken op het terrein. In de nota Vlaamse Regering wordt het gebruik van Alivia duidelijk naar voor geschoven. Alivia wordt hier gepositioneerd als broninformatie voor de achterliggende financiering van zorgcoördinatie en casemanagement in de toekomst.

*Hoe kijken jullie naar verschil in visie tussen Alivia en BiB: duidelijke visie vanuit Vlaanderen dat PZON centraal staat en dus ook toegang heeft tot Alivia, zelf bepaalt wie in zorgteam mag zitten, wie zorgcoördinatie opneemt. PZON mag/kan niet in BIB-tool en heeft ook minder tot geen zeggenschap wie zorgcoördinatie opneemt (vermits enkel zij die vergoeding kunnen ontvangen dit mogelijk willen opnemen)? Wanneer vanuit RIZIV vergoeding is voor bepaalde actor voor rol binnen BIB, kan Vlaanderen deze actor dan verplichten om aanvullend ook Alivia te gaan gebruiken?*

Aangezien Alivia nog niet beschikbaar is, moet het perinataal programma werken met de tools die beschikbaar zijn (i.e.BiB). Hoe gegevens met elkaar gedeeld worden en onder welke voorwaarden wordt opgenomen in de lopende discussie over het samenwerkingsakkoord, alsook de rol van de betrokken instrumenten.

Hoe Alivia en BiB in de toekomst kunnen aligneren, wordt nog onderzocht maar er zijn wel degelijk mogelijkheden. De visie op zorgcoördinatie verschilt niet federaal of Vlaams: we gaan ervan uit dat de zorgaanbieder die het meest aangewezen is deze rol opneemt.

*Hoe gebeurt selectie van WZC's vermits enkel in onze zone al zeker 2 WZC's zich zullen kandidaat stellen? Hieromtrent was een vraag vanuit ons BO m.b.t. welke projecten ondersteunen we, is afstemming tussen WZC's belangrijk, ... ?*

Deze vraag is inmiddels gedateerd. De oproep is afgesloten.

*Wanneer zouden jullie de sector voor personen met een beperking betrekken voor het uittesten van ALIVIA? (bv. in een organisatie voor personen met beperking)? De gelijkenissen maar ook de verschillen met ouderenzorg lijken me zeer interessant om te onderzoeken.*

We zitten op een kantelpunt bij de uitrol van Alivia. Omdat Alivia een tool ter ondersteuning van geïntegreerde zorg is, stelt zich hoe langer hoe meer de vraag hoe doelgericht samenwerken zal worden uitgerold in plaats van enkel de tool.

Behalve het pilootproject in de woonzorgcentra, hebben we nog geen nieuwe testfases bepaald. Aangezien we Alivia als tool positioneren waar de PZON centraal staat, en de PZON het zorgteam bepaalt, zullen we met alle sectoren aan de slag moeten gaan op korte en middellange termijn. VAPH sectoren zitten hier dus absoluut in scope. We bekijken hoe we dit zo efficiënt mogelijk kunnen stroomlijnen.

*Rol van CRA ?*

De rol van een CRA is ook expliciet meegenomen in functie van gedragenheid binnen het woonzorgcentrum en om uit te reiken naar huisartsen en andere professionals in de buurt. Te bekijken binnen een organisatie hoe de rol van CRA verder wordt ingevuld tijdens de doorlooptijd van het piloot zelf.

*Hoe moeten we verhaal rond zorgcoördinatie dat hier wordt gebracht, koppelen aan kader dat er vandaag al ligt binnen perinataal programma? Begrip dat er nog zaken moeten uitgewerkt worden, maar de wereld draait door en in die wetenschap ook graag duidelijke info. Zo vernamen we deze week expliciet:*

*“In het geval de zorg- en welzijnscoördinatie wordt opgenomen door een lid van een multidisciplinair team binnen de context van een ziekenhuis, medisch huis of groepspraktijk, kan de verstrekking geattesteerd worden door de verantwoordelijke verstrekker in het kader van de ziekteverzekering met RIZIV-nummer. Het is van belang dat de zorg- en welzijnsprofessional (bvb. de sociaal assistent) die daadwerkelijk de zorg- en welzijnscoördinatie uitvoert, als coördinator wordt geregistreerd in de BIB-tool.”*

*Ik dacht dat in de nota die nu wordt besproken toch ook andere profielen ("een" lid van het zorgteam) zorgcoördinator kon zijn? Als we vanuit perinatale willen leren, dan gaan we mogelijks verkeerde lessen trekken als we het nu al zo verengen.*

*Bovendien wordt ook verwezen dat in kader van vergoedbare zorgcoördinatie dient gebruik gemaakt te worden van Aliva. Maar die tool is er nu nog niet, dus hoe zien jullie deze koppeling binnen perinataal programma dat nu al bezig is en waar nu al financiering voor gaande is?*

Het perinataal programma is opgestart met de tools, methodieken en budgetten die voorhanden waren. We zijn er ons wel degelijk van bewust dat bepaalde uitwerkingen in het perinataal programma niet zullen worden overgenomen in andere programma’s.

Zoals ook op de webinar aangegeven, is er een complexe juridisch-technische oefening aan de gang waar er interfederaal afstemming wordt gezocht over de principes van zorgcoördinatie en casemanagement (incl. financiering). De visie op deze rollen en functie is alvast dezelfde: ieder lid van het zorgteam kan zoco opnemen (zowel de persoon, mantelzorger als professionele zorgaanbieder), de zorgaanbieder die het best geplaatst is en aangeduid wordt door de PZON wordt zoco,...

We werken aan een vergoeding voor zorgcoördinatie voor onze Vlaamse actoren, binnen of buiten hun reguliere werking.

*Het lijkt mij een essentiële oefening om die inschalingsinstrumenten te verbinden met de principes van doelgerichte zorg. Ook in de bepaling van wat als complex proces wordt gezien en wat niet. Worden de beide principes meegenomen in bepalen van de criteria?*

Ja, beide principes worden meegenomen in de criteria. Het is echter nog niet (wetenschappelijk) vastgelegd binnen de bestaande inschalingstools wanneer de zorg complex is.

*Wat zijn de criteria om te spreken over een complex procesniveau tov een beperkt procesniveau?*

Volgens het Besluit van de Vlaamse Regering over de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood:

* een complex procesniveau: “dit procesniveau kenmerkt zich door een veelvoud aan te behandelen facetten of levensdomeinen, een groot aantal betrokken zorgaanbieders, vanuit verschillende domeinen of disciplines, waarbij het grote aantal zorg- en ondersteuningsnoden een hoog interdisciplinair optreden vereist”.
* een beperkt procesniveau: “dit procesniveau kenmerkt zich door het feit dat de zorg- en ondersteuningsnood of -noden beantwoord kunnen worden door een beperkt aantal betrokken zorgaanbieders waarbij alleen een gering interdisciplinair optreden vereist is.”

We hebben vanuit overleg met de zorgsector geleerd dat het in strikte regels gieten niet wenselijk is. De zorgprofessional is in staat deze complexiteit in te schatten. De vergoedingsmechanismen zullen waarschijnlijk bepaald worden door logische keuzes: inschaling, aantal disciplines, specifieke doelgroepen, … Dit wordt nog verder uitgewerkt.

*Op welke manier zullen de resultaten van de PaRIS-survey beleidskeuzes (in Vlaanderen) beïnvloeden, en hoe zien jullie de Prems en Proms in de concrete vertaling naar structurele hervormingen binnen de geïntegreerde zorg?*

De PaRIS‑studie toont dat personen/patiënten zeer positief zijn over eerstelijnszorg. Tegelijk tonen ze aan dat er nog duidelijke kansen voor verbetering zijn rond zorgcoördinatie, digitale skills en multidisciplinaire aanpak. PROMs en PREMs vormen cruciale instrumenten bij de uitwerking van geïntegreerde zorg. We onderzoeken hoe deze objectieve, patiëntgerichte data over uitkomsten én ervaringen kunnen opgenomen worden in de implementatiestrategie in Vlaanderen. Vooral als katalysator voor meetbare zorgplannen, proactieve coördinatie en zelfmanagement via onze tool Alivia wordt dit verder uitgezocht.

*Zowel Gezondheidsmakers als ZR moeten meewerken aan de Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen. Daar zitten toch wel heel wat preventieve aspecten in verwerkt. Is het mogelijk om te zeggen rond welke doelstellingen jullie verwachtingen hebben t.a.v. de ene of de andere partner (vooral als verantwoordelijke partner, de andere kan uiteraard steeds om medewerking gevraagd worden door de verantwoordelijke). En wij dachten dat er ook nieuwe gezondheidsdoelstellingen op komst waren. Is daar al nieuws rond? Beiden met het oog op al dan niet opnemen van bepaalde thema's binnen OA / MJP van de ZR.*

Je hebt gelijk dat beide organisaties bijdragen aan het realiseren van de gezondheidsdoelstellingen. Dit was ook een van de signalen waarop we zijn ingegaan en vormt mee de basis voor de toekomstige nota.

We zitten momenteel inderdaad ook in een traject naar een nieuwe gezondheidsdoelstelling, met een basisaanbod en impactprojecten, gericht op specifieke settings. Op 22 mei vond hierover een stakeholdersmeeting plaats. Het verslag is intussen bezorgd aan alle stakeholders, die nog twee weken de tijd hebben om feedback te geven. Die wordt verwerkt tijdens de zomervakantie.

De nieuwe gezondheidsdoelstelling wordt voorgesteld in december 2025, gevolgd door een goedkeuringstraject. De focus van ons preventief gezondheidsbeleid blijft op thema’s met gezondheidswinst op populatieniveau: voeding, beweging, sedentair gedrag, mondgezondheid, middelengebruik, seksuele en mentale gezondheid, bevolkingsonderzoeken, vaccinatie, milieu, klimaat en valpreventie.