

Innovatie en ondernemerschap in zorg en welzijnswerk

Eindrapport

Inhoudstafel

1. Situering	3
2. Aanpak.....	4
3. Terminologie.....	6
4. Een context in sterke verandering	10
5. Doelstellingsgerichte zorg en welzijn	14
6. Enkele illustratieve aspecten van innovatie	16
6.1. Aspect 1: delen van gegevens om nog beter samen te werken	16
6.2. Aspect 2: Ondersteunen van samenwerking in praktijkvoering in de eerste lijn	18
6.3. Aspect 3: online informatieverstrekking en hulpverlening	19
6.4. Aspect 4: competenties voor zorgprofessionals	21
7. Opgelet met de innovatieparadoxen	23
8. Basisvoorwaarden	25
8.1. Streven naar meer regelluwte.....	27
8.2. Komen tot een aangepaste financiering	27
8.3. Nood aan overzicht en inspiratie	28
9. Besluit	30

1. Situering

Een hervorming van de structuren in de eerstelijnsgezondheids- en welzijnzorg wordt beschreven in zowel het Vlaams Regeerakkoord als in de beleidsnota van minister Vandeurzen 2014-2019. Om deze hervorming gedragen aan te pakken, werd een participatief traject met de sector opgezet, waarbij ter voorbereiding van de eerstelijnsconferentie op donderdag 16 februari 2017 zes werkgroepen worden georganiseerd over volgende **thema's**:

1. Taakstelling en structuurintegratie
2. Geografische afbakening van de zorgregio's
3. Modellen voor integrale zorg
4. De patiënt/burger centraal
5. Gegevensdeling en kwaliteit van zorg
6. Innovatie en ondernemerschap in zorg en welzijnswerk

De specifieke werkgroep rond 'Innovatie en ondernemerschap in zorg en welzijnswerk' had als doel te komen tot oplossingen voor de uitrol van de positief beoordeelde innovatie- en vernieuwingsprojecten in zorg en welzijnswerk. Hiertoe werd gevraagd volgende **opdrachten** te vervullen:

1. Het opmaken van een inventaris van de resultaten van innovatieprojecten, proeftuinen, vernieuwingsprojecten en innovatietechnologieën die in Vlaanderen al plaatsvonden en de mate van realisatie/uitrol op grote schaal.
2. Op basis van de inventaris bepalen welke projecten, die nog niet uitgerold werden, de moeite waard zijn om nog op grote schaal uit te rollen en welke voorwaarden hiervoor moeten vervuld zijn.
3. Op basis van een integrale zorgbenadering bekijken welke andere innovaties kunnen bijdragen aan de realisatie van deze zorgbenadering en welke voorwaarden hiervoor moeten vervuld zijn.
4. Het doen van voorstellen van initiatieven om de samenwerking op niveau van de praktijkvoering in de eerste lijn te ondersteunen, zodat van een integrale zorg sprake kan zijn.

In wat volgt wordt allereerst de gehanteerde methode gekaderd. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de visie, de inzichten en de voorstellen die in de werkgroep tot stand kwamen.

2. Aanpak

De werkgroep 'Innovatie en ondernemerschap in zorg en welzijnswerk' hield vijf werksessies tussen 19 februari 2016 en 18 november 2016. Voorafgaand aan de eerste sessie werd een bevraging verstuurd naar alle deelnemers. Daarin werd gepolst naar enerzijds de verwachtingen over het onderwerp en anderzijds de aandachtspunten voor de goede werking van de werkgroep. Specifiek voor de verwachtingen werd vaak vermeld dat we dienden te komen tot:

- Een inventarisatie van bestaande initiatieven, inclusief een overzicht van de huidige belemmeringen en "best practices".
- Concrete, praktische, doelgerichte en haalbare aanbevelingen, die realiseerbaar zijn op vrij korte termijn. Concrete thema's die hierbij reeds werden aangehaald zijn online communicatiemogelijkheden en het optimaliseren van de mogelijkheid tot interdisciplinaire, sector overschrijdende zorgverlening en welzijnswerk.
- Een duidelijk kader en speelveld waar we innovatie en ondernemerschap kunnen inpassen.

Op basis hiervan werd een aanpak uitgewerkt die na elke sessie kritisch werd herbekeken vanuit de feedback van de deelnemers.

Tijdens de eerste sessie werd, na de schets van een inleidend kader, gewerkt aan de hand van een wereldcafé¹, waarbij gebrainstormd werd rond volgende centrale vraag:

- Welke innovaties zijn nodig om de ontwikkelde visie rond 'Modellen voor integrale zorg' en 'Personen met een zorgnood centraal' te realiseren?²

Op het einde werd aan elke deelnemer gevraagd om de drie kernideeën voor deze centrale vraag te noteren op een post-it. Op basis van een online stemming over deze ideeën heen werd aan de deelnemers een overzicht bezorgd, waarbij een onderscheid werd gemaakt tussen enerzijds innovaties en anderzijds basisvoorwaarden noodzakelijk om deze ook in praktijk te kunnen realiseren.

In de 2^{de} sessie werd samen met de werkgroep op zoek gegaan naar die centrale thema's waar we specifiek rond verder willen werken in kleine groepjes. Uiteindelijk werd gekozen voor vier thema's, namelijk 'doelstellingsgerichte zorg- en hulpverlening', 'het proces van innovatie en de nodige competenties', 'gegevensdeling' en 'online informatie en – hulpverstrekking'.

¹ De methode van het wereldcafé behoort tot de verzameling van de zogenaamde 'Large Group Interventions'. Hierbij gaan de deelnemers in groepjes van vier op zoek naar mogelijke antwoorden op de centrale vraag. Er wordt gewerkt met meerdere gespreksrondes, waarbij de samenstelling van de groepjes steeds wisselt.

² Deze visieteksten werden ontwikkeld door de werkgroepen 'Modellen voor integrale zorg' en 'De patiënt/burger centraal', die ook deel uitmaken van de voorbereiding van de eerstelijnsconferentie.

In de derde sessie werd, vanuit de aangereikte elementen, plenair gebrainstormd en gediscussieerd over de rol en basisvoorwaarden voor innovatie en ondernemerschap binnen de eerste lijn.

Tussen sessie drie en sessie vier werd vervolgens een visietekst uitgeschreven. Deze werd in de volgende sessie afgestemd met de deelnemers van de werkgroep.

Vervolgens werd deze door de werkgroep goedgekeurde tekst beschikbaar gesteld aan de wetenschappelijke reflectiekamer en de deelnemers aan de provinciale toetsingsrondes om zo feedback te verzamelen. Globaal werd hierbij gesteld dat de lat hoger mag en moet gelegd worden, aangezien zorg en welzijn steeds meer zullen georganiseerd worden vanuit het perspectief van de persoon met een zorgbehoefte/burger in plaats van vanuit het aanbodperspectief. Disruptieve innovatie vormt hierbij een belangrijk potentieel voor zorg en ondernemerschap. Dit aanvoelen werd gedeeld door een aantal experts vanop het terrein³ die nadien ook gecontacteerd werden om bijkomende input en reflectie te bekomen.

Vanuit deze verschillende reflecties werd de tekst verder aangepast en aangevuld, waarna deze werd besproken met de werkgroep in een vijfde sessie en tot slot gefinaliseerd.

³ Katrien Van Gucht, An Bogaerts, Inge Thijs, Bart Motmans, Dominique Dejonckheere, Bianca Ceccarelli, Ezra Dessers, Geert Goderis, Babs Weyn, Frederik Horemans en Frank Rademakers.

3. Terminologie

In de opdracht die werd meegegeven ter voorbereiding van de eerstelijnsconferentie spreekt men over de patiënt/burger. Er was in de werkgroep een voorkeur om in deze tekst naast de term ‘burger’ vooral te spreken over ‘personen met een zorgbehoefte’, naar analogie met de in december 2015 verschenen visienota ‘Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst’ van de Strategische Adviesraad voor Welzijn, Gezondheid en Gezin.⁴

Deze termen zijn belangrijk omwille van de mensvisie die erachter schuilgaat.

‘**Persoon met een zorgbehoefte**’ wordt naar voor geschoven als overkoepelende term, omdat hij bruikbaar is in elk van de verschillende contexten en sectoren, en vertrekt vanuit gebruikers- of behoeftenperspectief. Daarnaast stimuleert deze term een holistische benadering, waarbij de persoon niet gereduceerd wordt tot enkel de ziekte, de beperking of het probleem.

Een nadeel aan de term is dat deze niet zo goed klinkt. Zorgvrager, patiënt/cliënt en gebruiker zijn alternatieven die in de besprekingen soms naar voren kwamen. Ze zijn korter en beknopter dan ‘persoon met een zorgbehoefte’. Anderen dan deze werkgroep zullen die terminologieknoop moeten doorhakken. Tot zolang spreken we in de tekst over ‘persoon met een zorgbehoefte/burger’.

‘**Innovatie**’ willen we breed definiëren, als zowel vernieuwende en duurzame producten en/of diensten, processen en organisatievormen in de gezondheids- en welzijnszorg, die de kwaliteit van de zorg verbeteren.⁵ We verstaan hieronder zowel de radicale als de incrementele innovatie, die beide evenveel waardering verdienen.

Wanneer we spreken over ‘**radicale of disruptieve innovatie**’ bedoelen we: *“a type of innovation that creates new networks and new organisational cultures involving new players, and that has the potential to improve health outcomes and the value of health care.”*

Deze definitie wordt gebruikt door het expert panel on “effective ways of investing in health in the EU”, dat in oktober van 2015 een goed onderbouwd rapport uitwerkte met als titel: “Disruptive innovation - Considerations for health and health care in Europe”⁶. We zullen in wat volgt vaak vertrekken van wat daar werd neergeschreven, maar hebben dit vrij vertaald naar onze specifieke gezondheids- en welzijnscontext.

⁴ <http://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/visienota-nieuw-professionalisme-in-zorg-en-ondersteuning-als-opgave-voor-de-toekomst->

⁵ Uit het transversaal actieplan Flanders Care:
http://www.flanderscare.be/sites/default/files/Uploads/VR%202016%200502%20MED%20%200056-%20BIS%20Actieplan%20Flanders%20Care%20-%20Actieplan_def.pdf

⁶ https://ec.europa.eu/futurium/en/system/files/ged/54_-_disruptive_innovation_ec_-_expert_panel_health_2015.pdf

In het rapport dat deze definitie omvat wordt een onderscheid gemaakt tussen niet-disruptieve of onderhoudende innovatie enerzijds en disruptieve innovatie anderzijds. Hierbij creëert niet-disruptieve innovatie vooral een continue verbetering binnen een reeds bestaand systeem, daar waar disruptieve innovatie een oproep tot strategische, structurele en organisatorische wendbaarheid en een appél tot veranderingsvermogen van welzijnswerk en gezondheidszorg vormt. Om disruptieve innovaties te kunnen opzetten en realiseren dienen we deze op een verstandige manier aan te pakken via een transitieplan. Op vandaag bestaan hier reeds voorbeelden van, bv. het werk maken van integrale jeugdzorg, het breed onthaal in welzijnswerk, de persoonsvolgende financiering in de sector personen met een beperking, het introduceren van blended hulp en zorg, de hernieuwde aandacht voor het grondrechtendiscours in welzijnswerk,...

Innovatie is nauw verbonden met ondernemerschap en omgekeerd en ze hebben een groot potentieel, ook in en voor de gezondheids- en welzijnzorg. In de benadering van de radicale of disruptieve innovatie wordt zeer expliciet “het nieuwe” benadrukt, zowel op inhoudelijk als organisatorisch vlak, ten aanzien van nieuwe spelers en nieuwe culturen, met een eveneens expliciete, kwalitatieve ambitie.

‘Ondernemingszin’ is het vermogen om in een bepaalde situatie kansen te zien en initiatieven te ontwikkelen. Dit kan zowel vanuit het perspectief van disruptieve innovatie, maar ook vanuit systematische, incrementele verbeteringen. Door optimale inzet van beschikbare middelen kunnen de nodige acties opgezet worden waardoor de waargenomen kansen gerealiseerd worden. Ondernemen is grenzen verleggen, iets nieuws scheppen, iets duurzaam voortbrengen dat tot de kwaliteit van het leven bijdraagt.⁷

‘Kwaliteit van zorg’ wordt door het Institute of Medicine gedefinieerd als: *“De mate waarin gezondheidszorg voor individuen en voor de bevolking de kansen verhoogt om de gewenste gezondheidsresultaten te verkrijgen en de mate waarin die consistent is met de huidige professionele kennis.”* Een aantal criteria of kenmerken die hieraan kunnen gekoppeld worden zijn:⁸

- Zorg en welzijn moeten effectief zijn, werkzaam en gebaseerd op wetenschappelijke kennis.
- Zorg en welzijn moeten veilig zijn, waarbij alles in het werk dient gesteld te worden om vermijdbare schade aan de persoon met een zorgbehoefte/burger te vermijden.
- Zorg en welzijn moeten efficiënt zijn, om verspilling van middelen te vermijden en de beschikbare middelen op de meest aangewezen wijze te kunnen besteden.
- Zorg en welzijn moeten tijdig zijn, zonder schadelijke vertragingen.

⁷ Unizo en KU Leuven - http://www.ondernemendeschool.be/images/res85136_1.pdf

⁸ Gebaseerd op ‘CROSSING THE QUALITY CHASM - A New Health System for the 21st Century’ en het ‘Decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen: http://www.vlaamswelzijnsverbond.be/files/page/kwaliteit/kwaliteitsdecreet%2017%2010%202003_2.pdf

- Zorg en welzijn moeten rekening houden met de voorkeuren, behoeften en waarden van de individuele persoon met een zorgbehoefte/burger.
- Zorg en welzijn moeten toegankelijk/gelijkwaardig en betalbaar zijn voor iedereen en mogen niet variëren in kwaliteit als gevolg van enerzijds persoonlijke kenmerken zoals geslacht, etniciteit, leeftijd, geografische locatie en sociaaleconomische status en anderzijds de specifieke gezondheids- of welzijnsproblematiek. Dit criterium impliceert ook dat innovaties bekend en gekend zijn door iedereen, ook de potentiële gebruikers.

Daarnaast wordt in recente studies ook meer en meer gesproken over zorg en welzijn die continu en geïntegreerd moeten zijn, zodat de persoon met een zorgbehoefte/burger geen hinder ondervindt in zorgafstemming of -ondersteuning.⁹

In het kader van de eerstelijnsconferentie zal de specifieke werkgroep rond ‘Gegevensdeling en kwaliteit van zorg’ nog de elementen bepalen die de kwaliteit van zorg en welzijn binnen een integrale zorgbenadering bepalen en welke indicatoren noodzakelijk zijn om deze elementen te kunnen opvolgen. Vanuit de werkgroep ‘Innovatie en Ondernemerschap’ willen we meegeven dat er een sterke link dient gelegd te worden tussen deze vastgelegde principes en indicatoren enerzijds en de aan te passen financiering anderzijds¹⁰, gezien enkel gezondheids- en welzijnszorg die voldoet aan al deze elementen zou mogen vergoed of gehonoreerd worden.

Innovatie en ondernemerschap bieden door de nieuwe ontwikkelingen en mogelijkheden, maar ook door de druk op de middelen een opportuniteit om zorg en welzijn, in al hun facetten, anders te organiseren en te realiseren zodat de drie onderdelen van de ‘**triple aim**’ objectieven van het Institute for Healthcare Improvement (IHI)¹¹ kunnen gerealiseerd worden: het verbeteren van gezondheid en welzijn van een gedefinieerde populatie, het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg en welzijn en het verlagen van de kosten per hoofd van de bevolking. Ook de missie van Flanders’ Care sluit hier mooi bij aan: *“Op aantoonbare wijze en door innovatie het aanbod van kwaliteitsvolle zorg verbeteren en verantwoord ondernemerschap in de zorgeconomie stimuleren.”*

Tot slot willen we, aansluitend bij de objectieven van ‘triple aim’, nog een definitie meegeven voor **kwetsbaarheid**. Een eenduidige definitie bestaat hier echter niet en het dient gezien te worden als een breed begrip. Mensen worden kwetsbaar wanneer de problemen die ze in hun dagelijks leven tegenkomen (hun draaglast) zwaarder wegen dan hun vermogen om die problemen op te lossen (draagkracht). Gezondheidsproblemen (inclusief geestelijke gezondheidsproblemen), socio-

⁹ <http://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/visienota-nieuw-professionalisme-in-zorg-en-ondersteuning-als-opgave-voor-de-toekomst->

¹⁰ Het specifieke luik ‘financiering’ wordt binnen hoofdstuk 8 nog verder uitgewerkt.

¹¹ <http://www.ihl.org/engage/initiatives/tripleaim/pages/default.aspx>

economische problemen, huisvestingsproblemen, migratieachtergrond, laag opleidingsniveau, moeilijke of problematische gezinssituaties (inclusief isolement) zijn factoren die het risico op deze te grote draaglast verhogen. Bijzonder kwetsbaar zijn diegenen waarbij de problemen zo complex en alomvattend worden dat ze de regie (over hun eigen leven) verliezen en de zorg of ondersteuning die ze nodig hebben, zelf niet vragen of zelfs weigeren.¹²

¹² Deze definitie is gebaseerd op de definitie die opgemaakt werd binnen de werkgroep Brussel in het kader van de voorbereiding van de Eerstelijnsconferentie.

4. Een context in sterke verandering

Het staat vast dat door de nieuwe mogelijkheden op vlak van diagnose en behandeling, maar ook door de huidige demografische en financiële ontwikkelingen de nood aan nieuwe zorg- en welzijnsmodellen, bijvoorbeeld inzake chronische zorg, stelselmatig zal toenemen. De persoon met een zorgbehoefte/burger zal daartoe een steeds sterker wordende partner worden in de invulling en uitbouw van zijn/haar zorgtraject, gebouwd op zijn/haar zorgbehoeften.

Men kan daarbij zelfs de vraag stellen of het stelsel dat we vandaag kennen, met een eerste, een tweede en een derde lijn zal blijven bestaan, zeker in een context van steeds beter geïnformeerde personen met een zorgbehoefte/burgers, meer mogelijkheden inzake gegevensdeling, meer uitbouw van subspecialisaties, meer benaderingen vanuit multidisciplinaire teams,... Mogelijks zal de meest disruptieve innovatie in zorg en welzijn komen van de grondige verandering van de positie van de persoon met een zorgbehoefte/burger. In zijn boek *“The Patient will see you now”* van Eric Topol wordt dit treffend beschreven. Het zal echter niet alleen de persoon met een zorgbehoefte als individu zijn, maar verwacht mag ook worden dat patiënten zich ook steeds meer zullen organiseren in groepen, zoals in patiëntenverenigingen.

Er is een sterk aanvoelen dat er, om antwoorden te kunnen bieden aan de vele uitdagingen waarmee we de komende jaren geconfronteerd zullen worden, nood is aan radicale of disruptieve innovatie, in vele aspecten en domeinen van het gezondheids- en welzijnszorgproces. Om dit te concretiseren integreren we de karakteristieken die hieraan gegeven werden door het expert panel van de EU. Disruptieve innovatie gaat over:

- Het verbeteren van de outcome voor zorg en welzijn
- De creatie van nieuwe en toegankelijke diensten
- Het zorgen voor lagere kosten, waardoor de toegankelijkheid kan verbeteren
- De promotie van patiënt- of cliëntgerichte zorg
- Het inzetten op empowerment van de persoon met een zorgbehoefte/burger
- Het uit balans brengen van verouderde systemen
- De creatie van nieuwe professionele rollen en verantwoordelijkheden
- De creatie van nieuwe waarden voor alle stakeholders
- De introductie van belangrijke culturele veranderingen

Het expert panel van de EU identificeert vijf strategische domeinen voor disruptieve innovatie:

- Translationeel onderzoek, voor hoger onderwijs en onderzoeksinstellingen, van bij de aanvang in interactie met de praktijk van gezondheidszorg en welzijnswerk.

- Toegang tot nieuwe technologieën, waarbij waakzaamheid geboden is voor ongenueanceerde benaderingen omdat technologie ook een belangrijke kostendrijver is in zorg en welzijn. Technologie kan en mag hier breed gedefinieerd worden en heeft bijvoorbeeld ook betrekking op samenwerken door elektronische gegevensdeling. In de toegang tot nieuwe technologieën zit een belangrijk potentieel voor meer empowerment voor de persoon met een zorgbehoefte/burger.
- Precisie geneeskunde, met zowel een groot potentieel inzake diagnostiek als inzake gepersonaliseerde behandelingen. Dit zal een grote impact hebben op de zorg- en welzijnsmodellen van de toekomst.
- Het blijvend ontwikkelen van de competenties van de zorg- en welzijnsprofessionals, omdat voorgaande ontwikkelingen vaak nog onvoldoende aan bod komen in basisopleidingen, maar ook omdat er nood is aan opleiding inzake samenwerken vanuit nieuwe zorg- en organisatiemodellen, vaak gebouwd op elektronische gegevensdeling, zoals Vitalink. Deze professionele en permanente educatie van professionals wordt helaas nog vaak onderschat, wat één van de redenen vormt waardoor disseminatie en implementatie van nieuwe toepassingen, zoals bv. Vitalink, te traag en te fragmentair verlopen.
- Gezondheidspromotie, met een belangrijk perspectief, bv. op vlak van preventie, gekaderd in het realiseren van het beschreven “triple aim” objectief van het IHI.

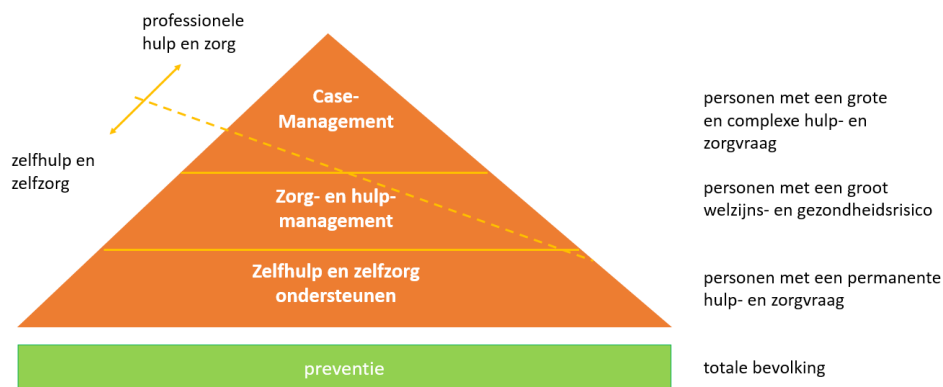
Het zijn vijf belangrijke, maar ook specifieke domeinen, vaak in wisselwerking met elkaar en tevens met impact naar ons zorgmodel.

Daarnaast ziet het expert panel van de EU volgende vier uitdagingen inzake disruptieve innovatie. Gezien hun belang worden ze hier kort geïntroduceerd:

- Nieuwe modellen van persoons- en buurtgerichte gezondheids- en welzijnszorg die een decentralisatie mogelijk maken van de traditionele gezondheids- en welzijnslocaties naar geïntegreerde zorgmodellen. Hierbij kan zowel de link gelegd worden met de pilootprojecten van de overheden inzake geïntegreerde zorg voor chronisch zieken, als met de regionaal zorgstrategische plannen die verwacht worden van de ziekenhuizen (cfr. nota zorgstrategie Vlaanderen van Minister Vandeurzen).
- Nieuwe technologieën die vroegdiagnostiek, gepersonaliseerde medicatie, gezondheidspromotie en empowerment van de persoon met een zorgbehoefte/burger toelaten, als ook potentiële genezende technologieën.
- Persoonsgerichte benaderingen voor de behandeling van personen met een zorgbehoefte/burgers met meerdere chronische ziektes, onstabiele situaties en/of verlies van functionaliteit in een multiculturele context.

- Opleiding van de gezondheids- en welzijnswerkers en de overdracht van competenties en taken van hoog opgeleid en kostbaar personeel naar meer betaalbare medewerkers met een minder gespecialiseerde opleiding (bv. van specialisten naar generalisten, van generalisten naar verpleegkundigen, van verpleegkundigen naar assistenten en andere zorg- en welzijnsverleners en uiteindelijk naar de personen met een zorgbehoefte/burgers zelf). Hierbij kan de link naar de aanpassingen inzake het KB nr.78 die in uitwerking zijn gemaakt worden, maar ook verwezen worden naar het grote belang inzake opleiding en ondersteuning van de zorgprofessionals “on the field” dat verder nog aan bod komt.

Preventie en “disease management” zullen daarbij aan belang (moeten) winnen. Dat geldt ook voor zelfzorg, waardoor de professionele zorg zich meer en beter kan focussen op complexe zorgnoden waarvoor een multidisciplinaire aanpak, met goede rolverdelingen, aangewezen is. We koppelen hieraan graag onderstaande piramide, vrij vertaald en aangevuld naar de piramide van Kaizer Permanente¹³, waar ook het begrip ‘kwetsbaarheid’ zoals gekaderd een belangrijke rol in speelt.



Tot slot geven we nog mee dat in de werkgroep innovatie niet alleen verbonden is met ondernemerschap, maar ook van toepassing op het ondernemerschap zelf, los van de modaliteit. Er zijn reeds goede voorbeelden van ondernemerschap vanuit de welzijns- en zorgsector en het is wenselijk deze verder te faciliteren, te erkennen en verder te ondersteunen. Hierbij worden zorg en welzijn op vandaag in belangrijke mate aangeboden in een social profit context, hetzij vanuit de publieke – of private context (en ook steeds meer vanuit een samenwerking tussen beiden), maar er is tevens een belangrijke groei van het direct of indirect zorg- en welzijnsaanbod vanuit de bedrijfswereld. Voorbeelden hiervan zijn leveranciers van medische uitrustingen, hulpmiddelen, geneesmiddelen, implantaten, software, verstrekkers van thuiszorg,...

¹³ <https://healthy.kaiserpermanente.org/georgia>

Parallel met de innovatie inzake zorg en welzijn mag er dus verwacht worden dat er ook nieuwe vormen van ondernemerschap zullen ontstaan, vaak gedreven door een financieel ondersteunde context, gelinkt aan overheden, universiteiten en onderzoeksinstituten. Voorbeelden daarvan die op vandaag reeds nadrukkelijk aanwezig zijn, zijn spin-offs, die zich ontwikkelen rond specifieke zorg- en welzijnsnoden en opportuniteiten, en ondernemingen die gebruik maken van impuls- (demonstratieprojecten) en innovatiemiddelen. Via Flanders Care kunnen daar goede voorbeelden van worden aangereikt, maar ook vanuit Imec – iMinds, het Microsoft Innovation Center, het Agentschap Ondernemen,...

Profit-spelers zijn niet nieuw in zorg en welzijn, ook niet in de eerste lijn. Zo werd de psychiatrische zorg aan personen met een zorgbehoefte/burgers in de forensische sector door de overheid uitbesteed aan een profit bedrijf en zijn er (nieuwe) bedrijven die zich met succes richten op specifieke zorg- of welzijnsnoden of doelgroepen in de thuissituatie en in de transitie tussen de thuissituatie en bv. het ziekenhuis. Het agentschap ondernemen vervult daarbij eveneens een faciliterende rol. Dergelijke initiatieven komen ook aan bod in de pilootprojecten van minister De Block.

Het is daarom noodzakelijk om in te zetten op actief ondernemerschap, onafhankelijk van de voorziene middelen, en ook open te staan voor verschillende nieuwe vormen, maar hun werking en aanbod steeds expliciet te kaderen en op te volgen binnen het beschreven kwaliteitsconcept.

5. Doelstellingsgerichte zorg en welzijn

Kwalitatieve zorg en welzijn worden gezien als enerzijds uitkomstgericht, zoals hierboven beschreven, maar anderzijds ook persoonsgericht. We willen met behulp van innovatie en ondernemerschap de kwaliteit van leven verbeteren, rekening houdende met de doelstellingen van de persoon met een zorgbehoefte/burger, zowel voor wat betreft de kwaliteit, de kwantiteit als het welzijn van het leven. De persoon met de zorgbehoefte is derhalve het vertrekpunt en de rode draad en de werkgroep sluit hieromtrent graag inhoudelijk aan bij de inzichten en voorstellen die hieromtrent door de andere werkgroepen werden uitgewerkt. “Doelstellingsgerichte zorg” kan daardoor goed gekaderd worden in de bredere zorgcontext waar naar toe gestreefd wordt.

Dé persoon met een zorgbehoefte/burger bestaat echter niet. Elke persoon heeft zijn verhaal en geeft anders zin aan zijn/haar leven.

De vaak complexe realiteit brengt met zich mee dat er ook grenzen zijn aan de mate waarin personen met een zorgbehoefte/burgers nog zelf actief keuzes kunnen of willen maken, nog zelfstandig kunnen leven of nog zin hebben in zelfregie. We moeten dan ook aandacht hebben voor het volledige continuüm van personen met een zorgbehoefte/burgers, gaande van personen die zeer kwetsbaar zijn en weinig zelfredzaam tot personen die nog zeer mondig en assertief zijn, en de verschuivingen die zij op dit continuüm meemaken.

Een uitdaging voor innovatie en ondernemerschap inzake doelstellingsgerichte zorg is de creatie van maatwerk in functie van de concrete noden en verwachtingen van de personen met een zorgbehoefte. Tegelijkertijd moet dat ook ingepast kunnen worden in de bredere context van een zorgsysteem in de gemeenschap. Innovatie en ondernemerschap kunnen er toe bijdragen dat het zorg- en ondersteuningsaanbod anders en beter tegemoet komt aan de noden van specifieke groepen, maar een kwaliteitsvolle invulling (zoals hoger beschreven) dient steeds voorop te staan. De transitie van aanbod- naar vraaggestuurd werken is fundamenteel en hierop wordt ook beleidsmatig volop ingezet.

Aanbevelingen:

- Alle zorg- en welzijnsactoren dienen zich verantwoordelijk te voelen om een signaal- of doorverwijsfunctie op te nemen in het kader van het zorgtraject van de persoon met een zorgbehoefte/burger. Dit is een belangrijke basishouding, naast hun rol als klassieke zorg-/dienstverlener.

- Naast de in de wet op de patiëntenrechten¹⁴ reeds omschreven (wettelijke) vertegenwoordiger¹⁵ en vertrouwenspersoon¹⁶ is er ook nood aan een juridisch statuut voor een aantal andere rollen die dienen opgenomen te worden. Net zoals in de visietekst rond ‘Modellen voor integrale zorg’ zien we ook de nood aan een zorgcoördinator. Daarnaast werd binnen de werkgroep ook vaak gesproken over een eerder coachende rol, die belangen bewaakt in het zoeken naar en organiseren van de meest gepaste zorg en ondersteuning. In overleg met de wetenschappelijke reflectiekamer, de voorzitters van de zes werkgroepen en vooral de specifieke taakinvinging dienen we te bekijken hoe deze beide zich ten opzichte van elkaar verhouden.
- Het is wenselijk om, vanuit de specifieke vragen inzake zorg en welzijn, zorgzaam gebruik te maken van een combinatie van een offline- en online hulp- en zorgaanbod. Hierbij kan de persoon met een zorgbehoefte/burger mee bepalen welke kanalen voor hulp en zorg ingezet worden.
- Er dient voldoende aandacht te zijn en eventueel projectsubsidies/financiering voor projecten in de thuissituatie bij moeilijk bereikbare doelgroepen, bv. palliatieve personen met een zorgbehoefte, zorgmijders, psychiatrische cliënten,...
- Iedereen betrokken bij zorg- en hulpverlening dient de focus op het “zorgend” aspect om te zetten naar een focus op de verhoging van de zelfredzaamheid van de persoon met een zorgbehoefte/burger. Hierbij bedoelen we zowel de ‘kleine’ zelfredzaamheid, waarbij personen met een zorgbehoefte/burgers nog praktische handelingen kunnen uitvoeren om zelfstandig te kunnen functioneren, als de ‘grote’ zelfredzaamheid, waarbij personen met een zorgbehoefte/burgers de eigen regie over gezondheid en welzijn kunnen behouden.¹⁷ Meer aandacht voor het sociaal netwerk van de persoon met een zorgbehoefte/burger, met o.a. mantelzorgers en buurtzorg, kan hierbij ook helpen.
- Bepaalde personen zullen zelf vrij gemakkelijk via informatieverzameling, technologie en digitale tools hun weg zoeken. Zelfassessment en digitale zorg en hulp zijn daarbij belangrijk, waarbij een label kan ontwikkeld worden om veilige, gevalideerde tools en apps aan te duiden. De uitdaging daarbij en daarna is om de eerstelijns werkers mee op deze digitale stroom te krijgen.

¹⁴ http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/brochure_patiëntenrechten_2014.pdf

¹⁵ Er kan een (wettelijke) vertegenwoordiger aangesteld worden. Dit betekent dat de persoon met een zorgbehoefte/burger voorafgaand een meerderjarige persoon kan aanduiden die – voor het geval de persoon met een zorgbehoefte/burger niet zelf feitelijk of juridisch in staat zou zijn om **beslissingen** te nemen rond de gezondheidstoestand of de patiëntenrechten – dit in zijn/haar plaats kan doen al dan niet aan de hand van een voorafgaandelijk opgestelde wilsverklaring.

¹⁶ Er kan een vertrouwenspersoon aangesteld worden. Dit betekent dat de persoon met een zorgbehoefte/burger een meerderjarige persoon kan aanduiden die, hetzij in aanwezigheid of afwezigheid van de persoon met een zorgbehoefte/burger, bepaalde patiëntenrechten kan uitoefenen. Het komt er met andere woorden op neer dat ondanks het feit dat de persoon met een zorgbehoefte/burger in staat is zelf beslissingen te nemen, een persoon wordt aangeduid die hierin **bijstaat of begeleidt**.

¹⁷ <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Zelfredzaamheid-wat-is-het.html>

6. Enkele illustratieve aspecten van innovatie

6.1. Aspect 1: delen van gegevens om nog beter samen te werken¹⁸

Een goede en vlotte digitale deling van gegevens van en met de persoon met een zorgbehoefte/burger is een noodzakelijke voorwaarde voor geïntegreerde zorg. Dit komt expliciet aan bod in een afzonderlijke werkgroep, maar de interactie met de werkgroep innovatie en ondernemerschap kwam herhaaldelijk aan bod. Daarom worden hieronder kort enkele belangrijke elementen toegelicht.

Het e-health platform en de Vitalink-applicaties bieden reeds goede aanknopingspunten. In gedeelde dossiers kunnen gegevens genoteerd en geconsulteerd worden door de zorgverleners binnen de eerste lijn (gezondheid en welzijn), door de eerste, tweede en derde lijn maar ook door andere sectoren, diensten en organisaties rond revalidatie, geestelijke gezondheid en verslavingszorg, ouderenzorg, preventie,... Het belang van standaarden dient hierbij onderstreept, evenals het belang van privacy en gegevensbescherming.

Het is noodzakelijk dat de persoon met een zorgbehoefte/burger zelf zoveel mogelijk regie kan en mag nemen als hij/zij dat wenst en kan. Een minimale voorwaarde is dan dat de persoon met een zorgbehoefte/burger zelf zijn eigen gegevens via één toegang kan inkijken en zelf aanvullingen in zijn deel kan toevoegen. Zo zou de persoon met een zorgbehoefte/burger zijn doelstellingen in termen van kwaliteit en kwantiteit van leven moeten kunnen formuleren. Wanneer het dossier geopend wordt, is het belangrijk dat deze doelstellingen als eerste verschijnen, om zo te garanderen dat er altijd vertrokken wordt vanuit deze doelstellingen.

Naast deze doelbewuste generatie van gegevens dienen we ons ook te bewust te zijn van het feit dat steeds meer mensen experimenteren met mobile Health (mHealth). Deze technologie bestaat op vandaag en steeds meer zoeken we naar manieren om aan de hand hiervan preventie, welzijn en zorg anders en beter te organiseren, op een manier die ook de betaalbaarheid van het zorgsysteem toekomstgericht bewaakt, voor individu en samenleving.

Aanbevelingen:

- De digitalisering van de gezondheids- en welzijnzorg zal steeds meer data over ziekte, gezondheid en welzijn genereren. De analyse van deze data biedt enerzijds tal van opportuniteiten, zowel voor de persoon met een zorgnood, de verstrekker van zorg en welzijn, de voorzieningen, ... maar ook voor de gemeenschap. Uiteraard is een expliciet kader, bv. inzake privacy, hieromtrent essentieel.

¹⁸ Door de werkgroep 'Modellen voor integrale zorg' werd een visie uitgewerkt omtrent gegevensdeling. De werkgroep 'Innovatie en ondernemerschap in zorg en welzijnswerk' onderschrijft deze visie en voegt nog een aantal aanbevelingen toe.

- In een recente “Whitepaper” van Voka Health Community omtrent mHealth¹⁹ wordt een antwoord gezocht op een heel aantal vragen: ‘welke zijn de noden waar personen met een zorgbehoefte/burgers als eindgebruikers vandaag en in te toekomst mee kampen en die linken hebben met mHealth’, ‘welke zijn vernieuwende mogelijkheden’, ‘hoe kunnen we deze samen op een betaalbare en kwaliteitsvolle manier realiseren’, ‘welke overheidsingrijpen of beleidsveranderingen zijn nodig om deze stimulansen te creëren’, ‘wat kunnen en willen we zelf doen vanuit de hoek van alle betrokken stakeholders’? De onderbouw voor evidence rond ‘veilige’ apps is een belangrijke uitdaging. De hearing van de Europese Commissie hieromtrent die startte in juni 2016 en zal opgeleverd worden in het najaar van 2016 dient een belangrijke leidraad te vormen.
- Het plan e-gezondheid biedt een goed kader, maar verdere uitwerking is aangewezen, met uitbreiding voor de welzijnssector.
- Een gebruiksvriendelijke manier van uitwisselbaarheid van gegevens moet een verplichting zijn voor softwarepakketten. Dit proces faciliteren is belangrijk.
- De inbreng van gegevens in het EPD/Vitalink zou stap voor stap verplicht moeten worden, maar ook gefaciliteerd.
- Een belangrijke voorwaarde voor nieuwe systemen om informatie uit te wisselen is dat alle betrokkenen er gebruik van kunnen maken, bv. via registratie. Specifiek voor e-Health is er vanuit het welzijnswerk de vraag om toegang te hebben en vanuit het systeem ook de bereidheid om die toegang te verlenen. We stellen voor dat er hieromtrent een specifieke werkgroep wordt opgericht zodat de verschillende actoren elkaar kunnen vinden en de juiste werkwijze, inclusief randvoorwaarden, tot stand gebracht kan worden.
- Personen met een zorgbehoefte/burgers dienen geïnformeerd te worden zodat ze hun toestemming kunnen geven voor gegevensdeling. Indien deze personen hier zelf niet meer toe in staat zijn dient de zelfgekozen vertegenwoordiger hier een rol te spelen. Daar waar er belangenvermenging mogelijk is (bv. mutualiteiten, overheidsstructuren) moet dit kritisch onder de loep worden genomen.
- Nieuwe mogelijkheden en toepassingen via clusterwerking verspreiden en in werking zetten, gezien langs deze weg een vertrouwensrelatie is ontstaan en deze manier van werken reeds positief resultaat heeft bewezen. Een eerste actie hierbij kan zijn om de clusterwerking van Vitalink uit te breiden naar andere concepten, systemen en innovaties.

¹⁹ http://www.healthcommunity.be/sites/default/files/u195/Whitepaper%20Health%20Community%20mHealth_lowres.pdf

- Stroomlijnen van het software-aanbod en de functionele- en gebruiksstandaarden zodat interoperabiliteit verbetert en meer toepassingen bovenop het bestaande aanbod kunnen worden aangeboden.

6.2. Aspect 2: Ondersteunen van samenwerking in praktijkvoering in de eerste lijn²⁰

Het is duidelijk dat zorg- en welzijnsverleners in de toekomst meer en meer zullen samenwerken in netwerken waarvan de samenstelling mogelijks niet op voorhand gekend is. Om dit te faciliteren is enerzijds gegevensdeling nodig, maar anderzijds ook heldere en gestructureerde afspraken tussen lijnen, diensten, sectoren en domeinen. We dienen samenwerking dus niet enkel eng te zien als noodzakelijk tussen zorglijnen (bv. overgang van thuissituatie naar ziekenhuis) maar ook binnen een zorglijn (bv. binnen het ziekenhuis, binnen de eerstelijnszorg) en tussen sectoren (bv. handicap, revalidatie, ouderenzorg, geestelijke gezondheid) en tevens niet enkel tussen zorgactoren maar eveneens met organisaties die innovatieve oplossingen ontwikkelen die de kwaliteit, efficiëntie en transparantie van deze samenwerking verhogen. Daarnaast gaat het niet enkel over (medische) zorg. Ook aspecten als wonen, werk, vrije tijd,... zijn van belang.

Aanbevelingen:

- Het is noodzakelijk om organisatiecondities te creëren zodanig dat zorg- en hulpverleners – binnen de professionele deskundigheid die hun eigen is – kunnen samenwerken aan doelgerichte zorg en welzijn, over de grenzen van organisaties heen. Dit kan via netwerken tot stand gebracht worden. Op een aantal essentiële vragen dienen deze netwerken een antwoord te zoeken: welk is de gemeenschappelijke visie van alle betrokken actoren op doelgerichte zorg? Naar welke personen met een zorgbehoefte richt men zich? Wat moet men samen georganiseerd krijgen (processen)? Welke afhankelijkheden bestaan er tussen de actoren en hoe gaat men – met focus op het reduceren van afhankelijkheden – hier mee om? Hoe kan men teams tot stand brengen die een zo groot mogelijke verantwoordelijkheid hebben om die doelgerichte zorg te realiseren? Welk leiderschap veronderstelt dit? Wie neemt welke rol (o.a. zoeken naar meest gepaste zorg) op binnen de groep? Dit zijn open, lerende netwerken die al naar gelang de missie en noden, bijvoorbeeld inzake innovatie, een wisselende en open samenstelling kennen.
- Op basis van het toegangsbeheer van het e-health platform kunnen er een aantal laagdrempelige applicaties worden ontwikkeld die de onderlinge afstemming kunnen verbeteren, bv. een soort van goed opgevolgde en geactualiseerde inventaris met een precieze omschrijving van de

²⁰ Door de werkgroep 'Modellen voor integrale zorg' werd een visie uitgewerkt omtrent overleg en coördinatie. De werkgroep 'Innovatie en ondernemerschap in zorg en welzijnswerk' onderschrijft deze visie en voegt nog een aantal aanbevelingen toe.

competenties van de zorg- en hulpverleners, een chatfunctie, een agendastelsel, video conferencing,...

- Inzetten op interdisciplinaire vormen, zodat zorg- en hulpverleners worden gesensibiliseerd vanaf de opleiding.
- Creëren van een kader om een nieuw financieringsmodel voor interdisciplinaire samenwerking te ontwikkelen.
- Opzetten van een gemeenschappelijk register met een overzicht van de beschikbare capaciteit van de verschillende zorg- en hulpverleners (bv. thuisverpleging, gezinszorg, kiné,...).
- Stimuleren en financieren van interdisciplinaire samenwerking, en dit op de verschillende echelons zoals vastgelegd door de werkgroep 'Taakstelling en structuurintegratie'.
- Stimuleren van beroepsgroepen om interdisciplinair samen te werken.
- Meer aandacht voor communicatie en het gebruik van communicatietechnologie in opleidingen.

6.3. Aspect 3: online informatieverstrekking en hulpverlening

Zoals reeds aangegeven worden zelfassessment en digitale zorg en hulp, zeker voor een bepaalde groep van personen met een zorgbehoefte/burgers, steeds belangrijker. Online hulpverlening kan hierbij een specifieke plaats innemen. Hierbij is het aanbieden van online hulp geen doel op zich, maar vormt dit geïntegreerd met face-to-face hulp, schriftelijke hulp en telefonische hulp een mix van 'blended hulp'.





Onlinehulpverlening voor welzijn en gezondheid wordt gedefinieerd als: "elke hulp- en zorginterventie waarbij gebruik gemaakt wordt van informatie- en communicatietechnologie (ICT), met het oog op het bestendigen of verhogen van welzijn en gezondheid in de ruime zin van het woord."²¹

Deze hulp- en zorginterventies zijn welbewuste, gerichte beïnvloedingspogingen om het gedrag van anderen en het verloop van gebeurtenissen in een bepaalde gewenste richting te sturen. Deze interventies zijn ook steeds situatiegebonden en moeten goed onderbouwd worden op basis van effectiviteit. Deze interventies zijn er in verschillende soorten zoals onderstaande figuur aangeeft. Daarom dienen deze interventies telkens inhoud, vorm en intensiteit aan te passen bij het onderwerp, bij de persoon met een zorgbehoefte/burger, bij de doelgroep en bij de situatie. De uitvoering ervan moet ook op een geschikt moment plaatsvinden (momentum) en moet passen bij de fase waarin het zorg- of welzijnsproces zich bevindt. Ook de meewerkende actoren in het krachtenveld rond de persoon met een zorgbehoefte/burger moeten in dit verhaal een sterk ondersteunende rol spelen.²²

²¹ Bocklandt, P., Adriaensens, E., De Zitter, M., Sap, H. & Vandecasteele, A. (2014) Bouwstenen voor een Vlaams Actieplan Onlinehulp. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en gezin, p. 30

²² Blok, W. (2009) Inleiding in social work vanuit internationaal perspectief. Baarn: Thiem Meulenhoff, p. 64

Een bijkomende complexiteit hierbij is dat op vandaag meerdere onlinehulptoepassingen gecombineerd worden in een online hulp- en zorgaanbod via een website, een app, een wearable,... Deze ontwikkeling van onlinehulpmogelijkheden en van 'the internet of things' staat nog in de kinderschoenen. Hoe dan ook vormt het voor eerstelijnsorganisaties een uitdaging om zich te verhouden ten aanzien van deze nieuwe mogelijkheden.

Groeschema van onlinetoepassingen voor cliëntcommunicatie in welzijn en gezondheid					
Onlinetoepassingen zonder interactie	Onlinetoepassingen met interactie				
Informeren 	Communiceren			Ondersteunende instrumenten	
					
	Direct	Uitge steld	Direct	Uitge steld	Onbepaald
... Tips en adviezen ... Wordvolk FAQs Links ... Gedrag ... Activiteitenkalender (digitaal) meetwerk ... Ingesond document ... Filmpjes- foto- ... Zoekfunctie - chatbot ... Widget Een-op-een chat ... Voice over IP ... E-mail ... Contactformulier ... SMS ... Groeps-chat ... Webinar ... Forum ... Sociale netwerkesites Dagboek ... (Zelf)test - vragenlijst ... Educatief spel ... Geogram ... Ecoogram ... Budgetgeleiding ... Levenslijn ... Meldknop ... Hide-page ... Diagnose/analyse/... ... Aanmelding ... Planner ... Doornivestudo ... Maps (geografisch) ... Reminder ... Links op maat ...			
Onlinetoepassingen voor metacommunicatie					
Beoordeling van de info	Evaluatie – monitoring – tevredenheidsmeting – klachtenbehandeling van de interactie				

Figuur 1: Schema van onlinehulptoepassingen voor cliëntcommunicatie in welzijn en gezondheid²³

Onlinehulptoepassingen kunnen, binnen een globaal zorg- en welzijnskader, een specifieke rol vervullen omdat ze kunnen zorgen voor een locatie-onafhankelijk lijn- en sectoroverstijgend zorg- en welzijnsaanbod. Daarnaast kan dit ook de 'zorgregie' (zie supra) meer bij de persoon met een zorgbehoefte/burger neerleggen indien deze hiervoor open staat en daarvoor de capaciteiten en mogelijkheden heeft. Onlinehulpverlening kan op deze wijze de zelfredzaamheid bevorderen en daadwerkelijk laagdrempelige hulp bieden wanneer nodig.

Aanbevelingen:

- Stimuleren van organisaties om de positie van onlinehulp in hun globale hulp- en zorgaanbod duidelijk te maken.
- Opstellen van minimale kwaliteitseisen waaraan deze onlinehulpverleningstools moeten voldoen, mede gekaderd in de bredere zorg- en welzijnscontext waarin ze aan bod gebracht worden.
- Ontwikkelen van competenties bij welzijnswerkers en zorgverstrekkers om de onlinehulptoepassingen te kunnen kaderen en gericht toe te passen.
- De welzijns- en zorgsector moeten getriggerd worden om de onlinehulptoepassingen te leren kennen en te leren kaderen, zodat ze optimaal aan bod kunnen gebracht worden.
- Begeleiding en wetenschappelijke onderbouwing zijn aangewezen in het verder ontwikkelen van onlinehulptoepassingen, zowel op zich, als in de context waarin ze aangeboden worden.

²³ Bocklandt, P. e.a. op. cit., p. 31

6.4. Aspect 4: competenties voor zorgprofessionals

Om in de snel evoluerende context van de gezondheidszorg, als zorgverstreker of welzijnswerker, optimaal gebruik te kunnen maken van de innovatiemogelijkheden zijn een aantal competenties noodzakelijk die los staan van het behaalde diploma. Zorgverstrekkers en welzijnswerkers hebben, vanuit hun opleiding en ervaring, competenties en attitudes ontwikkeld zoals empathie, communicatievaardigheid, positieve ingesteldheid, verantwoordelijkheidszin, teamspeler, efficiëntie, kostenbewust,... Deze zijn en blijven belangrijk.

Om de zorg echter steeds meer te kunnen benaderen vanuit het perspectief van de persoon met een zorgbehoefte/burger zullen nieuwe competenties ontwikkeld moeten worden, in goede afstemming met de veranderingen in de brede context. Dat is een dubbele uitdaging die expliciete aandacht vraagt. Om de nieuwe competenties te kunnen ontwikkelen zijn een aantal vaardigheden en attitudes noodzakelijk, zoals o.m.:²⁴

- Nieuwe communicatievaardigheden, zowel met de persoon met een zorgbehoefte/burger als met de leden van het team
- Nieuwe vormen van samenwerken, uitbouwen van netwerken, mensen samenbrengen (relationele sensitiviteit)
- Openstaan voor veranderingen en cultuuromslag en ontwikkelen van een nieuwe “mindset”
- Creatief kunnen denken (buiten de lijntjes, verbanden zien,...)
- Daadkrachtig en besluitvaardig handelen, maar steeds vanuit het perspectief van de persoon met een zorgbehoefte/burger
- Vaardig worden en blijven in het toepassen van technologische mogelijkheden, zoals elektronische gegevensdeling, gekaderd binnen de verdere uitbouw van het eGezondheidsplan van de overheden

Aanbevelingen:

- De ontwikkeling van deze vaardigheden vraagt een zorgvuldige aanpak in vorming, opleiding en organisatieontwikkeling en derhalve een belangrijke rol voor de scholen en opleidingsinstanties.
- De basisopleidingen gerelateerd aan zorg en welzijn moeten getriggerd worden om ondernemerschap, zorginnovatie en onlinehulp explicieter in hun curricula op te nemen.
- Het implementeren van de opportuniteiten in het kader van het eGezondheidsplan in het algemeen en het elektronisch delen van gegevens in het bijzonder, verloopt situationeel

²⁴ Martens, Roothoofd, Pletincx, Demedts (2013) *Ontwikkeling van ondernemingszin aan de Arteveldehogeschool – ACCIO*

verschillend en vraagt meer focus op ondersteuning en opleiding van de zorgprofessionals “on the field”.

- Welzijns- en zorgorganisaties zullen nog meer aandacht moeten besteden aan de uitbouw van een professioneel VTO-aanbod, goed afgestemd op de vele ontwikkelingen en opportuniteiten in de context, omdat zonder training en coaching de nieuwe rollen onvoldoende goed kunnen opgenomen worden.
- Flanders’ Care moet blijven investeren in congressen en beurzen waar zorginnovatie, ondernemerschap en online hulp centraal worden gesteld, om zo te komen tot kenniscreatie en een voldoende dynamiek.
- Het Agentschap Ondernemen (VLAIO) dient blijvend oog te hebben voor het ondersteunen van innovatie- en ontwikkelingsprojecten in zorg en welzijn.
- Verdere uitwerking en implementatie van de gedefinieerde acties uit het rapport van Prof. Dr. Geert Van Hootegem omtrent de zoekconferentie ‘slimmer zorgen voor morgen’, waar werd nagegaan hoe we, door de zorg anders te organiseren, de huidige zorgmedewerkers slimmer kunnen inzetten met behoud van kwaliteit van zorg.²⁵

²⁵ http://www.flanderscare.be/sites/default/files/Uploads/rapport_flanders_care_final_web.pdf

7. Opgelet met de innovatieparadoxen

Innovatie wordt meestal als overwegend positief gezien. De paper van Mary Dixon-Woods et al.²⁶ is intussen reeds vijf jaar oud, maar reikt drie, nog steeds erg relevante bezorgdheden en paradoxen aan inzake het innovatieproces in de gezondheid – en welzijnszorg:

- Sommige innovaties verspreiden zich snel, hoewel ze slechts een beperkte meerwaarde vormen of risico's opleveren, daar waar andere innovaties die potentieel voordelen kunnen opleveren voor personen met een zorgbehoefte/burgers te traag worden opgenomen.
- Participatieve, coöperatieve benaderingen vormen de beste manier om duurzame en positieve innovatie te realiseren, maar uitsluitend op dergelijke benaderingen vertrouwen kan positieve innovatie verstoren.
- Verbetering is duidelijk afhankelijk van verandering, maar verandering genereert altijd nieuwe uitdagingen en weerstanden. Systemen voor kwaliteitsverbetering kunnen moeite ervaren om tred te houden met dit tempo van innovatie, maar de evaluatie van innovatie is vaak te nauw gericht om de systeem brede effecten van nieuwe technologieën en praktijken te begrijpen.

Deze bezorgdheden en paradoxen zijn relevant, mede ook vanuit het noodzakelijke transitietraject dat nodig is in onze gezondheids- en welzijnszorg, los van het perspectief van de eerste en/of de tweede lijn. Aan de ene kant is er binnen zorg en welzijn nood aan disruptieve innovatie, maar deze zal hoe dan ook in het bredere kader van de organisatie van zorg en welzijn vertaald, gevalideerd en geïntegreerd moeten worden. Dit is zowel een grote inhoudelijke uitdaging (wat) als een uitdaging inzake veranderingsprocessen (hoe). Het grote potentieel van mhealth, maar ook de diverse randvoorwaarden die nodig zijn voor een succesvolle en veilige implementatie in de praktijk kunnen hierbij als een voorbeeld worden aangegeven.

Vanuit de interactie die omtrent voorliggende nota tot ontwikkeling kwam, dient zeker nog een belangrijke paradox in vraagvorm toegevoegd te worden: hoe kan, met de actueel hoge werkdruk en hoge belasting van de zorg- en welzijnsprofessionals “on the field”, innovatie daadwerkelijk tot ontwikkeling gebracht worden? Innovatie tot ontwikkeling kunnen brengen vereist tal van vervulde basisvoorwaarden, maar de vrees leeft dat de toenemende spiraal van de dagelijkse, hoge werkdruk in de brede zorg- en welzijnssector niet de voor innovatie vereiste ruimte kan creëren waardoor “we achter onze staart blijven aanlopen”.

²⁶ http://qualitysafety.bmj.com/content/20/Suppl_1/i47.full

De slaagkansen van innovatie zullen in belangrijke mate bepaald worden door de context en de basisvoorwaarden waarbinnen de beoogde innovatie tot ontwikkeling kan gebracht worden. Hierop wordt verder ingegaan.

8. Basisvoorwaarden

Het expert panel van de EU formuleert een aantal expliciete aanbevelingen die, gezien hun belang, hier integraal als basisvoorwaarden worden weergegeven. Zoals blijkt is het ontwikkelen van een consistente en goed geïntegreerde context door de overheden essentieel om de beoogde innovatie succesvol en duurzaam te kunnen implementeren.

Bij het overwegen van de ontwikkeling en implementatie van disruptieve innovaties in de gezondheids- en welzijnssystemen, dienen beleidsmakers rekening te houden met onder meer de volgende aspecten:

- Het is noodzakelijk om te analyseren of de huidige “incentives” de ontwikkeling van niet-disruptieve of disruptieve innovatie stimuleren.
- Het is moeilijk om een disruptieve innovatie te implementeren indien er geen “incentives” voorzien zijn voor adoptie en verspreiding.
- Een aantal van de belangrijkste barrières om in het achterhoofd te houden zijn: gebrek aan betrokkenheid van personen met een zorgbehoefte/burgers; weerstand van de gezondheids- en welzijnswerkers en de organisatorische structuren; inadequate netwerken en processen; economische en juridische factoren; gebrek aan politieke steun en gebrek aan kennis en evaluatie.
- Het is belangrijk om alle relevante actoren, ook de personen met een zorgbehoefte/burgers, te betrekken bij de ontwikkeling en verspreiding van (disruptieve) innovaties, om zo de impact van gevestigde belangen die een barrière vormen te verminderen.
- De implementatie van een disruptieve innovatie vereist de ontwikkeling van nieuwe organisatiemodellen en bestuursstructuren, de aanwezigheid van gunstige randvoorwaarden en de ontwikkeling van nieuwe ingebruikname- en financieringsmodellen.
- Financiering is van bijzonder belang voor de adoptie en verspreiding van disruptieve innovaties, aangezien wat niet betaald is doorgaans ook niet kan gerealiseerd worden. Daarnaast zorgt financiering ook voor relevante signalen omtrent welke types innovaties rendabel zijn om in te investeren.
- Een moeilijkheid bij de implementatie van disruptieve innovaties zijn significante lacunes in kennis (bv. ontwikkelingsmethodes, beperkte ervaringen met systemen,...).
- Het is belangrijk om te investeren in onderzoek, opleiding, overleg en samenwerking.
- Er is geen éénduidige oplossing voor het monitoren, beheren en stimuleren van de adoptie van disruptieve innovaties.

- Adoptie en verspreiding van disruptieve innovatie zouden altijd gebaseerd moeten zijn op evidentie die voortvloeit uit een grondige evaluatie, waarbij heel wat aspecten mee in rekening worden genomen, bv. potentiële kosten en baten, de omkeerbaarheid van bepaalde keuzes, de barrières die dienen overwonnen te worden, onzekerheidsaspecten,...

In de gids “Strengthening Leadership and Accountability for Innovation” worden drie belangrijke kwesties als vragen inzake disseminatie van innovatie geformuleerd:

- Hoe zorgen we er voor dat innovatieve zorg- en hulpverleningsmodellen sneller kunnen uitdeinen en toegepast worden?
- Hoe zorgen we er voor dat we echt innovatieve toepassingen sneller tot bij de persoon met een zorgbehoefte krijgen?
- Hoe zorgen we er voor dat ook sociale innovatie sneller en beter zijn intrede vindt in de gezondheids- en welzijnszorg?

Het is duidelijk dat hiervoor ook een uitdrukkelijk appél gedaan wordt op het leiderschap van allen die betrokken zijn, zowel binnen de overheden als in het professionele werkveld. Inspiratie hieromtrent kan o.m. gevonden worden in het IHI rapport “High Impact Leadership”²⁷. De leden van de werkgroep zijn van mening dat de ontwikkeling van dergelijk leiderschap voor alle actoren in de brede context van zorg en welzijn verwacht mag worden, van de overheden, de zorginstanties, de professionals, ...

Kort samengevat kan gesteld worden dat het succesvol implementeren van disruptieve innovatie met toegevoegde waarde voor zowel de persoon met een zorgbehoefte, als voor de samenleving, nood heeft aan contextuele basisvoorwaarden (incentives, organisatie- en financieringsmodel,...) en aan een specifieke professionele aanpak (leren innoveren, rol en betrokkenheid stakeholders involvement, leiderschap, opleiding, disseminatie, toetsing en opvolging,...) die derhalve verschillend zal zijn in functie van het inhoudelijk objectief. Het vermogen om dit daadwerkelijk te kunnen expliciteren en concretiseren is nauw verbonden met het succesvol kunnen uitwerken van nieuwe “business modellen” in de brede zorgcontext, die een kritische succesfactor zijn voor het beoogde ondernemerschap. In het uitwerken en implementeren van de nieuwe modellen dient het bereiken van alle personen met een zorgbehoefte – en het derhalve waarborgen van de toegankelijkheid – onderstreept.

In onderstaand overzicht, dat zeker niet limitatief is, worden die barrières besproken die in de werkgroep aan bod kwamen.

²⁷ <http://www.ihl.org/resources/pages/ihwhitepapers/highimpactleadership.aspx>

8.1. Streven naar meer regelluwte

De huidige regelgeving werkt vaak, soms onbewust, beperkend voor innovatie en ondernemerschap. Er zijn veel regels en procedures, zowel inzake de uitoefening van de beroepen in zorg en welzijn, in het organiseren van zorg en welzijn als in het ontwikkelen van nieuwe initiatieven.

De werkgroep is dan ook sterk vragende partij dat de overheden en al haar instanties op een coherente en geïntegreerde wijze zorginnovatie en zorggericht ondernemerschap daadwerkelijk stimuleren.

Aanbevelingen:

- Expliciteren wat er op korte termijn inzake regelluwte mogelijk is en wat niet verwacht mag worden. Op die wijze kunnen opportuniteiten op korte termijn gestimuleerd worden.
- Uittekenen van een langetermijnvisie omtrent zorginnovatie en ondernemerschap, zodat een structureel kader kan ontwikkeld worden, gekaderd in een expliciet streven naar kwaliteitsvolle zorg.
- Uittekenen van een beleidskader waarin initiatieven inzake innovatie en ondernemerschap zich vanuit evidence based inzichten en partnerschappen kunnen ontwikkelen en uitbouwen, ondersteund door goed geëxpliciteerde stimuli.
- Inventarisatie van waar regelgeving innovatie en ondernemerschap in de weg staat, zodat er gericht kan bijgestuurd worden, bijvoorbeeld in het kader van de ontwikkeling van regelluwe ruimtes.²⁸
- Continuïteit van goed beoordeelde projecten waarborgen, ongeacht of deze tot stand kwamen via subsidies of bottom-up.

8.2. Komen tot een aangepaste financiering

Een grote hinderpaal voor innovatie en ondernemerschap is de huidige, vooral prestatiegerichte “fee for service” financiering binnen de gezondheidszorg, die te weinig prikkels geeft voor vernieuwing of wijziging van de huidige organisatie van de zorg. Ofschoon dit buiten de scope van de werkgroep valt, werd het belang van deze thematiek systematisch aan bod gebracht tijdens de vergaderingen van de werkgroep. Een aangepast financieringsmodel wordt dan ook gezien als een kritische succesfactor voor het creëren van een context waarin innovatie en ondernemerschap daadwerkelijk tot ontwikkeling kunnen gebracht worden.

Parallel met de grote nood aan het stimuleren van innovatie zal er met prioriteit een nieuw financieringssysteem voor de zorg dienen ontwikkeld te worden, goed gekaderd in de bredere organisatie van de gezondheids- en welzijnszorg.

²⁸ Ook in het Transversaal actieplan Flanders Care 2.0. worden hieromtrent acties gedefinieerd.

Aanbevelingen:

- Geleidelijk evolueren naar een nieuw financieringssysteem, waarbij het idee gelanceerd wordt om zowel het nieuwe - als het oude systeem parallel te laten bestaan, zodat er tijd is om definitieve keuzes te maken, maar ook concreet gestart kan worden met een nieuwe financieringsmethodiek. Hierdoor wordt onzekerheid vermeden bij de betrokken verstrekkers en kan een transitie effectief opgestart worden. In de werkgroep werd hierbij bij herhaling volgend globaal financieringsmodel voorgesteld: 60% forfaitaire financiering, 30% prestatiegerichte financiering en 10% financiering gekoppeld aan het realiseren van een bepaald kwaliteitsniveau.
- Belangrijke aandachtspunten voor het nieuwe financieringssysteem zijn:
 - Inzetten op financiering die interdisciplinaire samenwerking faciliteert, ondersteunt, bevordert en stimuleert, zodat teamwerk een daadwerkelijke plaats en toegevoegde waarde voor zorg en welzijnswerk in de praktijk kan realiseren.
 - Inzetten op financiering die nieuwe vormen van samenwerking in zorg en welzijnsactiviteiten omvat, bv. op afstand overleg via beeldcommunicatie, delen van expertfuncties, outreachend werken, “shared services and competencies”,...

8.3. Nood aan overzicht en inspiratie

Het huidige innovatielandschap in zorg en welzijn is versnipperd, met veel projecten die onvoldoende bekend en gekend zijn. Dit maakt dat het niet evident is om een overzicht ter beschikking te stellen omtrent welke innovaties in zorg en welzijn in het algemeen, en in de eerste lijn in het bijzonder, allemaal lopende zijn, welke partijen hierbij betrokken zijn en hoe deze innovaties evolueren in de praktijk. Dit staat kruisbestuiving en het leren van elkaar in de weg.

Flanders' Care onderneemt hier op korte termijn reeds de nodige stappen, waarbij van start zal worden gegaan met initiatieven om “lessons learned” te verzamelen en te verspreiden voor specifiek de proeftuinen ouderenzorg, de projecten innovatieve arbeidsorganisatie en de projecten nieuw industrieel beleid – zorgeconomie via een participatieplatform. We kunnen deze actie alleen maar toejuichen gezien op die manier belangrijke inzichten breed ter beschikking zullen worden gesteld. Het bezorgen van relevante input op basis van deze inzichten is aangewezen in het kader van de voorbereiding van de eerstelijnsconferentie.

De werkgroep formuleert de nood aan een dynamisch forum van bestaande zorg- en welzijnsinnovatieprojecten om er van te kunnen leren in het kader van de eerste lijn, om ons te laten inspireren, om mogelijke kruisbestuivingen met andere zorg- en welzijnscontexten te kunnen ontwikkelen, om overlap te vermijden en om de beschikbare middelen optimaal te kunnen gebruiken. Basisinformatie die hierbij telkens ter beschikking zou moeten zijn, is de titel van het project, de

betrokken partners en de contactpersoon die gecontacteerd kan worden bij vragen of bij een ervaren nood aan verdere informatie. Flanders' Care 2.0 zal hierin blijvend een belangrijke rol vervullen.

Een aantal aan te bevelen initiatieven:

- Het bekendmaken van alle lopende innovatietrajecten in zorg en welzijn in het algemeen en de eerste lijn in het bijzonder.
- Het bewaken, kenbaar maken en verder aanvullen van het bestaande innovatie-instrumentarium en de mogelijke ondersteuning die kan aangeboden worden.
- Het identificeren van “best practices” omtrent innovatie en ondernemerschap in zorg en welzijn in het algemeen en de eerste lijn in het bijzonder.
- Het oplijsten van de succesfactoren van bestaande innovaties in binnen- en buitenland.
- Het voorzien van een platform waar zorgverstrekkers, welzijnswerkers en personen met een zorgbehoefte/burgers tot interactie kunnen komen, gericht op specifieke projecten en initiatieven inzake innovatie.
- Zorgen voor interactie met zorgverstrekkers en welzijnswerkers van bij het begin (reeds in conceptie fase) en in alle andere fases van het innovatietraject.
- Voorkeur en focus geven aan vraag gestuurde innovaties vanuit de persoon met een zorgbehoefte/burger, de zorgverstrekkers en de welzijnswerkers.
- Het bundelen van inzichten en ervaringen inzake zorginnovatie in andere landen en sectoren is om evidente redenen ook aangewezen.

9. Besluit

De actuele zorg- en welzijnsmodellen komen sterk onder druk door vergrijzing en toename van chronische ziekten. Anderzijds groeit het arsenaal aan diagnostische en therapeutische mogelijkheden jaar na jaar en biedt de technologie nooit geziene mogelijkheden en opportuniteiten voor de zorg.

Om kwaliteit van zorg, zoals gedefinieerd in zijn verschillende aspecten, te kunnen blijven garanderen voor iedereen in de samenleving is een belangrijke verandering nodig van de wijze waarop vandaag zorg en welzijn aangeboden worden aan personen met zorgbehoeften. Zorg en welzijn zullen daarbij zowel geïntegreerd moeten worden als vertaald naar het zorg- en welzijnstraject, steeds vanuit de noden van de persoon zelf en steeds meer in de thuis of woonsituatie. Somatische zorg, geestelijke gezondheidszorg, en dit zowel vanuit een preventief als curatief perspectief, zullen daarbij ook afstemming en samenwerking vereisen van en met de brede welzijnscontext.

Innovatie van en binnen zorg en welzijn, in al zijn vormen en gradaties, zowel vanuit een incrementeel perspectief als vanuit een disruptieve benadering, zowel vanuit producten, diensten als processen, biedt daarvoor belangrijke opportuniteiten. Er is geen gebrek aan ideeën en vanuit de werkgroep kon een grote *“willingness to change on the field”* vastgesteld worden. Anderzijds kan men niet blind zijn voor de grote fragmentatie, versnippering en werkdruk waarmee de zorg- en welzijnsprofessionals binnen de eerste lijn geconfronteerd worden.

Illustratieve aspecten inzake innovatie werden uitgewerkt. Deze hebben betrekking op gegevensdeling (waarbij we ook ruimer het potentieel van de digitalisering onderschrijven), samenwerking in praktijkvoering, online informatieverstrekking en hulpverlening, en competentie-ontwikkeling van zorg- en welzijnsprofessionals. Innovatie in zorg en welzijn biedt opportuniteiten die door bestaande actoren in zorg en welzijn, maar ook door actoren in het bedrijfsleven en door nieuwe actoren ontwikkeld en uitgebouwd kunnen worden. In die zin kan innovatie in zorg en welzijn, en zeker disruptieve innovatie, belangrijke mogelijkheden bieden voor diverse vormen van ondernemerschap. De werkgroep wil dit ondernemerschap uitdrukkelijk stimuleren. Een gecoördineerde ondersteuning van de overheden, onder meer via Flanders Care, kan hierbij belangrijke ondersteuning aanreiken.

Een voluntaristische maar voorzichtige aanpak is noodzakelijk, mede omwille van de kwetsbaarheid van de personen die zorg en welzijn nodig hebben. Om de positieve spiraal van opportuniteiten door innovatie naar ondernemerschap concreet te kunnen maken dienen belangrijke basisvoorwaarden vervuld te worden en is een professionele aanpak van het belangrijke transformatieproces een kritische succesfactor. Onvermijdelijk heeft dit ook betrekking op de bredere zorg- en welzijnscontext inzake organisatie en financiering en overstijgt dit de klassieke benaderingen in eerste, tweede en derde lijnen. Iedereen in de brede zorg- en welzijnsarena zal gevat worden om de opportuniteiten van

innovatie en ondernemerschap maximaal te kunnen valoriseren en *“failure is not an option”*. De werkgroep onderstreept dan ook het belang van de invulling van deze basisvoorwaarden om het innovatiepotentieel maximaal tot ontwikkeling te kunnen brengen.