

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

[C – 2015/24122]

30 MARS 2015. — Déclaration conjointe
pour les soins intégrés en faveur des malades chroniques

La présente Déclaration conjointe constitue la base de la collaboration entre communautés, régions et autorité fédérale dans le cadre des soins intégrés en faveur des malades chroniques.

1. MISSION

Notre mission est de soutenir une amélioration de la qualité de vie de la population et, en particulier, en faveur des personnes souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques et, ce, afin qu'elles puissent fonctionner au mieux dans leur propre environnement (famille, école, travail) et dans la communauté, et puissent gérer leur processus de soins de manière active.

Pour décrire cette mission, nous laissons inspirer du modèle 'Triple Aim' :

- améliorer l'état de santé de la population en général et des malades chroniques,
 - améliorer la qualité des soins,
 - accroître l'efficacité des moyens alloués (offrir de meilleurs soins à partir des moyens investis),
- et cela, dans le respect de l'autonomie du patient.

Afin de réaliser une telle mission, il convient d'initier un processus de réorganisation des soins, tout en portant une attention :

- à l'accessibilité des soins;
- au caractère durable du système de financement des soins;
- à la bonne utilisation des moyens disponibles (humains, technologiques, ...)

Focus sur les malades chroniques : l'ensemble des personnes qui, au sein de la population, doivent faire face à des problèmes de santé qui requièrent des soins sur une longue durée, que ce soit en raison d'une maladie non transmissible (diabète, cancer, asthme...), d'une maladie transmissible persistante (VIH-SIDA), d'une maladie mentale (psychoses...), de certaines atteintes anatomiques ou fonctionnelles (cécité, sclérose en plaques...), d'une maladie rare, de la gestion de séquelles d'un événement accidentel (amputation, paralysie...), d'un état de multimorbidité complexe ou de grande dépendance ou encore d'une phase terminale.

Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour pouvoir garantir de manière durable les soins et le soutien aux malades chroniques à la lumière d'une demande croissante, d'une multimorbidité plus fréquente, d'une capacité d'accès aux soins (isolement géographique, health literacy, ressources financières...) différente d'un individu à l'autre, d'une plus grande pression sur les soins professionnels, d'un contexte budgétaire réclamant l'austérité et d'un environnement institutionnel complexe ?

La réorganisation des soins proposées se base sur le concept de soins intégrés, ce qui suppose de passer :

- d'une approche fragmentée vers une approche orientée vers la continuité des soins
- d'une approche orientée maladie vers une approche orientée besoins du patients et de la population
- de soins aigus « réactifs » vers des soins préventifs, proactifs et planifiés;
- d'un modèle médical vers un modèle multidisciplinaire orienté objectifs du citoyen, du patient et de son entourage;
- d'un modèle orienté prestations de soins vers une approche de promotion de santé et d'équité dans les soins;
- d'une relation d'autorité sur le citoyen/patient vers une relation de partenariat avec des patients plus autonomes dans leurs choix et la gestion de leurs problèmes de santé.

2. VISION

La vision sera celle de l'approche intégrée de soins médicaux, paramédicaux, psychosociaux, infirmiers et de bien-être, de façon à pouvoir offrir un ensemble coordonné de services :

- centrés sur la personne et la population,
- basés sur les spécificités et priorités de la population (stratification multidimensionnelle) et les besoins du patient,
- orientés vers des objectifs précis, définis par l'équipe de soins, en collaboration avec le patient et son entourage,
- planifiés et suivis, de la prévention et détection précoce à la fin de vie,

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

[C – 2015/24122]

30 MAART 2015. — Gemeenschappelijke verklaring
over de geïntegreerde zorg voor chronisch zieken

Deze Gemeenschappelijke Verklaring vormt de basis voor de samenwerking tussen de gemeenschappen, de gewesten en de federale overheid in het kader van de geïntegreerde zorg voor chronisch zieken.

1. MISSIE

Onze missie is het streven naar een verbetering van de levenskwaliteit van de bevolking, en prioritair de personen met een of meerdere chronische aandoeningen, zodat die zo goed mogelijk kunnen functioneren in de eigen omgeving (familie, school, werk) en in de gemeenschap en op een actieve manier het zorgproces kunnen beheren.

We laten ons bij onze missie inspireren door het Triple Aim-model :

- de gezondheidstoestand van de algemene bevolking en van de chronisch zieken verbeteren;
- de zorgkwaliteit verbeteren;
- de toegewezen middelen efficiënter gebruiken (betere zorg aanbieden met de geïnvesteerde middelen).

Daarbij moet de zelfredzaamheid van de patiënt worden gerespecteerd.

Om die missie te realiseren, initiëren we een proces van reorganisatie van de zorg, waarbij we aandacht hebben voor :

- toegankelijkheid van de zorg;
- duurzaamheid van het financieringssysteem van de zorg;
- beter gebruik van de beschikbare middelen (menselijk, technologisch, ...).

Focus op de chronisch zieken : alle personen in de bevolking die te maken hebben met gezondheidsproblemen die langdurige zorg nodig hebben, zowel door niet-overdraagbare aandoeningen (diabetes, kanker, astma,...), als door overdraagbare aandoeningen (HIV-aids,...), mentale aandoeningen (psychose,...), bepaalde anatomische of functionele beperkingen (blindheid, multiple sclerose,...), zeldzame ziekten, beperkingen ten gevolge van een ongeval (amputatie, verlamming,...), complexe multimorbiditeit, een grote zorgafhankelijkheid of in de fase van het levenseinde.

Welke strategische acties zijn er nodig om duurzame zorg en ondersteuning aan chronisch zieken te kunnen garanderen in het licht van een toenemende vraag, een stijgende multimorbiditeit, interindividueel verschillende toegangsmogelijkheden tot zorg (geografisch isolement, health literacy, financiële middelen,...), een grotere druk op de professionele zorgverlening, een budgettaire context van besparingen en een complexe institutionele leefomgeving?

Voor de reorganisatie van de zorg volgen we een benadering van geïntegreerde zorg met volgende eigenschappen :

- van een gefragmenteerde benadering naar een benadering gericht op zorgcontinuïteit;
- van een ziektegerichte benadering naar een benadering die op de behoeften van de patiënt en de bevolking gericht is;
- van "reactieve" acute zorg naar preventieve, proactieve en geplande zorg;
- van een medisch model naar een multidisciplinair model dat gericht is op de doelstellingen van de burger, de patiënt en zijn omgeving;
- van een model dat op zorgverlening is gericht naar een benadering die gericht is op bevordering van gezondheid en equity in de zorg;
- van een gezagsrelatie over de patiënt naar een partnerschap met burgers/patiënten die zelfredzamer zijn op het vlak van hun keuzes en het beheer van hun gezondheidsproblemen.

2. VISIE

De visie is er één van een geïntegreerde benadering van medische, paramedische, psychosociale, verpleegkundige en verzorgingszorg, ten einde een gecoördineerde dienstverlening te kunnen aanbieden :

- die populatie- en persoonsgericht is,
- die gebaseerd is op de eigenschappen en prioriteiten van de verschillende bevolkingslagen (multidimensionele stratificatie) en op de behoeften van de patiënt,
- die is gericht op welbepaalde doelen die door het zorgteam worden bepaald, samen met de patiënt en zijn omgeving,
- die gepland is en opgevolgd wordt, vanaf de preventie en vroegdetectie tot aan het levenseinde,

- qui, en première instance, donnent au patient et aux soins informels (aidants-proches) la possibilité de gérer le processus de soins et ne fait intervenir les soins professionnels qu'en second plan, quand le patient ne peut y suffire et en vue de maintenir la personne dans le processus de soins (cette intervention étant éventuellement temporaire, le temps que le patient et son entourage soient à nouveau en mesure de gérer le processus de soins),

- dispensés par des professionnels qualifiés dans le domaine de l'aide et des soins, pour autant que des soins professionnels soient requis dans le domaine de l'aide et des soins,

- basés sur les meilleures données scientifiques disponibles,

- accessibles, tant d'un point de vue géographique que financier,

- prodigués de manière efficiente et durable et au moment opportun,

- dispensés dans l'environnement le moins complexe possible mais approprié du point de vue clinique (principe de subsidiarité),

- qui respectent le libre choix du patient,

- qui tiennent compte des spécificités sociales et culturelles du patient et de la population

- qui favorisent 'l'empowerment' du patient et des aidants-proches, ainsi que l'empowerment de l'entourage du patient,

- qui incluent la prévention et intègrent le bien-être.

Ceci suppose non seulement une politique de prévention efficiente, mais aussi une intégration des soins de routine liés aux conditions chroniques et des soins liés aux épisodes aigus ou requis par les conditions socio-économiques ou environnementales du patient.

La stratégie et les actions qui en découlent tiendront compte de la situation spécifique et des développements en cours au sein des différentes communautés/régions.

Dans la perspective des soins intégrés, c'est le patient qui est au centre de l'organisation des soins, contrairement aux anciens modèles de soins dictés par l'offre. Les soins intégrés présupposent des soins de santé et sociaux flexibles, personnalisés et sans rupture.

Par définition, le point de départ est que le patient est le coordinateur de ses propres soins et le détenteur de ses propres informations de santé. Le 'patient central' suppose aussi que les soins soient dispensés au plus près du milieu de vie habituel du patient. Il y est guidé, coaché, orienté et aidé par des professionnels ("patient empowerment"). La manière et la mesure dans laquelle il est guidé dépend de sa situation (autonomie, état de morbidité, état de dépendance, capacité à s'autogérer).(1)

L'abandon de la logique de soins dictés par l'offre signifie que le patient reçoit les bons soins, au bon moment et au bon endroit. Il n'importe pas tant de savoir qui dispense ces soins, mais bien si les soins dispensés sont de qualité. Cette vision prône donc des soins au patient qui dépassent les traditionnelles 'lignes de soins' et structures et font « tomber les murs ».

Les soins centrés sur le patient ne doivent pas être confondus avec le « colloque singulier ». Les soins centrés sur le patient s'adressent à l'individu, mais englobent également des soins s'adressant à des groupes de population segmentés et définis. Il s'agit donc aussi de soins au niveau d'une population.

Enfin, les soins centrés sur le patient doivent également être davantage qu'un principe général d'usage approprié ou inapproprié. La qualité des soins pour le patient, objectif final des organisations de soins, doit être une préoccupation constante pour toute personne ou organisation active dans le secteur des soins (et du bien-être).

L'objectif stratégique au niveau du réseau de soins est de réformer les soins en vue d'obtenir, au minimum, les résultats suivants en termes d'intégration locale :

- 1 vision commune sur les soins : ceci suppose un changement de mentalités par lequel l'individualisme de chaque prestataire de soins fait place à un sentiment d'appartenance à un groupe, à 1 système,

- 1 langage commun : des messages semblables sont transmis au patient par des prestataires individuels. Les prestataires doivent éviter de transmettre des messages contradictoires, ce qui nuit sensiblement à la confiance que les patients accordent au système de soins de santé et à leur capacité d'auto-détermination,

- 1 système de dossier (électronique) dans lequel toutes les informations utiles sont disponibles en temps réel pour tous ceux qui en ont besoin,

- 1 politique – 1 plan (multidisciplinaire, dépassant les frontières des 'lignes de soins') : axes prioritaires au sein de la région, concertation concernant les rôles et responsabilités,

- 1 'espace' : espace physique (impact à un niveau très accessible) ou virtuel, via l'utilisation de technologies modernes telles que vidéoconférences via apps.

- die in eerste instantie de zelfzorg en informele zorg (mantelzorg) de kans geeft om het zorgproces vorm te geven. Pas bij ontoereikendheid van deze zorg moet professionele zorg voorhanden zijn om de persoon met zorgnood bij te staan in het zorgproces (dit kan zelfs tijdelijk zijn, totdat de draagkracht van de zelfzorg of informele zorg opnieuw toereikend is),

- die, wanneer professionele zorg nodig is, verstrekt wordt door professionele zorgverleners, opgeleid in de zorg- en hulpverlening,

- die gebaseerd is op de beste beschikbare wetenschappelijke gegevens,

- die zowel financieel als geografisch toegankelijk is,

- die op het juiste ogenblik op een efficiënte en duurzame manier wordt verricht,

- die verleend wordt in een zo min mogelijk complexe omgeving, maar wel geschikt is vanuit klinisch oogpunt (subsidiariteitsprincipe),

- die de vrije keuze van de patiënt respecteert

- die rekening houdt met de sociale en culturele specificiteiten van de patiënt en de bevolking,

- die 'empowerment' van de patiënt en de mantelzorgers bevordert, evenals empowerment van de omgeving van de patiënt,

- die voldoende oog heeft voor preventie en welzijnzorg.

Dit impliceert zowel een efficiënt preventief gezondheidsbeleid als een integratie van routinezorg van de chronische aandoeningen en zorg in acute fases of zorg die vereist is door de socio-economische of omgevingsgerelateerde omstandigheden van de patiënt.

In de hieruit volgende strategie en acties wordt rekening gehouden met de specifieke situatie en ontwikkelingen in de Gemeenschappen en Gewesten.

Geïntegreerde zorg legt het perspectief van de patiënt op als organiserend principe van de dienstverlening ter vervanging van de oude aanbodgestuurde modellen van zorgverlening. Geïntegreerde zorg ontwikkelt een gezondheids- en sociale zorg die flexibel, gepersonaliseerd, en naadloos is.

In die definitie is het uitgangspunt dat de patiënt de coördinator is van zijn eigen zorg en de drager van zijn eigen gezondheidsinformatie. "Patiënt centraal" betekent ook dat de zorg zo dicht mogelijk bij de natuurlijke leefomgeving van de patiënt geplaatst wordt. Hij/zij wordt daarbij gegend, gecoacht, gestuurd en geholpen door de professionals ("patiënt empowerment"). De wijze waarop en de mate waarin de patiënt gegend wordt is afhankelijk van zijn toestand (autonomie, morbiditeit, ernst, afhankelijkheid, mate van zelfredzaamheid).(1)

Het verlaten van de aanbodgestuurde zorg betekent dat de patiënt de juiste zorg krijgt op het juiste moment op de juiste plaats. Daarbij is niet belangrijk wie die zorg verleent, maar wel dat die zorg plaatsvindt op een kwaliteitsvolle wijze. Deze visie ontwikkelt dus een zorg voor de patiënten die de traditionele lijnen en structuren overstijgt, de muren doorbreekt.

Patiënt-gerichte zorg mag niet verward worden met "colloque singulier". Doelmatige patiënt-gerichte zorg richt zich op het individu, maar houdt ook in zorg voor gesegmenteerde, gedefinieerde groepen van patiënten en is dus ook zorg op populatie-niveau.

Tenslotte moet patiënt-gerichte zorg meer zijn dan een te pas en onpas gebruikt algemeen principe. De kwaliteit van zorg voor de patiënten, het uiteindelijke doel van zorgorganisaties, moet een blijvende aandachtspunt vormen voor alle personen en organisaties die werkzaam zijn in de zorg- (en welzijns) sector.

Het strategisch doel binnen het zorgnetwerk is de zorg te hervormen met tenminste de volgende resultaten van integratie op lokaal niveau :

- 1 gemeenschappelijke visie op zorg : dit vereist een mentaliteitswijziging waarbij het individualisme van elke gezondheidszorgverlener, plaats ruimt voor een groepsgevoel, het gevoel deel uit te maken van 1 systeem,

- 1 gemeenschappelijke taal : gelijke boodschappen worden door de individuele zorgverleners naar de patiënten gestuurd. Zorgverleners moeten er zich voor hoeden om tegenstrijdige boodschappen te verspreiden want dat heeft een bijzonder nefast effect op het vertrouwen in de gezondheidszorg en de zelfredzaamheid van de patiënt,

- 1 dossier systeem (elektronisch) waarbij in real time alle nodige patiëntgegevens beschikbaar zijn voor wie er toegangsrecht toe heeft,

- 1 beleid – 1 plan (multidisciplinair, lijnoverschrijdend) : prioritair assen in een regio, afspraken over rollen en verantwoordelijkheden ,

- 1 'ruimte' : die ruimte kan fysiek zijn (drempelverlagend effect), of virtueel, met gebruik van de mogelijkheden die de moderne technologie ons biedt, bv. videoconferentie via apps.

Le décloisonnement est un concept important. Un tel décloisonnement doit se situer à la fois au niveau des mentalités de tous les stakeholders et au niveau des structures et de la communication. Cela signifie également un nouveau design du processus de soins ('delivery system redesign') :

- Redistribution des tâches et concertation autour des tâches (qui fait quoi et quand ?) un niveau locorégional (sur la base de guidelines et de consensus)

- Sur la base du principe de subsidiarité : externaliser vers la 1ère ligne les soins hospitaliers peu complexes, concentrer dans les hôpitaux les soins hautement complexes présentant un faible volume

- Tenir compte de la spécificité de chaque 'ligne' et fonction. En pratique, l'intégration des soins revient à intégrer deux modèles de fonctionnement : les soins des généralistes et de la 1ère ligne (soins intégraux, holistiques et horizontaux) et les soins spécialisés des hôpitaux (approfondis, verticaux et analytiques). Les deux modes de fonctionnement sont nécessaires et sont complémentaires, mais doivent être intégrés dans un paysage de soins de façon efficiente et rationnelle

- Introduction nécessaire de nouvelles tâches et fonctions : le management des soins au niveau locorégional (soutenir et motiver les professionnels pour implémenter l'intégration des soins), case management, infirmier 'soins chroniques', assistants de pratique pour les généralistes, télé-consultations, infirmier de soins transmuraux, ...

De tels réseaux de soins doivent être organisés au niveau locorégional, au départ des structures existantes, moyennant cependant une réorientation :

- Le travail doit être orienté 'objectifs' et amélioration de la qualité des soins au patient

- Le travail doit être centré sur le contenu : rédiger un plan réalisable et évaluable visant l'intégration et l'amélioration de la qualité des soins

- Le travail doit être évalué au moyen d'indicateurs qui mesurent le processus et les résultats des soins au niveau du patient.

- Le travail doit être intégré et dépasser les limites entre les 'lignes' : tous les stakeholders sont concernés

Les « soins intégrés » supposent donc :

- une politique de santé préventive qui s'articule notamment autour du concept de 'health in all policies' par lequel la promotion de la santé renforce les facteurs protecteurs (influence des déterminants positifs de la santé) et s'accompagne de mesures de prévention de la maladie, qui vise à contrecarrer les facteurs qui font peser une menace pour la santé, mais contient également des mesures de détection et d'intervention précoce

- une approche holistique et individualisée du patient : tenir compte de son état de santé, mais également de son environnement, de son besoin d'autonomie, de ses capacités et limites (physiques et psychiques), de sa capacité à faire des choix pour lui-même, des attentes de son entourage, des risques qu'il encourt, de ses aspirations et du caractère réaliste de celles-ci (modèle biopsychosocial)

- une approche 'collective' multidisciplinaire autour du patient, par l'ensemble des personnes (prestataires d'aide ou de soins, entourage familial et social...) qui l'accompagnent pour gérer sa maladie et ses limites, sans pour autant multiplier plus que nécessaire le nombre d'intervenants

- une approche 'collective locale' visant à réduire les inégalités de santé au sein de la population. Ceci signifie que, en partant d'un « modèle universel », suffisamment d'actions spécifiques peuvent être menées; il s'agit cependant d'éviter au maximum de retomber dans des soins catégoriels pour des groupes sociaux spécifiques vu que cela ne contribue pas à la cohésion sociale.

- une approche de longue durée, incluant des soins planifiés et proactifs tout au long du parcours du patient et des modalités spécifiques pour assurer la continuité des soins.

Les soins au patient sont plus que la somme d'un certain nombre d'actes intellectuels et techniques. À côté de l'acte intellectuel par lequel le prestataire met en pratique son savoir de professionnel et de l'acte technique par lequel une technologie est utilisée en soutien au diagnostic ou au traitement du patient, une place non négligeable doit être donnée aux éléments relationnels.

Ces éléments relationnels couvrent :

- la relation au patient : écoute, compréhension de son vécu et de ses attentes, réserves et craintes (empathie), prise de connaissance de son environnement familial, social, culturel et professionnel, information au patient, soutien à son autonomisation (via empowerment), accompagnement de son processus de soins...

Ontschotting is een centraal begrip. Die ontschotting moet zowel plaatsgrijpen in de geesten van alle stakeholders als in de structuren en in de communicatie. Dit betekent ook het hertekenen van het zorgverleningsproces ('delivery system redesign') :

- Taak (her)verdeling en taakafspraken (wie doet wat wanneer?) op lokaal/regionaal niveau (op basis van guidelines en consensus)

- Op basis van het subsidiariteitsprincipe : laagcomplexe ziekenhuiszorg outsourcen naar 1° lijn, concentreren van laagvolume hoogcomplexe zorg in het ziekenhuis

- Houdt rekening met de specificiteit van elke 'lijn' en functie. Feitelijk komt 'integratie van zorg' neer op het integreren van twee modellen van functioneren : de huisartsenzorg en de eerste lijn (integrale, holistische, horizontale zorg), en de specialistische zorg in de ziekenhuizen (dieptegeïntegreerde, verticale, analytische zorg). Beide functioneringswijzen zijn noodzakelijk en complementair aan elkaar, maar moeten in een efficiënt en rationeel zorglandschap geïntegreerd zijn

- Noodzakelijke invoering van nieuwe taken en functies : regiozorgmanagement (ondersteuning & motivering van professionals om de integratie van zorg te implementeren), case management, chronische zorgverpleegkundige, praktijkassistent voor huisartsen, teleconsulting, transmurale zorgverpleegkundige, ...

Die zorgnetwerken moeten op loco-regionaal niveau georganiseerd worden, het best vertrekkende vanuit bestaande structuren, met evenwel een heroriëntering :

- De werking moet gericht zijn op het doel, dit is kwaliteitsverbetering voor de zorg van de patiënt

- De werking moet inhoudsgericht zijn, dit is het maken van een uitvoerbaar en evalueerbaar plan gericht op integratie en kwaliteitsverbetering van de zorg

- De werking moet geëvalueerd worden aan de hand van indicatoren die op het patiëntenniveau het proces en de uitkomsten van zorg evalueren

- De werking is geïntegreerd en lijnoverschrijdend : alle stakeholders worden betrokken

"Geïntegreerde zorg" houdt bijgevolg het volgende in :

- een preventief gezondheidsbeleid dat zich o.a. richt op health in all policies waarbij gezondheidsbevordering bijdraagt tot het versterken van beschermende factoren (beïnvloeden van positieve determinanten voor gezondheid) en samen gaat met ziektepreventie, die gericht is op het tegengaan van bedreigende factoren en ook vroegdetectie en vroeginterventie inhoudt.

- een holistische en geïndividualiseerde benadering van de patiënt : rekening houden met zijn gezondheidstoestand maar ook met zijn omgeving, zijn behoefte aan zelfredzaamheid, zijn (fysieke en psychische) vaardigheden en beperkingen, zijn vermogen om voor zichzelf keuzes te maken, de verwachtingen van zijn omgeving, de risico's die hem omringen, zijn verzuchtingen en het realistische karakter ervan (biopsychosociaal model).

- een 'collectieve' multidisciplinaire benadering rondom de patiënt door alle personen (hulp- of zorgverleners, familiale en sociale omgeving...) die hem helpen zijn ziekte en beperkingen te beheren, zonder het aantal zorgverleners meer dan nodig te vermeerderen.

- een collectieve lokale benadering met het oog op het terugdringen van de gezondheidsongelijkheden in de bevolking. Dit betekent dat, vertrekkend van een "universele benadering", er voldoende specifieke actie moet mogelijk zijn. Men moet echter zoveel mogelijk vermijden om te vervallen in categoriale zorg voor specifieke sociale doelgroepen, vermits dit niet bijdraagt tot sociale cohesie.

- een benadering op lange termijn met inbegrip van proactieve en geplande zorg over het gehele zorgtraject, en specifieke modaliteiten om de zorgcontinuïteit te verzekeren.

De verzorging van de patiënt is meer dan de som van een aantal intellectuele en technische handelingen. Naast de intellectuele handeling waarbij de zorgverlener zijn professionele knowhow in de praktijk omzet en de technische handeling waarbij een technologie wordt gebruikt om de diagnose of de behandeling van de patiënt te ondersteunen, nemen de relationele elementen een cruciale plaats in.

Die relationele elementen omvatten :

- de relatie tot de patiënt : luisteren, begrip hebben voor wat hij heeft meegemaakt en voor wat hij verwacht, voor zijn terughoudendheid en zijn angsten (empathie), inzicht verwerven in zijn familiale, sociale, culturele en professionele omgeving, verstrekken van informatie aan de patiënt, ondersteuning bij het verwerven van een grotere zelfredzaamheid (door empowerment), begeleiden van het zorgproces,...

- la relation (interpersonnelle et interinstitutionnelle) aux autres professionnels et non-professionnels : échange d'informations, mise en commun des évaluations diagnostiques, planification des actions de chacun (actes d'aide et de soins, prescription médicamenteuse, ...) dans une démarche multidisciplinaire et dans le respect de la vie privée du patient,

- la relation entre l'individu et son environnement physique et social : cet environnement pouvant être porteur de santé comme néfaste pour la santé, les interventions politiques doivent viser à ce que cette environnement influence la santé de façon positive.

Les gains à attendre de ces éléments relationnels se situent tant sur le plan de l'état de santé et le bien-être du patient et de son entourage, que sur le plan de sa satisfaction et de celle des professionnels de soins par rapport à la qualité des soins dispensés. Ceci doit conduire à des soins produisant de meilleurs résultats par rapport aux moyens investis, en particulier via :

- une meilleure évaluation des besoins, une identification des besoins non rencontrés (exprimés ou non par le patient lui-même) et une meilleure gestion des risques et besoins via l'approche multidisciplinaire et l'implication du patient

- une meilleure utilisation des ressources du patient lui-même et des ressources qui peuvent être apportées par son entourage

- une meilleure adhésion du patient au processus de soins par une meilleure compréhension et maîtrise de ce qu'il vit et une attention particulière pour ses motivations personnelles (rationnelles ou plus émotives) et ses objectifs

- une réduction des actes redondants ou évitables et de la charge de soins pesant sur le patient (et son entourage), par exemple en évitant des hospitalisations ou en réduisant leur durée

- une prévention efficace et un repérage en temps utile des situations qui nécessitent l'intervention des professionnels

- une meilleure identification des (nombreux) patients qui souhaitent s'investir dans la gestion de leur situation

- une meilleure identification des patients pour lesquels il faut trouver des alternatives de prise en charge qui maximisent leur qualité de vie (sans faire peser sur eux une surabondance de soins et d'interventions)

- une meilleure anticipation, par le patient lui-même, son entourage et les professionnels qui l'accompagnent, des étapes futures du parcours du patient via un plan de soins orienté objectifs (advanced care planning)

- mais aussi une plus grande satisfaction des prestataires car leurs initiatives et actions sont mieux ciblées et, donc, conduisent à de meilleurs résultats en termes d'état de santé et de satisfaction du patient.

3. STRATÉGIE

Notre objectif, par la présente note de vision et le plan d'action qui doit en découler, est de soutenir, faciliter et renforcer le changement de système qui a déjà été initié dans différents secteurs de soins, éventuellement sous la forme de projets.

Le changement attendu pour passer de l'approche 'maladie' à l'approche 'personne', 'prévention' et 'soins intégrés' relève également de la définition du rôle des prestataires et de leur investissement dans la relation avec le patient et avec les autres intervenants (formels et informels). La relation avec le patient doit elle-même générer un changement de rôle du patient (et de son entourage), susciter son adhésion et son autonomisation.

Il faudra donc prévoir le temps et le soutien nécessaires pour accompagner tous les acteurs concernés dans ce processus de changement.

Si l'approche est innovante, elle est cependant déjà largement partagée par de nombreux acteurs du terrain. En témoignent : divers projets développés par le terrain, le succès de certains projets spécifiques, mais également l'adhésion aux principes formulés dans le cadre de la note d'orientation 'Vision intégrée des soins aux malades chroniques'.

Le rôle des autorités est de soutenir et de faciliter ce changement d'approche et il convient d'agir simultanément sur différents plans : outils, modes de financement, guidelines, formation, structures de concertation, valorisation des efforts réalisés, mesure des performances, promotion des résultats obtenus, information de la population, ...

Il s'agit donc de créer et soutenir un cadre propice au développement progressif d'une approche intégrée des soins en s'appuyant sur les forces en présence : prestataires d'aide et de soins (professionnels et

- de (interpersoonlijke en inter-institutionele) relatie tot de andere professionele en niet-professionele zorgverleners : informatie-uitwisseling, delen van diagnostische evaluaties, planning van de acties van iedere betrokkene (hulpverlening en zorghandelingen, voorschrijven van geneesmiddelen, ...) binnen een multidisciplinaire benadering en met respect voor de privacy van de patiënt,

- de relatie van het individu tot zijn fysieke en sociale omgeving : de omgeving kan zowel gezondheidsbedreigend als gezondheidsbevorderend zijn en het beleid op die omgeving moet gericht zijn op een gunstige beïnvloeding van de gezondheid.

De voordelen die men van deze relationele elementen verwacht, liggen zowel op het vlak van de gezondheidstoestand en het welzijn van de patiënt en zijn omgeving als op dat van zijn tevredenheid en de tevredenheid van de professionele zorgverleners over de kwaliteit van de verleende zorg. Dit moet leiden tot zorg die betere resultaten oplevert met betrekking tot de geïnvesteerde middelen, meer bepaald via :

- een betere evaluatie van de behoeften, de identificatie van niet-gevulde behoeften (al dan niet uitgedrukt door de patiënt zelf) en een beter beheer van de risico's en behoeften door een multidisciplinaire benadering en de betrokkenheid van de patiënt;

- een beter gebruik van de middelen van de patiënt zelf en van de middelen die zijn omgeving kan verstrekken;

- een betere deelname van de patiënt aan het zorgproces, door een beter begrip en een betere beheersing van wat de patiënt meemaakt en een bijzondere aandacht voor zijn persoonlijke motieven (rationeel of emotioneel) en zijn doelstellingen;

- een vermindering van het aantal overbodige of vermijdbare handelingen en de zorglast voor de patiënt en zijn omgeving, bijvoorbeeld door het vermijden van hospitalisaties of het verminderen van de hospitalisatieduur;

- een efficiënte preventie en tijdige opsporing van de situaties die de tussenkomst van professionele zorgverleners vereisen;

- een betere identificatie van de (vele) patiënten die zich willen inzetten voor de regie over hun eigen situatie;

- een betere identificatie van de patiënten voor wie er alternatieve vormen van zorg moeten worden gevonden die hun levenskwaliteit maximaal kunnen verbeteren (zonder ze te belasten met een overvloed aan verzorging en tussenkomsten);

- een betere anticipatie door de patiënt zelf, zijn omgeving en de zorgverleners die hem begeleiden, van de volgende etappes in het traject van de patiënt door een doelgericht zorgplan (advanced care planning)

- maar ook een grotere voldoening bij de zorgverleners omdat hun initiatieven en acties meer gericht zijn en dus tot betere resultaten leiden op het vlak van de gezondheidstoestand en de tevredenheid van de patiënt.

3. STRATEGIE

Het is onze doelstelling om met deze visienota en het hieruit volgende actieplan deze systeemshift die reeds in verschillende sectoren in de zorg, al dan niet projectmatig, werd ingezet, te ondersteunen, faciliteren en versterken.

De verwachte verandering bij de overgang van een benadering die op 'ziekte' is gericht naar een benadering die op de 'persoon', 'preventie' en 'geïntegreerde zorg' is gericht, hangt ook nauw samen met de definiëring van de rol van de zorgverleners en hun investering in de relatie met de patiënt en de andere actoren (formeel en informeel). De relatie met de patiënt moet op zichzelf een verandering veroorzaken in de rol van de patiënt (en van zijn omgeving), zijn deelname bevorderen en zijn zelfredzaamheid verhogen.

Er zal dus moeten worden voorzien in de nodige tijd en ondersteuning om alle actoren die betrokken zijn bij dit veranderingsproces, te begeleiden.

Ook al is de benadering innoverend, zij wordt echter al ruimschoots gedeeld door vele actoren op het terrein. Dat blijkt uit : diverse projecten die op het terrein zijn ontwikkeld, het welslagen van sommige specifieke projecten, maar ook de toetreding tot de principes die zijn geformuleerd in het kader van de oriëntatienota 'Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken'.

Het is de rol van de overheid om die verandering van benadering te steunen en te vergemakkelijken. Daarbij moet er op verschillende vlakken tegelijk worden gewerkt : instrumenten, financieringswijzen, guidelines, opleiding, overlegstructuren, valorisatie van de geleverde inspanningen, meting van de prestaties, bekend maken van de behaalde resultaten, informeren van de bevolking, ...

Er moet dus een gunstig klimaat worden gecreëerd en ondersteund voor de progressieve ontwikkeling van een geïntegreerde zorgbenadering uitgaande van de aanwezige krachten : de zorg- en hulpverleners

non-professionnels), patients, entourage et associations de patients, initiatives locales (CPAS, mutualités, organisations de volontaires) et aussi certaines organisations et entreprises désireux de s'engager dans le processus vers des soins de santé durables.

Mais la condition la plus importante pour la réussite d'un processus de changement durable est la coopération intensive et constructive entre l'autorité fédérale et les Communautés/Régions.

L'intention est de traiter le processus de changement de façon conjointe entre l'autorité fédérale et les Communautés/Régions. A tous niveaux et à tout moment du processus (définition de la stratégie, grandes lignes du plan d'action, choix des projets, suivi scientifique, ...), les différents niveaux de pouvoir doivent déterminer conjointement la direction et les choix, en tenant compte des compétences spécifiques, des priorités et des développements dans chacune des Régions/Communautés.

Etape 1 : Etudes, notes préliminaires et finalisation du Plan

Il s'agit de dresser un inventaire des actions à mener simultanément pour créer un climat propice au développement des soins intégrés en s'appuyant sur les ressources et initiatives existantes. L'objectif de cette étape est d'élaborer le plan d'actions global conjoint en faveur des malades chroniques, soutenu politiquement tant par les autorités fédérales que par les communautés/régions, et ce en collaboration avec les acteurs de terrains et les citoyens.

Cette première étape a démarré avec :

- le Position Paper du KCE, qui a dégagé 20 recommandations en faveur d'une approche intégrée des soins aux malades chroniques;
- la note d'orientation Vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique, qui résulte d'une réappropriation des recommandations du KCE par des acteurs de terrains (via des focus groupes) et a été soutenue par l'ensemble des autorités (fédérale et fédérées) dans le cadre de la Conférence Interministérielle Santé publique.

Au terme de ce processus, les terrains d'actions identifiés couvrent les champs de la prévention, la détection précoce et les interventions précoces, la promotion du travail multidisciplinaire (y compris la développement du dossier patient multidisciplinaire), l'empowerment du patient (y compris health literacy), le case-management et le self-management, l'implication de l'entourage du patient et le soutien aux aidants-proches, la formation des prestataires aux problématiques de l'empowerment, de la multidisciplinarité et du case management, le développement d'une culture de qualité (diffusion de guidelines, évaluation des soins, de l'état de santé de la population et de la satisfaction des bénéficiaires et des prestataires, ...), les divers processus au niveau des soins eux-mêmes et au niveau de l'organisation entre les acteurs concernés, ...

Le caractère de simultanéité des actions est important car :

- si certaines actions ne sont pas développées, le plan d'actions dans son ensemble est fragilisé : si certains obstacles majeurs persistent, ils peuvent représenter des freins importants au changement
- il est essentiel de donner un message fort à l'égard tant des patients que des prestataires, et à l'égard de la population dans son ensemble, par rapport aux options politiques retenues pour l'avenir : il convient que chacun comprenne qu'une réforme structurelle fondamentale est nécessaire, mais également y adhère.

Etape 2 : Démarrage progressif, mais simultané, des différentes actions

Au début de cette étape, la communication, l'accompagnement et le soutien de tous les acteurs concernés seront essentiels. Cette tâche devra être bien coordonnée entre le niveau fédéral (SPF Santé publique, INAMI), les régions/communautés, les diverses organisations concernées et les organisations professionnelles.

Cette démarche aura pour objectifs de :

- familiariser les acteurs concernés avec des éléments nouveaux, prévus dans le plan d'action et en particulier l'approche « Triple Aim »;
- créer la confiance indispensable, entre autres sur le plan des budgets et des ressources : garantir le maintien du budget, mais également préciser clairement que, pour l'exécution de ce plan, aucuns moyens supplémentaires ne seront prévus et que les nouvelles initiatives devront être financées par la réaffectation et la mutualisation des ressources actuellement disponibles (basées sur les dépenses à politique inchangée) en fonction des priorités définies par les acteurs de terrain.
- inciter et aider les acteurs à créer leur propre plan en fonction des besoins et ressources identifiés localement.

(professionnel et non-professionnel), de patients, hun omgeving en de patiëntenverenigingen, het plaatselijk initiatief (OCMW, ziekenfondsen, vrijwilligersorganisaties) en ook diverse organisaties en ondernemingen die zich voor het proces van duurzame zorgverlening willen inzetten.

Belangrijkste randvoorwaarde echter voor het welslagen van een duurzaam veranderingstraject is de intensieve en constructieve samenwerking tussen de federale overheid en de Gemeenschappen/Gewesten.

Het is de bedoeling om het veranderingsproces gezamenlijk aan te pakken tussen de federale overheid en de Gemeenschappen/Gewesten. Op elk niveau en moment in het traject (bepaling strategie, uitstippelen actieplan, keuze projecten, wetenschappelijke opvolging,...) dienen de bevoegdheidsniveaus gezamenlijk de richting en keuzes te bepalen. Hierbij wordt rekening gehouden met de specifieke bevoegdheden, prioriteiten en ontwikkelingen in elk van de Gemeenschappen/Gewesten.

Fase 1 : Voorbereidende studies, nota's en voltooiing van het plan

Er moet een inventaris worden opgesteld van de acties die gelijktijdig moeten worden ondernomen om zodoende een gunstig klimaat te creëren voor de ontwikkeling van geïntegreerde zorg gebaseerd op de reeds bestaande bronnen en initiatieven. Dit moet leiden tot de ontwikkeling van het globale gemeenschappelijke actieplan voor chronisch zieken, dat politiek zowel wordt gedragen door de federale overheid als door de Gemeenschappen/Gewesten, en dit in samenwerking met de actoren op het terrein en de burgers.

Deze eerste fase is begonnen met :

- de Position Paper van het KCE, waarin 20 aanbevelingen werden gedaan voor een geïntegreerde benadering van de zorg voor chronisch zieken;
- de oriëntatienota Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België, die het resultaat is van een herformulering van de aanbevelingen van het KCE door actoren op het terrein (via focus groepen) en die door alle (federale en gefedereerde) overheden werd gesteund in het kader van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Na afloop van dat proces dekken de geïdentificeerde actieruimtes de aspecten preventie, vroegdetectie en vroeginterventie, bevordering van de multidisciplinaire werkzaamheden (waaronder de ontwikkeling van het multidisciplinaire patiëntendossier), empowerment van de patiënt (met inbegrip van health literacy), casemanagement en zelfmanagement, betrokkenheid van de omgeving van de patiënt en ondersteuning van de mantelzorger, opleiding van de zorgverleners rond empowerment, multidisciplinariteit en case-management, ontwikkeling van een kwaliteitscultuur (verspreiding van guidelines, evaluatie van de zorg, gezondheidstoestand van de bevolking, tevredenheid van de rechthebbers en van de zorgverleners,...) en de diverse processen op niveau van de zorg zelf en op niveau van de organisatie tussen de betrokken actoren, ...

De gelijktijdigheid van de acties is belangrijk, en wel om de volgende redenen :

- indien sommige acties niet worden ontwikkeld, verzwakt het hele actieplan : indien sommige grote obstakels blijven bestaan, kunnen ze de verandering sterk afremmen;
- het is van essentieel belang om een sterk signaal te geven, zowel aan de patiënten als aan de zorgverleners, en aan de bevolking in haar geheel, met betrekking tot de beleidsopties die voor de toekomst in aanmerking moeten worden genomen : elkeen moet begrijpen dat een fundamentele structurele hervorming noodzakelijk is en moet daar ook mee instemmen.

Fase 2 : Geleidelijke, maar gelijktijdige start van de verschillende acties

In het begin van deze fase zal de communicatie, de begeleiding en de ondersteuning van alle betrokken stakeholders essentieel zijn. Deze taak zal goed gecoördineerd moeten worden tussen het federale niveau (FOD Volksgezondheid, Riziv), de Gemeenschappen en Gewesten, diverse betrokken organisaties en de beroepsorganisaties.

Deze stap heeft tot doel :

- de actoren vertrouwd te maken met de nieuwe elementen die voorzien worden in het actieplan en meer bepaald met de 'Triple Aim' benadering
- het noodzakelijke vertrouwen te creëren, onder meer op het vlak van budget en inkomsten : het behoud van budget garanderen, maar eveneens duidelijk maken dat voor de uitvoering van dit plan geen bijkomende middelen zullen worden voorzien en dat nieuwe initiatieven zullen worden gefinancierd door herallocatie en bundeling van de huidige beschikbare middelen (gebaseerd op de uitgaven aan ongewijzigd beleid) in functie van de prioriteiten gedefinieerd door de actoren op het terrein.
- de actoren aansporen en ondersteunen om hun eigen plan op te stellen in functie van de behoeften en de middelen die lokaal geïdentificeerd worden

Les divers domaines d'actions identifiés à l'étape 1 supposent d'initier des actions à plusieurs niveaux :

- au niveau de la prévention : la politique de prévention en santé menée par les communautés/régions doit être poursuivie et, si nécessaire et possible, orientée plus résolument vers la problématique des malades chroniques;

- au niveau d'une bonne gestion du processus : les aspects pour lesquels une collaboration et répartition des tâches entre communautés/régions et autorité fédérale peut apporter une plus-value commune en termes d'effectivité et d'efficacité, feront l'objet de concertations;

- au niveau des pratiques de terrain :

- a) créer les conditions nécessaires, soutenir et accompagner des projets expérimentaux au niveau locorégional, en s'appuyant sur les acteurs en place et les besoins de la population concernée, les aider à implémenter une approche de soins intégrés dans leur environnement (basée sur les principes du Triple Aim) et, ce, dans l'optique d'une implémentation nationale ultérieure (cfr étape 3) et d'une intégration des approches innovantes dont la plus-value a été démontrée;

- b) offrir un soutien technologique dans le domaine de l'e-Santé : au-delà des actions retenues dans la 'Roadmap e-Santé', il convient de soutenir le développement et l'implémentation d'outils spécifiques nécessaires à la prise en charge intégrée des patients chroniques, en cohérence avec les objectifs du dossier patient électronique et accessibles pour tous les professionnels, mais aussi pour le patient;

- c) repenser les modes de financement des soins : permettre de développer des modes de financement qui favorisent les soins multidisciplinaires, continus et sur mesure en faveur des patients chroniques et dépassent le clivage entre 1ère et 2ème ligne de soins; la réforme du financement des hôpitaux prévue en exécution de l'accord de gouvernement fédéral doit également être en concordance avec cette démarche;

- d) en accord avec les programmes de prévention des communautés/régions, clarifier le rôle des acteurs en matière de prévention (y compris en matière de détection précoce et d'interventions précoces) et leur fournir des méthodologies adéquates pour réaliser leurs tâches de prévention;

- au niveau de la formation des professionnels (formation de base et formation continue) : développer, avec les partenaires de l'enseignement, des formes d'apprentissage portant sur l'empowerment des patients, le travail multidisciplinaire et le case-management;

- au niveau du soutien scientifique : identifier les instances et acteurs susceptibles d'accompagner le processus de changement sur le plan méthodologique et scientifique, les réunir et réaliser le design d'un cahier des charges reprenant les différents volets de recherche et accompagnement scientifique : développement et implémentation de guidelines, recherche d'indicateurs de qualité et de performance pertinents, soutien méthodologique pour l'évaluation des besoins de la population, accompagnement et évaluation des projets-pilotes, ...

- au niveau d'un monitoring global du plan d'actions et des interactions entre les diverses initiatives engagées : définition et suivi d'indicateurs de monitoring et de performance du système, structure de gouvernance, plan de financement et d'implémentation des actions, ...

- au niveau de la promotion de la nouvelle approche et de la valorisation des résultats auprès de l'ensemble de la population et des professionnels : large plan de communication autour des objectifs du plan, des actions concrètes menées, de leur réappropriation au niveau local, de la valorisation des résultats, ...

Pour agir simultanément sur ces différents niveaux, une étroite collaboration entre les différents niveaux de pouvoir (fédéral, communautaire, régional, local) est essentielle. La volonté est de fédérer l'ensemble des acteurs et utiliser au mieux toutes les ressources en présence.

Un planning politique doit être mis en œuvre conjointement. Il est utile, à cet effet, de travailler avec des projets-pilotes. Une partie des prestataires de soins et d'aide sont dès à présent convaincus de la plus-value d'une approche intégrée des soins aux patients, mais il faut leur donner l'occasion de se rencontrer, les inciter à travailler ensemble et les soutenir dans le processus de changement : lever les obstacles, leur fournir les ressources et le contexte nécessaires (formation, guidelines, e-santé, 'intégrateurs',...) les accompagner et valoriser leurs résultats.

Un cadre de dérogations aux règles actuelles et un soutien méthodologique leur seront offerts qui préciseront :

- les objectifs à atteindre par les projets expérimentaux afin de rencontrer les principes du Triple Aim

De verschillende geïdentificeerde actiedomeinen van fase 1 houden in dat er op meerdere vlakken acties worden gestart :

- op vlak van preventie : het door de gemeenschappen/gewesten gevoerde preventieve gezondheidsbeleid wordt verder gezet en waar nodig en mogelijk sterker geïntereerd naar de problematiek van chronische ziekten;

- op vlak van goed bestuur : tussen gemeenschappen en de federale overheid worden die aspecten afgestemd waarbij samenwerking en taakverdeling een gezamenlijke meerwaarde heeft op vlak van effectiviteit en efficiëntie

- op het vlak van de praktijken op het terrein :

- a) de creatie van de noodzakelijke randvoorwaarden, ondersteuning en begeleiding van proefprojecten op locoregionaal vlak, door te steunen op de actoren ter plaatse en de behoeften van de betrokken populatie, hen te helpen om in hun omgeving een geïntegreerde zorgbenadering te implementeren die (gebaseerd is op de principes van Triple Aim) met oog op een latere, nationale implementatie (zie fase 3) en met integratie van reeds bestaande innovatieve benaderingen waarvan het nut reeds werd aangetoond;

- b) het aanbieden van de technologische ondersteuning in het domein van e-Gezondheid : naast de acties die in de 'Roadmap e-Gezondheid' aan bod komen, moet de ontwikkeling en de implementatie worden ondersteund van specifieke instrumenten die nodig zijn voor de geïntegreerde zorg voor chronisch zieke patiënten, in lijn met de doelstellingen van het elektronisch patiëntendossier dat voor alle professionals toegankelijk is, maar ook voor de patiënt;

- c) de hervorming van de financieringswijzen van de zorg : financieringswijzen ontwikkelen die de multidisciplinaire, continue zorg op maat ten gunste van chronisch zieke patiënten bevorderen en de kloof tussen 1e en 2e lijn overbruggen; de hervorming van de ziekenhuisfinanciering in uitvoering van het federaal regeerakkoord dient hier eveneens op afgestemd;

- d) afgestemd op de preventieprogramma's van de gemeenschappen/gewesten, de rol van de zorgactoren op vlak van preventie (met inbegrip van vroegdetectie en vroeginterventie) verduidelijken en hen haalbare methodieken aanreiken om hun preventieve taak te realiseren;

- op het vlak van de opleiding van de professionele zorgverleners (basisopleiding en continue vorming) : ontwikkeling, samen met de onderwijspartners, van leervormen betreffende empowerment van de patiënten, multidisciplinair werken en casemanagement;

- op het vlak van de wetenschappelijke ondersteuning : identificatie van de instanties en actoren die het veranderingsproces op methodologisch en wetenschappelijk vlak kunnen begeleiden, hen verenigen en een bestek opstellen waarin de verschillende luiken inzake wetenschappelijk onderzoek en begeleiding zijn opgenomen : de ontwikkeling en implementatie van guidelines, het onderzoeken van relevante kwaliteits- en performantie-indicatoren, de methodologische ondersteuning van de behoeftenevaluatie van de populatie, de begeleiding en evaluatie van de pilootprojecten, ...

- op het vlak van een globale monitoring van het actieplan en van de interacties tussen de verschillende initiatieven : definitie en follow-up van indicatoren inzake de monitoring en performantie van het systeem, bestuursstructuur (governance), financierings- en implementatieplan van de acties, ...

- op het vlak van de bevordering van de nieuwe benaderingen en de valorisatie van de resultaten bij de hele populatie en alle professionele zorgverleners : ruim communicatieplan betreffende de doelstellingen van het plan, de concrete acties, hun heraanpassing op lokaal niveau, de valorisatie van de resultaten, ...

Om op de verschillende niveaus op simultane manier te handelen is een nauwe samenwerking tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus (federaal, gemeenschappen, gewesten en lokaal) essentieel. De bedoeling is om alle actoren te verenigen en de aanwezige, beschikbare middelen optimaal te gebruiken.

Gezamenlijk wordt een planmatig beleid gevoerd. Hierbinnen is het nodig om ook te werken met pilootprojecten. Zo is een deel van de zorg- en hulpverleners reeds overtuigd van de meerwaarde van een geïntegreerde benadering van de patiëntenzorg, maar we moeten hen de mogelijkheid bieden om elkaar te ontmoeten, hen aanmoedigen om samen te werken en hen ondersteunen in het veranderingsproces : obstakels verwijderen, de nodige middelen en context leveren (opleiding, guidelines, e-gezondheid, 'integratoren',...) hen begeleiden en hun resultaten valoriseren.

Een regelluw kader en een methodologische ondersteuning zullen aangeboden worden met de volgende elementen :

- de te bereiken doelstellingen voor de experimentele projecten om aan de principes van Triple Aim te beantwoorden

- les conditions minimales en termes d'acteurs et de groupe-cible concernés par les projets
- les méthodes utiles pour identifier leur potentiel, leurs besoins, les changements à induire, les actions prioritaires, les besoins spécifiques de leur population, la mesure des progrès réalisés,...
- l'élaboration d'un planning de construction du projet, assorti d'un timing et d'un plan financier.

Etape 3 : Consolidation et dissémination des actions du Plan

Il s'agit de porter l'étape 2 à un niveau structurel

- généraliser les nouveaux principes organisationnels dans les soins aux malades chroniques
- généraliser les programmes de formation
- généraliser des mécanismes de financement des soins qui imposent la concertation, le partage d'informations, l'évaluation holistique du patient, l'empowerment du patient, l'évaluation qualitative des soins dispensés, etc.
- réaliser les adaptations nécessaires pour gérer de façon cohérente les interactions entre les soins de santé et les autres déterminants de santé (alimentation, logement, emploi, etc.) et les autres particularités des conditions de vie des patients comme un handicap éventuel, ...

4. TIMING

Phase 1 : janvier-juin 2015

- Plan global approuvé en CIM
- Campagne de promotion – élaboration d'un guide décrivant les principes de base qui auront fait l'objet d'un accord
- Rédaction d'un appel à candidature pour les projets-pilotes et pour les missions d'accompagnement scientifique
- Elaboration du programme de coaching/accompagnement des projets candidats
- Concertation au sein du groupe intercabinets et de la CIM sur les aspects (prévention, SSM, ...) pour lesquels des accords, collaborations et répartition des tâches présentent une plus-value conjointe en termes d'effectivité et d'efficience

Phase 2 : à partir de juillet 2015

- Lancement de l'appel à candidatures pour les projets-pilotes
- Coaching des équipes candidates
- Démarrage et suivi des projets expérimentaux
- Modules de formation des professionnels
- Accompagnement scientifique (guidelines, indicateurs de qualité, techniques et pratiques d'évaluation...)
- Initiatives de soutien technologique dans le domaine de l'e-Santé
- Poursuite de la politique menée par les communautés en matière de prévention et, si nécessaire et possible, l'orienter davantage vers la problématique des malades chroniques
- Monitoring global du plan d'action
- Actions de promotion de la nouvelle approche et de valorisation des résultats auprès de l'ensemble de la population et des professionnels.
- Poursuite des concertations au sein du groupe de travail intercabinets et de la CIM en vue de dégager un maximum d'accord visant l'effectivité et l'efficience de la politique
- Rapportage régulier vers la CIM.

Le 30 mars 2015.

- de minimale voorwaarden in termen van actoren en doelgroepen die betrokken zijn bij de projecten
- de identificatiemethoden voor hun potentieel, hun behoeften, de in te voeren veranderingen, de prioritaire acties, de specifieke behoeften van hun populatie, de meting van de gerealiseerde vooruitgang,...
- de uitwerking van een planning voor de opbouw van het project, met een timing en een financieel plan.

Fase 3 : Consolidatie en verspreiding van de acties van het plan

Fase 2 moet naar een structureel niveau worden gebracht :

- veralgemenen van de nieuwe organisatorische principes binnen de zorg voor chronisch zieken;
- veralgemenen van de opleidings-programma's;
- veralgemenen van de financierings-mechanismen van de zorg die het volgende inhouden : overleg, gegevensuitwisseling, holistische evaluatie van de patiënt, empowerment van de patiënt, kwalitatieve evaluatie van de verleende zorg, enz.
- aanpassingen uitvoeren die nodig zijn om op een coherente manier de interacties te beheren tussen de gezondheidszorg en andere gezondheidsdeterminanten (voeding, huisvesting, werk, enz.) en andere aspecten van de levensomstandigheden van de patiënten zoals een eventuele handicap,...

4. TIJDSHEMA

Fase 1 : januari-juni 2015

- Globaal plan goedgekeurd in de IMC
- Promotiecampagne – uitwerken van een gids waarin de basisprincipes beschreven worden waarover een akkoord is
- Redactie van een oproep tot kandidaatstelling voor de pilootprojecten en de wetenschappelijke begeleidingsopdrachten
- Opstelling van een coaching/begeleidingsprogramma voor de kandidaat-projecten
- Overleg binnen de IMC en IKW over aspecten (preventie, GGZ, ...) waarbij afstemming, samenwerking en taakverdeling een gezamenlijk meerwaarde heeft op vlak van effectiviteit en efficiëntie

Fase 2 : vanaf juli 2015

- Lanceren van de oproep tot kandidaturen voor pilootprojecten
- Coaching van de kandidaat-teams
- Start en follow-up van de proefprojecten
- Opleidingsmodules voor de professionele zorgverleners
- Wetenschappelijke begeleiding (guidelines, kwaliteitsindicatoren, evaluatietechnieken en -praktijken...)
- Initiatieven voor technologische ondersteuning in het domein e-Gezondheid
- Het door de gemeenschappen gevoerde preventieve gezondheidsbeleid verder zetten en waar nodig en mogelijk sterker oriënteren naar de problematiek van chronische ziekten
- Globale monitoring van het actieplan
- Acties tot bevordering van de nieuwe benaderingen tot bekendmaken van de resultaten bij de hele bevolking en aan alle professionele zorgverleners
- Overleg binnen de IMC en IKW verderzetten voor een optimale afstemming met het oog op een maximale effectiviteit en efficiëntie van het beleid
- Regelmatige rapportering aan de IMC.

30 maart 2015.

Voor de Federale Staat :

Pour l'Etat fédéral :

Mme M. DE BLOCK,

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
La Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique,

Voor de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaams Gewest :

J. VANDEURZEN,

De Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Pour la Région Wallonne :

M. PREVOT,

Le Ministre des Travaux publics, de la Santé, de l'Action sociale et du Patrimoine

Pour la Communauté Française :

R. DEMOTTE,

Le Ministre-Président de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Mme J. MILQUET,

La Vice-Présidente du Gouvernement
de la Fédération Wallonie-Bruxelles, Ministre de l'Education, de la Culture et de l'Enfance

Pour la Commission Communautaire Commune de Bruxelles-Capitale :
Voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad :

D. GOSUIN

Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM), chargé de la Politique de la Santé, de la Fonction publique, des Finances, du Budget, du Patrimoine et des Relations extérieures

G. VANHENGEL,

Lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, belast met Gezondheidsbeleid

Pour le collège de la Commission Communautaire Française de Bruxelles-Capitale :
Voor het College van de Franse Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest :

C. JODOGNE,

Membre du Collège de la Commission communautaire française, compétente pour la Politique de Santé

Für die Deutschsprachige Gemeinschaft :
Pour la Communauté germanophone :

A. ANTONIADIS,

Minister der Deutschsprachigen Gemeinschaft für Familie, Gesundheit und Soziales

—
Note

(1) La classification fonctionnelle des patients telle que proposée par Kaiser Permanente illustre bien cette approche.

—
Nota

(1) De functionele classificatie van patiënten zoals door Kaiser Permanente gepubliceerd werd kan daarbij een hulpmiddel zijn.

**SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

[C – 2015/24117]

Déclaration conjointe du 30 mars 2015 relative à la mise en œuvre du point d'action 17 du plan d'action e-Santé 2013-2018 en ce qui concerne la création d'un guichet digital unique et la suite du développement d'une banque de données "CoBRHA" pour les établissements de soins et les professions des soins de santé

Vu la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme e-Health;

Vu le Protocole d'accord signé le 29 avril 2013 entre l'Etat fédéral, la Communauté flamande, la Communauté française, la Communauté germanophone, la Commission communautaire commune, la Région wallonne et la Commission communautaire française en vue d'un échange et partage électronique d'informations et de données optimal entre les acteurs du secteur de la santé et du bien-être et de l'aide aux personnes, ci-après nommé « protocole e-Health du 29 avril 2013 »;

Considérant que la sixième réforme de l'État a transféré de nouvelles compétences en matière de santé publique vers les entités fédérées;

Considérant que certaines matières relatives à la politique de la santé continuent à relever de la compétence de l'autorité fédérale;

Considérant que pour pouvoir assumer correctement leurs compétences, les différents niveaux de pouvoir doivent pouvoir échanger et partager des informations et données;

Considérant que la législation européenne et nationale impose à l'administration de ne demander les données qu'une seule fois à ses clients, tant les citoyens que les entreprises, basé sur le principe du « only once »;

Considérant que la volonté des autorités est de mettre en place une gestion de l'e-Santé, où le client occupe la place centrale et a, à sa disposition, des applications « user friendly »;

Considérant que tant l'Etat fédéral que les Communautés, la Commission communautaire commune, la Commission communautaire française et la Région wallonne souhaitent promouvoir un partage d'information électronique sécurisé entre tous les acteurs du secteur de la santé et du bien-être et de l'aide aux personnes, dans le respect de la protection de la vie privée et du secret professionnel médical,

Il est convenu ce qui suit :

CHAPITRE 1^{er}. — *Objectifs*

Article 1^{er}. A travers cette Déclaration conjointe, la Conférence Interministérielle de la Santé Publique veut donner exécution à l'action 17 du plan e-santé 2013-2018.

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

[C – 2015/24117]

Gemeenschappelijke Verklaring van 30 maart 2015 inzake de uitvoering van actiepunt 17 van het actieplan e-gezondheid 2013-2018 met betrekking tot de creatie van een uniek digitaal loket en de verdere ontwikkeling van de gegevensbank "CoBRHA" voor gezondheidinstellingen en gezondheidszorgberoepen

Gelet op de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het e-Health-platform;

Gelet op het Protocolakkoord van 29 april 2013 tussen de Federale overheid, de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap, de Duitstalige Gemeenschap, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, het Waals Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie met het oog op het optimaal elektronisch uitwisselen en delen van informatie en gegevens tussen de actoren bevoegd inzake de gezondheids- en welzijnssector en de bijstand aan personen, hierna het e-Health-protocol van 29 april 2013 genoemd;

Overwegende dat in het kader van de zesde Staatshervorming nieuwe bevoegdheden inzake Volksgezondheid naar de deelstaten werden overgedragen;

Overwegende dat bepaalde materies betreffende het gezondheidsbeleid onder de bevoegdheid van de federale overheid zijn blijven ressorteren;

Overwegende dat, om hun bevoegdheden goed te kunnen uitoefenen, de verschillende bevoegdheidsniveaus informatie en gegevens moeten kunnen uitwisselen en delen;

Overwegende dat in de Europese en nationale wetgeving de administratie wordt opgedragen om de gegevens aan haar cliënten, zowel burgers als ondernemingen, slechts éénmalig op te vragen, gebaseerd op het « only once »-principe;

Overwegende dat de wil van de overheden erin bestaat een e-Health beheer te organiseren waarbij de cliënt een centrale plaats heeft en gebruikersvriendelijke programma's ter beschikking heeft;

Overwegende dat zowel de Federale overheid als de Gemeenschappen, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de Franse Gemeenschapscommissie en het Waals Gewest, het delen van beveiligde elektronische informatie tussen alle actoren bevoegd inzake de gezondheids- en welzijnssector en de bijstand aan personen wil bevorderen met inachtneming van de persoonlijke levenssfeer en het medisch beroepsgeheim,

Wordt overeengekomen wat volgt :

HOOFDSTUK 1. — *Doelstellingen*

Artikel 1. Via deze Gemeenschappelijke Verklaring wil de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid uitvoering geven aan actie 17 van het e-gezondheidsplan 2013-2018.