KCE REPORT 346As

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SAMENVATTING

ZORGINTEGRATIE BIJ KWETSBARE OUDEREN IN BELGIË: EEN EVALUATIE VAN DE DERDE FASE VAN PROTOCOL 3

KCE REPORT 346As
HEALTH SERVICES RESEARCH

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SAMENVATTING

ZORGINTEGRATIE BIJ KWETSBARE OUDEREN IN BELGIË: EEN EVALUATIE VAN DE DERDE FASE VAN PROTOCOL 3

JUSTIEN CORNELIS, MELISSA DESMEDT, ESTHER CHEVALIER, OLIVIER CAMALY, WENDY CHRISTIAENS

2021 www.kce.fgov.be

VOORWOORD

Onze bevolking vergrijst, en dat is geen nieuw gegeven. Al sedert de jaren ‘90 zoeken de beleidsmakers naar creatieve oplossingen om de nakende vergrijzingsgolf op te vangen. In de ouderenzorg werden doorheen de jaren allerlei maatregelen voorgesteld, waarbij ook aandacht ging naar het feit dat ouderen zo lang mogelijk thuis zouden moeten kunnen blijven - een wens van velen onder hen.

In 2009 zagen de zogenaamde “Protocol 3-conventies” het licht, waarbij een oproep gelanceerd werd voor projecten voor kwetsbare ouderen met complexe zorgnoden. Er werd tijdelijke financiering voorzien voor een aanbod van geïntegreerde, multidisciplinaire zorg, dat vernieuwend moest zijn en waarvoor nog geen financiering mocht bestaan in het kader van de nationale ziekteverzekering. De aangeboden zorg zou moeten toelaten om opname in een rusthuis of een rust- en verzorgingstehuis te vermijden of uit te stellen. De oproep viel niet in dovemans oren, en uitzonderlijke vormen van begeleiding werden voor deze kwetsbare doelgroep en hun mantelzorgers opgestart, zoals psychologische begeleiding aan huis, of ergotherapeutisch advies om de thuisomgeving veiliger te maken en valincidenten te voorkomen.

Intussen loopt sedert april 2019 de derde fase van deze conventies, en aan het KCE werd gevraagd om op korte termijn een evaluatie van de projecten in deze fase op te starten, ter ondersteuning van een beslissing over hun verdere financiering. De initiële doelstelling om op basis van kwantitatieve gegevens de effectiviteit en de kosteneffectiviteit te bepalen, bleek daarbij niet haalbaar. De hoofdreden was het ontbreken van data over adequate uitkomsten van de geboden zorg, zowel voor de ouderen die genieten van deze zorg als voor een vergelijkingsgroep die de zorg niet kreeg. Het uitvoeren van een dergelijke studie zou talrijke methodologische uitdagingen gesteld hebben, en de resultaten zouden ook pas over aanzienlijke tijd beschikbaar zijn. Het onderzoek focust zich dan ook op een kwalitatieve bevraging van de partners betrokken in deze Protocol 3-projecten, en beschrijft hun perceptie en ervaringen.

De conclusies van dit rapport moeten dan ook in dit licht gelezen worden. Hoewel harde bewijzen dus ontbreken, konden toch interessante vaststellingen gedaan worden, die inzicht bieden in succesfactoren en beperkingen van de geïntegreerde zorg zoals deze geboden wordt in de Protocol 3-projecten. Hopelijk kan dit er toe bijdragen dat meer ouderen met complexe zorgnoden in goede omstandigheden thuis kunnen blijven wonen.

Christophe JANSSENS

Adjunct Algemeen Directeur a.i.

Marijke EYSSEN

Algemeen Directeur a.i.

KERN-BOODSCHAPPEN

- Het Belgische Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) ondersteunt sinds 2010 innovatieve pilootprojecten in de thuiszorg voor ouderen met complexe zorgnoden via de zogenaamde Protocol 3-conventie. De doelstelling van de Protocol 3-conventie is om kwetsbare ouderen langer kwaliteitsvol thuis te laten wonen en opname in een residentiële setting te vermijden, of de overgang minstens uit te stellen of te verzachten.
- Dit moet hand in hand gaan met een zo laag mogelijke zorgbelasting voor de mantelzorgers door hun kwaliteit van leven mee te ondersteunen. Daarnaast moet afgestemde zorg worden geleverd op basis van een holistische benadering van de gezondheidstoestand van de cliënt. Met het oog op preventie, is het belangrijk om een veilige thuissituatie (zowel overdag als 's nachts) te creëren en zo crisissituaties op cliëntniveau (bv. valincidenten) te vermijden.
- Vanaf de start was de conventie beperkt in tijd en men zou in 2012 beslissen over het al dan niet structureel verankeren van Protocol 3-projecten. Door de aanslepende regeringsvorming werd deze beslissing uitgesteld, en werd in 2013 de tweede fase van de Protocol 3-conventie gestart. Deze zou uiteindelijk doorlopen tot 2019. In tussentijd vond de zesde staatshervorming plaats, veranderde de politieke context en moest, door een overgangsregering, een nieuwe beslissing over de Protocol 3-projecten genomen worden. Dit leidde tot de lancering van de derde fase van de Protocol 3-conventie.
- In deze studie maakt het KCE een evaluatie van deze derde fase in het licht van de doelstellingen van de conventie. Het onderzoek werd uitgevoerd aan de hand van een kwalitatieve bevraging van een groot aantal betrokkenen binnen de Protocol 3-projecten, namelijk de leden van de stuurgroep van het RIZIV, coördinatoren van de projecten, zorgprofessionals die in Protocol 3-initiatieven werken en cliënten en hun mantelzorgers. Zij zijn van mening dat doorheen de verschillende fasen van Protocol 3 voldaan wordt aan de doelstellingen beschreven in de conventie. Ze benadrukken wel dat tijdens de derde fase de haalbaarheid van deze doelen sterk onder druk is gekomen. Daardoor komt de duurzaamheid van Protocol 3-projecten in het gedrang.
- Onder meer wordt de toegang tot Protocol 3-interventies sterk belemmerd door geografische onevenwichten die verband houden met het projectmatige karakter van Protocol 3. Daarnaast zijn, volgens de geïnterviewden, de toegangscriteria te selectief sinds de start van de derde fase van de Protocol 3-conventie. Die criteria komen, volgens hen, niet langer overeen met de klinische realiteit en ze zetten te weinig in op een preventieve aanpak. Ze richten zich bovendien in hoofdzaak op het 'instrumenteel dagelijks functioneren' van cliënten, hetgeen slechts een beperkt aspect is van hun volledige gezondheidstoestand.
- In de derde fase van Protocol 3 werd overgeschakeld van een enveloppefinanciering naar een prestatiefinanciering met door de overheid opgelegde voorwaarden. Volgens de bevraagden bracht dit ook extra administratieve lasten met zich mee waarvoor weinig of geen ondersteuning werd geboden vanuit de

overheid. De zorgorganisaties moesten hiervoor beroep doen op hun eigen middelen. De deelnemers geven aan terug te willen keren naar een vorm van financiering die de initiële principes van waaruit Protocol 3-pilootprojecten werden gelanceerd, meer ondersteunt.

- De coördinatoren en zorgverleners zijn van mening dat de tijdseenheden in fase drie van de conventie niet in overeenstemming zijn met de noodzakelijke zorg voor zeer zorgbehoevende cliënten. Bovendien is, volgens hen, een doorlooptijd van zes maanden onvoldoende om een duurzame verbetering van de levenskwaliteit van cliënten en hun mantelzorgers te bereiken. Projectcoördinatoren hebben het gevoel dat zij zeer creatief moeten zijn om een hoog niveau van zorg te bieden binnen de setting van de conventie.
- Het verlenen van multidisciplinaire zorg en interprofessionele samenwerking vraagt om interventies en ondersteuning waarin Protocol 3 aan het onderzoek in de derde fase niet langer voorziet, menen deelnemers aan de bevraging. Evenmin werden er volgens hen voldoende middelen uitgetrokken voor educatieve activiteiten en trainingen van zorgprofessionals. Daarnaast hebben Protocol 3-projecten een onduidelijke toekomst, wat leidt tot werkonzekerheid en een gebrek aan concurrentiële arbeidsvoorwaarden voor de medewerkers. Dat draagt volgens hen bij tot een groot personeelsverloop, discontinuïteit in de zorgverlening, demotivatie in zorgteams en een verlies aan kennis en zorgcompetenties binnen de projecten. Ook steeds meer zorgorganisaties zijn in de loop van Protocol 3 afgehaakt of hebben de intentie om af te haken.
- Niettegenstaande dit alles, komt volgens de bevraagden Protocol 3 inherent tegemoet aan minstens vier pijlers van het Quintuple Aim model voor zorgintegratie. Met name (1) het verbeteren van de zorgervaring van cliënten, (2) het verbeteren van de gezondheidstoestand van de populatie, (3) het creëren van meerwaarde voor de zorgprofessionals en (4) sociale rechtvaardigheid (billijkheid) en inclusie. Over de vijfde pijler – (kosten)effectiviteit van de projecten en/of de creatie van meer ‘(economische) waarde’ – kon in dit onderzoek geen uitspraak worden gedaan, omwille van de gekozen methodiek.
- Tot slot vinden de coördinatoren en de zorgprofessionals dat ze er wel in geslaagd zijn te innoveren, elkaar te leren kennen en in een sfeer van vertrouwen nauw samen te werken over zorgberoepen en zorglijnen heen. Hierdoor brachten ze afgestemde zorg, die tegemoetkomt aan de behoeften van de rechthebbenden en hebben ze de doelstellingen van Protocol 3 verwezenlijkt. Zij hebben, volgens hen, volop ingezet op de toegevoegde waarde van interprofessionele samenwerking en integratie van zorg. Daarom pleiten alle betrokken zorgactoren voor een structurele inbedding van dit type van zorgintegratie voor thuiswonende ouderen met complexe zorgbehoeften.

INHOUDSTAFEL

■ **VOORWOORD** **1**
■ **KERN- BOODSCHAPPEN** **2**
1. INLEIDING **6**
1.1. DE UITDAGINGEN VAN EEN VEROUDERENDE BEVOLKING 6
1.2. PERSOONSGERICHTE ZORGINTEGRATIE 6
1.3. CONVENTIE EN PILOOTPROJECTEN 6
1.3.1. Protocolakkoorden en eerste Protocol 3-oproep 6
1.3.2. Vervolgfasen binnen Protocol 3 7
1.4. DOEL VAN DEZE KCE-STUDIE 8
1.5. INHOUD EN VOORWAARDEN VAN DE PROTOCOL 3-CONVENTIE IN FASE DRIE 8
1.6. KENMERKEN VAN DE GOEDGEKEURDE PROTOCOL 3-PROJECTEN IN FASE DRIE 9
2. ACHTERGROND BIJ DEZE STUDIE **11**
2.1. EEN KWALITATIEF ONDERZOEK 11
2.2. INTERVIEWGIDS 11
2.3. NARRATIEVE BESCHRIJVING VAN DE BEVRAGINGEN PER GROEP EN VERDERE ANALYSES 12
2.4. BEPERKINGEN VAN DIT ONDERZOEK 12
2.4.1. Selectie van respondenten 12
2.4.2. Onderzoek naar structuren en processen 12
3. ANALYSE EN BESPREKING VAN DE RESULTATEN **13**
3.1. BELEID EN PROTOCOL 3 13
3.1.1. Evolutie doorheen de verschillende fasen 13
3.1.2. Andere initiatieven die integratie van zorg ten goede komen 13
3.2. VERBANDEN TUSSEN KERNVARIABELEN VAN PROTOCOL 3 OP SYSTEEM-, DIENST- EN CLIËNTNIVEAU 14

3.2.1. Euvels op systeemniveau 14
3.2.2. Interprofessionele samenwerking onder druk 16
3.2.3. Hefbomen voor ombuiging 16
3.3. BEVINDINGEN EN PRAKTISCHE RANDVOORWAARDEN VOOR EEN BETERE ZORGINTEGRATIE VOOR EEN THUISWONENDE OUDERE POPULATIE MET COMPLEXE ZORGBEHOEFTEN 16
3.3.1. Inclusie in een Protocol 3-project 16
3.3.2. Een zorgplan op maat met een focus op interprofessionele samenwerking 17
3.3.3. Casemanagement en zorgeducatie voor de rechthebbende 18
3.3.4. Nachtcontrolebezoeken 18
3.3.5. Ergotherapie 18
3.3.6. Psychologische follow-up 19
3.3.7. Groepsessies mantelzorgers 19
3.3.8. Oog hebben voor samenhang 20
3.4. EVALUATIE VAN PROTOCOL 3 MET BEHULP VAN EEN META-EVALUATIE-INSTRUMENT 21
3.4.1. Het evaluatiekader 21
3.4.2. Werkzaamheid, efficiëntie en doeltreffendheid van Protocol 3 21
3.5. PROTOCOL 3 IN HET KADER VAN HET ‘*QUINTUPLE AIM OF HEALTH CARE*’ 22
■ **AANBEVELINGEN 25**
■ **REFERENTIES 27**

1. INLEIDING

1.1. De uitdagingen van een verouderende bevolking

De vergrijzing van de bevolking vormt een belangrijke uitdaging voor de samenleving en de gezondheidszorg. Volgens een recente demografische prognose van het Federaal Planbureau zal het aandeel van de 67-plussers in de totale Belgische bevolking stijgen van ongeveer 17% in 2019 naar 24% in 2070.[1]

Hoewel in de afgelopen decennia de algemene levensverwachting sterk is toegenomen, is de 'gezonde levensverwachting' veel minder snel gestegen. Dit resulteert in meer mensen die langer lijden aan (chronische) aandoeningen en/of beperkingen.[2] Zo leeft in België momenteel 21% van de 65-plussers met één of meerdere chronische aandoeningen.[3] Dat betekent ook dat veel ouderen complexe zorgbehoeften hebben: ze vragen langdurige zorg, verleend door een verscheidenheid aan zorgverleners, zowel thuis als in zorginstellingen (woonzorgcentra of ziekenhuizen).

Toch koesteren ook ouderen met complexe zorgbehoeften de wens om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Dat blijkt onder meer uit een bevraging van de Koning Boudewijnstichting bij een representatieve groep van meer dan 2 000 Belgen tussen 60 en 85 jaar.[4] De respondenten vinden het moeilijk om hun vertrouwde woning in te ruilen voor een kleinere woning of een andere woonvorm (bv. verhuizen naar een woonzorgcentrum). Ze blijven liever in hun eigen thuisomgeving, zelfs als ze zorg en ondersteuning nodig hebben.

Ageing in Place

Door de uitdagende vergrijzing en de wens van hulpbehoevende ouderen om zo lang mogelijk in de eigen omgeving te blijven, is het noodzakelijk om nieuwe zorgconcepten, zorgprogramma's en ondersteunende diensten te ontwikkelen.

Hiervoor lanceerde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) het concept ageing in place.[5] De WHO definieert de term als: *'tegemoetkomen aan de wens en het vermogen van mensen om, door middel van het aanbieden van passende diensten en hulp, relatief zelfstandig in de gemeenschap te blijven wonen in hun huidige woning'*.[6] Het concept wordt inmiddels zeer breed gebruikt door zorgprofessionals en overheden wereldwijd.

1.2. Persoonsgerichte zorgintegratie

Om de doelstellingen van 'ageing in place' voor ouderen met complexe zorgbehoeften te bereiken, zijn interventies van meerdere professionele gezondheids- en welzijnswerkers nodig, over de zorglijnen heen, meestal in samenhang met hulp gegeven door mantelzorgers.[3] Dit laatste is zorg verleend door niet-professionelen zoals een familielid, vriend en/of buur.

Die gecombineerde ondersteuning wordt '*integratie van zorg'* genoemd, ook gedefinieerd als *'het beheer en de verlening van gezondheidsdiensten zodat cliënten een continuüm van preventieve en curatieve diensten ontvangen, overeenkomstig hun veranderende behoeften in de loop van de tijd en over verschillende niveaus van het gezondheidssysteem heen'*.[7]

Ook de WHO roept op tot een fundamentele verschuiving naar meer geïntegreerde, persoonsgerichte gezondheidsdiensten. Een geïntegreerd zorgsysteem lijkt geschikter om de uitdagingen aan te gaan die vooral chronische ziekten met zich meebrengen en om oudere mensen met complexe zorgbehoeften op een gepaste manier te ondersteunen.[7, 8]

1.3. Conventie en pilootprojecten

1.3.1. Protocolakkoorden en eerste Protocol 3-oproep

Met als doel een samenhangend beleid te voeren op vlak van ouderenzorg sloten de Belgische federale en gefedereerde regeringen (gewesten en gemeenschappen) drie opeenvolgende protocolakkoorden (1997, 2003 en 2005). Het protocolakkoord van 2005 spitste zich toe op de reconversie van 28 000 bedden van rust-en-verzorgingstehuizen en rusthuisbedden en de

bekrachtiging om 20% van de middelen te besteden aan de creatie van alternatieve en ondersteunende zorgvormen voor kwetsbare ouderen.[9]

Op basis van dit derde protocolakkoord lanceerde het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) in 2009 een financieringsprogramma, genaamd Protocol 3, met daaraan gekoppeld een oproep voor initiatieven van zorgaanbieders.[10] De initiatieven moesten interventies uitwerken voor ouderen die kwetsbaar zijn door chronische aandoeningen en een multidisciplinaire aanpak nodig hebben. Voor de voorgestelde interventies mocht geen vergoeding vanuit de verplichte zorgverzekering bestaan. Ze moesten gericht zijn op het voorkomen of uitstellen van een opname in een woonzorgcentrum of een andere residentiële zorginstelling.

De overheid koos voor een 'bottom-up'-benadering. Dit wil zeggen dat in de eerste fase van de Protocol 3-conventie zorgverleners en zorgorganisaties zelf interventies konden opnemen en uitwerken die zij nuttig achtten voor de doelgroep op basis van hun ervaring op het terrein. De overheid wilde met Protocol 3 zorgvernieuwing stimuleren, zorgintegratie en samenwerking versterken en uiteindelijk zelf leren van deze initiatieven geënt op de praktijk.

De projecten werden door het RIZIV ondersteund vanuit het wettelijk kader voor 'pilootprojecten' (Art. 56) via een enveloppefinanciering.

Vanuit dit opzet werden zorgverleners en zorgorganisaties sterk gemotiveerd tot samenwerking en het creëren van innovatie in de zorg. Ze legden contacten met elkaar, leerden elkaars werking kennen, men kreeg vertrouwen in elkaar maar ook in de overheid, collegialiteit werd gestimuleerd, en interprofessioneel samenwerken en zorgintegratie werden versterkt.

In totaal werden in de eerste fase 66 projecten gefinancierd. Deze projecten boden verschillende zorginterventies aan zoals nachtcontrolebezoeken, ergotherapie, psychologische ondersteuning en casemanagement.

Over een periode van drie jaar werd zorg verleend aan meer dan 10 000 cliënten en meer dan 270 voltijdsequivalenten (VTE) waren betrokken bij de interventies die door deze Protocol 3-projecten werden aangeboden. In de loop van deze eerste fase werden 13 Protocol 3-projecten stopgezet en twee projecten werden samengevoegd.

1.3.2. Vervolgfasen binnen Protocol 3

De conventie was echter beperkt in de tijd. Op basis van een wetenschappelijke evaluatie[11] zou men in 2012 beslissen over het al dan niet structureel verankeren van Protocol 3-projecten. Door een langdurige regeringsvorming werd deze beslissing echter uitgesteld. Uiteindelijk werd besloten om de projecten verder te zetten in een tweede piloot-fase.[12, 13] In deze fase waren het kader en de voorwaarden gelijkaardig aan de eerste fase. Aan het begin van de tweede fase werd opnieuw een einddatum vastgelegd en werd een evaluatie opgestart om de (kosten)effectiviteit van de projecten te meten.

Ondertussen veranderde echter de Belgische politieke context. Zo vond in 2014 de zesde staatshervorming plaats die de bevoegdheden over de gezondheidszorg herverdeelde. Daarnaast trad op federaal niveau een nieuwe minister van Volksgezondheid aan.

Eind 2017 moest er opnieuw beslist worden over het voortbestaan van de Protocol 3-projecten op basis van de voorgestelde wetenschappelijke evaluatie en een reeks geformuleerde aanbevelingen voor verbeteringen.[14, 15]Ook toen moest deze beslissing genomen worden door een overgangsregering.

De ervaringen en percepties van de ondervraagde betrokkenen over het behalen van de vooropgestelde doelen van Protocol 3 waren positief. Ook cliënten hadden het idee dat zorginterventies in het kader van Protocol 3 voldeden aan hun noden. Toch bleek het moeilijk om op basis van kwantitatief onderzoek deze uitkomsten te objectiveren en dus hun (kosten)effectiviteit in te schatten.[14-17]

Op basis van deze conclusies beval een werkgroep bij het Verzekeringscomité van het RIZIV aan om geen verlenging door te voeren, maar om in overleg met de beleidscel van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid een nieuw voorstel uit te werken. Dit leidde uiteindelijk tot de derde fase van Protocol 3. Deze ging in vanaf april 2019 en zou eindigen

in juni 2021. In afwachting van de voorliggende evaluatie werd fase drie verlengd tot eind 2022.

Wel werden de voorwaarden van de Protocol 3-conventie grondig gewijzigd. Zo werd het wettelijk kader aangepast (van Art 56 naar een 'contract' onder Art 22 & 23), en wijzigden de voorwaarden en financieringsvorm (zie secties 1.5 en 3.1).

1.4. Doel van deze KCE-studie

In deze studie maakt het KCE, op vraag van het RIZIV, een evaluatie van de derde fase van de Protocol 3-conventie in het licht van de doelstellingen van de conventie. Dit wordt gedaan aan de hand van ervaringen en percepties van verschillende betrokkenen bij Protocol 3-initiatieven. Dit zijn met name de leden van de stuurgroep van het RIZIV, de coördinatoren van de projecten, zorgprofessionals die in Protocol 3-initiatieven werken én cliënten ('de zogenaamde rechthebbenden') en hun mantelzorgers.

Tevens formuleert het KCE een advies op de vraag of de conventie al dan niet moet worden gehandhaafd zoals ze nu bestaat en aan welke randvoorwaarden er moet voldaan worden om Protocol 3-zorginterventies verder te ondersteunen.

1.5. Inhoud en voorwaarden van de Protocol 3-conventie in fase drie

In fase drie van de Protocol 3-conventie werden vier basisinterventies opgenomen voor vergoeding:

- **De initiële module** die de beoordeling en opname van de cliënt op basis van vastgelegde inclusiecriteria inhoudt, met onder meer een verplicht gebruik van het BelRAI-instrument.[1]
- **Laag- of hoog-intensief casemanagement** gedurende het hele proces van de interventie. Bij minstens 50% van de cliënten moet het casemanagement worden opgenomen door een huisarts of verpleegkundige. In andere gevallen kan een sociaal assistent worden ingeschakeld.
- **Ergotherapie in de thuissituatie** vanuit een preventief en/of rehabiliterend perspectief.
- **Psychologische follow-up in de thuissituatie** met het oog op de verstrekking van gespecialiseerde psychologische ondersteuning.

De vier basisinterventies moeten door elk project worden aangeboden. Dit betekent echter niet dat elke cliënt in aanmerking komt voor elk van de basisinterventies.

Bij de overgang van fase twee naar fase drie werd door de projecten de specifieke terugbetaling voor een aantal bijkomende interventies gevraagd. Na evaluatie werden de volgende interventies goedgekeurd voor terugbetaling binnen de nieuwe Protocol 3-conventie:

- **Nachtcontrolebezoeken**

[1] BelRAI is een hulpinstrument voor zorgverleners en zorgorganisaties om op wetenschappelijk gevalideerde manier de noden en het functioneren van personen in een complexe zorgsituatie in te schatten en op te volgen (https://www.belrai.org).

- **Zorgeducatie voor de rechthebbende**
- **Groepssessies mantelzorger voor rechthebbenden met dementie**
- **Groepssessies ergotherapie**
- **Groepssessies psychologische follow-up**

Daarnaast werden de voorwaarden voor het indienen van een aanvraag aanzienlijk gewijzigd: alleen lopende initiatieven kwamen in aanmerking voor de derde fase, geografische grenzen werden geschrapt, projecten moesten voorzien in tenminste 2 voltijdsequivalenten, projecten moesten minstens alle basisinterventies (beoordeling, casemanagement, ergotherapie thuis en psychologische follow-up thuis) opnemen in hun aanbod, de inclusiecriteria voor cliënten werden aangescherpt, er kwam een beperking van de beroepsprofielen voor specifieke interventies en de financiering verliep niet langer via enveloppefinanciering maar via een vergoeding per prestatie (prestatiefinanciering).

Voor een gedetailleerde bespreking van de voorwaarden waaronder de interventies in de derde fase van Protocol 3 konden plaatsvinden, verwijzen we naar sectie 2.1 van het wetenschappelijke rapport.

1.6. Kenmerken van de goedgekeurde Protocol 3-projecten in fase drie

In het kader van deze derde fase van de Protocol 3-conventie werden overeenkomsten afgesloten met 19 projecten (twaalf in Vlaanderen, twee in Brussel, vier in Wallonië en één in de Duitstalige gemeenschap). Het aantal geïncludeerde cliënten per project (tot februari 2021) varieerde van 75 tot 685.

De administratieve coördinatie van de projecten is in hoofdzaak in handen van een woonzorgcentrum, een dienst voor ambulante verpleging, een vzw of een organisatie voor gezondheidsdiensten aan huis. Elk project biedt de basisinterventies aan, elf projecten bieden één of meer aanvullende interventies aan.

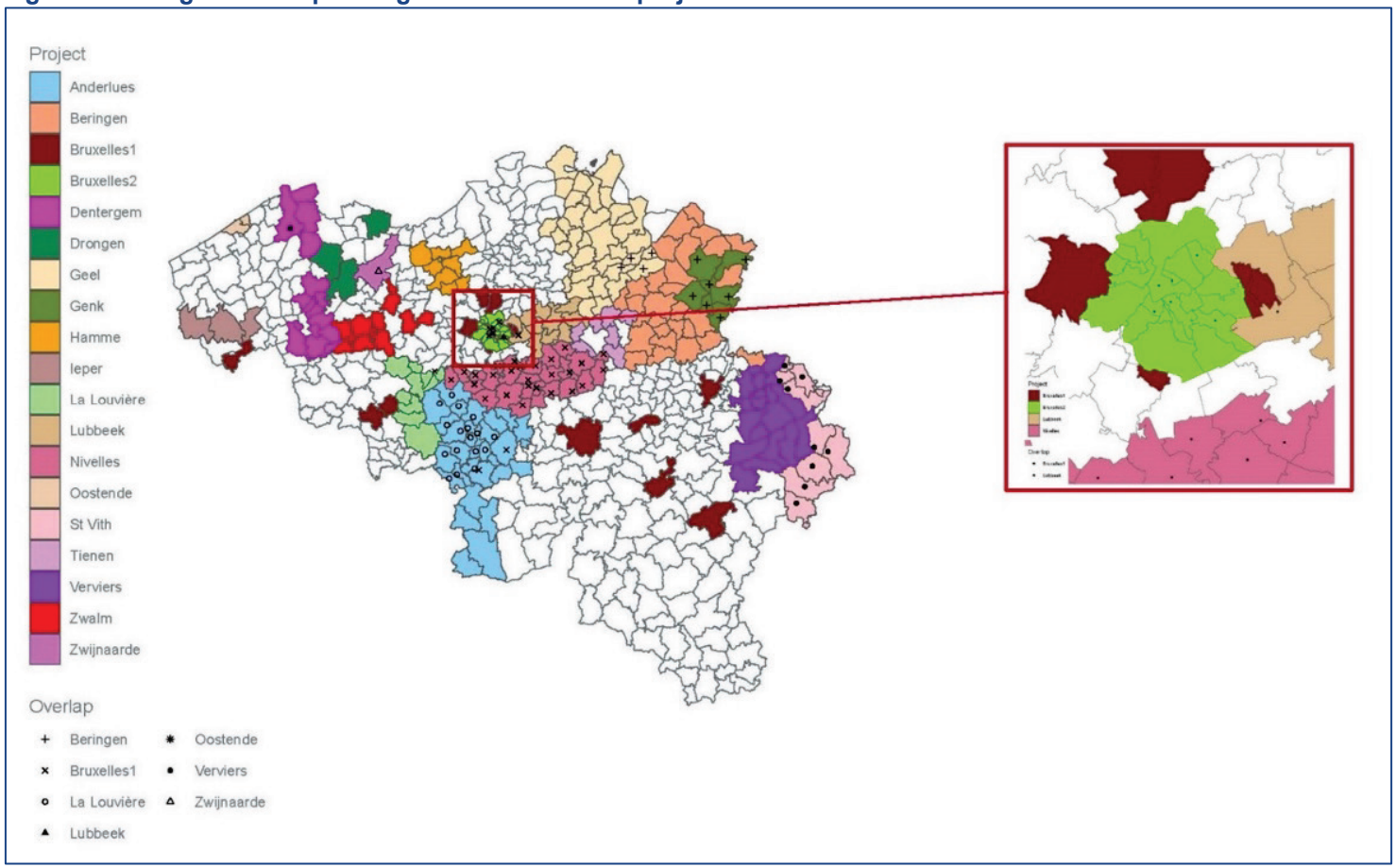
Een overzicht van de initiatieven, de interventies die ze aanbieden en het aantal geïncludeerde cliënten is opgenomen in sectie 2.3 van het wetenschappelijke rapport.

Een overzicht van de geografische spreiding van de 19 Protocol 3-projecten is weergegeven in Figuur 1. Opvallend is de onvolledige afdekking van het Belgische grondgebied door Protocol 3-projecten. Bovendien is het aanbod waarop hulpbehoevende ouderen een beroep kunnen doen verschillend van project tot project, ongeacht de inclusiecriteria die werden opgelegd/gehanteerd.

In 2019 werden er 2 592 rechthebbenden opgenomen in de Protocol 3-projecten. Rechthebbenden die al in fase twee waren opgenomen, moesten opnieuw worden ingeschreven in fase drie. Uit de gegevens blijkt dat het casemanagement zelden door een huisarts wordt uitgevoerd. In 80% van de gevallen neemt de verpleegkundige de rol van casemanager op zich. Groepssessies psychologische follow-up worden minder aangeboden in vergelijking met groepssessies ergotherapie, terwijl in de basisinterventies het omgekeerde wordt gezien (meer individuele psychologische follow-up en minder individuele ergotherapie). Het grootste aantal terugbetalingseenheden en de grootste uitgaven zijn voor de nachtcontrole bezoeken. Rechthebbenden kunnen gedurende een onbeperkte periode nachtcontrole ontvangen en per nacht kunnen 1 tot 3 eenheden worden vergoed.

Sinds 2015 worden jaarlijks minder middelen uitgetrokken voor Protocol 3-projecten. Tijdens de laatste conventie werd echter een onderbenutting van de middelen gemeld: in 2020 werd bijvoorbeeld slechts 67% van de middelen benut. Als redenen worden genoemd: een gebrek aan flexibiliteit in de regels, voorschriften en criteria voor de opname van cliënten, en moeilijkheden bij het vinden van voldoende personeel (zie bespreking hoofdstuk 3 in deze synthese).

Figuur 1 – Geografische spreiding van de Protocol 3-projecten in fase drie



2. ACHTERGROND BIJ DEZE STUDIE

2.1. Een kwalitatief onderzoek

In deze studie maakt het KCE een evaluatie van de derde fase van de Protocol 3-conventie in het licht van de doelstellingen van die conventie.

In samenspraak met het RIZIV, die de Protocol 3-conventie heeft uitgewerkt, werd beslist om de visies en ervaringen van de verschillende betrokkenen bij Protocol 3 projecten te verzamelen door middel van (online) face-to-face, semigestructureerde interviews en online focusgroepen voor de zorgverleners.

Volgende vier groepen van actoren werden bevraagd:

- **Leden van de stuurgroep van het RIZIV** (7 leden; 5 interviews) – zij kunnen algemene informatie geven over de opstart en evolutie van de initiatieven. Zij volgden de projecten strategisch op, stuurden hen bij en gaven advies over de regels en financiering binnen de conventie.
- **Coördinatoren van de Protocol 3-projecten** (35 deelnemers; 19 interviews) – zij kunnen meer diepgaande informatie verstrekken over elk individueel project, het management van de gezondheidswerkers die in hun specifieke project werken en de behoeften van hun verzorgde cliënten. Maar ook over de relatie met de overheid kunnen zij waardevolle toelichting geven.
- **Zorgprofessionals die binnen de Protocol 3-projecten werken** (42 deelnemers; 9 focusgroepen) – zij kunnen meer informatie geven over de dagelijkse werkervaring, de samenwerking met andere zorgprofessionals en de inhoud van de zorginterventies in relatie tot de behoeften van de cliënt.
- **Cliënten met hun mantelzorger(s)** (13 paren; 13 interviews) – zij kunnen uitleggen wat hun behoeften zijn en hoe zij vinden dat de Protocol 3-interventies daaraan zijn tegemoetgekomen.

De 37 interviews en 9 focusgroepen werden opgenomen, getranscribeerd en geanalyseerd volgens de methoden die vandaag gangbaar zijn in kwalitatief wetenschappelijk onderzoek. Voor een uitgebreide bespreking van de profielen van de respondenten en de gebruikte onderzoeksmethodieken verwijzen we naar respectievelijk secties 3.2 en 3.3 van het wetenschappelijke rapport.

2.2. Interviewgids

Volgende thema's werden met de bevraagde betrokkenen besproken:

- Hoe worden de aangeboden Protocol 3-interventies ervaren en voldoen ze aan de behoeften van cliënten en mantelzorgers?
- Wat zijn de waargenomen succesfactoren van de Protocol 3-initiatieven?
- Beantwoorden de aangeboden interventies aan de doelstellingen van de conventie?
- Wat zijn de waargenomen beperkingen van de Protocol 3-initiatieven en welke problemen hebben zich voorgedaan?
- Werden verbeteracties toegepast en hoe? Zijn er mogelijke oplossingen die de kwaliteit van de zorg, de integratie van de zorg en/of de interprofessionele samenwerking kunnen verbeteren om de doelstellingen van de conventie te verwezenlijken?

De gebruikte interviewgidsen zijn weergegeven als addendum bij het wetenschappelijke rapport.

2.3. Narratieve beschrijving van de bevragingen per groep en verdere analyses

In de hoofdstukken 4, 5, 6 en 7 van het wetenschappelijke rapport zijn de bevindingen opgenomen over wat de geïnterviewden per groep beschouwden als successen, moeilijkheden en tekortkomingen binnen Protocol 3, naast tal van ideeën om de vastgestelde problemen te remediëren.

Het zou ons te ver leiden om hierop verder in te gaan in deze synthese. Deze data vormen wel de basis voor verdere analyses die in deze synthese wordt samengevat in hoofdstuk 3.

2.4. Beperkingen van dit onderzoek

2.4.1. Selectie van respondenten

Dit KCE-onderzoek is gebaseerd op de percepties en ervaringen van verschillende betrokkenen bij Protocol 3-projecten. Een benadering die aansluit bij de vernieuwende trend om te leren vanuit de praktijkervaring van actoren om gezondheidszorg te organiseren.[18, 19]

De interviews met cliënten en mantelzorgers werden in paar afgenomen. In bijna de helft van die interviews was de cliënt echter nauwelijks in staat om inhoudelijk bij te dragen vanwege zijn of haar kwetsbare toestand. Het ging dan bijvoorbeeld om palliatieve cliënten, cliënten met een beroerte, mensen met dementie e.a.

Het kan als een beperking worden gezien dat slechts 13 ‘cliënt/mantelzorger’-paren konden bevraagd worden. Tal van acties werden ondernomen om meer cliënten en mantelzorgers te betrekken bij het onderzoek. De kwetsbaarheid en de leeftijd van de cliënten, samen met de beperkingen opgelegd door COVID-19 (i.e. online interview) hebben het selectieproces sterk bemoeilijkt.

Bij de samenstelling van de focusgroepen waren sommige zorgprofessionals minder sterk vertegenwoordigd (bv. gezondheidsvoorlichters).

Ondanks deze beperkingen kwamen bij alle betrokkenen vergelijkbare thema's naar voren, die vanuit verschillende invalshoeken werden uitgewerkt. Hoewel het aantal interviews en het aantal deelnemers beperkt was, zijn wij toch van mening dat verzadiging van de gegevens is bereikt.

We stelden geen specifieke vragen in verband met de eerste en tweede fase van de conventie, maar veel actoren maakten de vergelijking spontaan.

2.4.2. Onderzoek naar structuren en processen

Met deze studie hebben wij geen evaluatie gemaakt van de kosteneffectiviteit van de projecten van Protocol 3, aangezien dit onmogelijk is binnen het opzet van dit onderzoek en de gekozen methodologie. Om een kosteneffectiviteitsstudie uit te voeren, is een beoordeling nodig van uitkomsten en eindpunten, zoals onder andere kwaliteit van leven en kosten, zowel bij cliënten die de interventie(s) kregen als bij cliënten die dit niet kregen om de impact van de interventie(s) te kunnen evalueren. Dit vereist het opzetten en invoeren van een evaluatieprotocol vóór de opzet van de projecten, hetgeen niet was gebeurd en waardoor de noodzakelijke gegevens om een kosteneffectiviteitsanalyse uit te voeren ontbraken.

De conclusies die we formuleren, moeten in dit licht worden gezien. Dit betekent dat we geen harde bewijzen kunnen voorleggen over de uitkomsten van Protocol 3-interventies. Dat betekent dat we de effectiviteit van Protocol 3-interventies voor het verbeteren van levenskwaliteit of het vermijden/uitstellen van residentiële zorg niet kunnen objectiveren. We hebben wel gezocht naar convergenties en divergenties tussen de geïnterviewde betrokkenen. Deze aanpak maakte het mogelijk om informatie te verzamelen over gepaste structuren en processen voor het leveren van afgestemde, continue en geïntegreerde zorg aan kwetsbare ouderen.

3. ANALYSE EN BESPREKING VAN DE RESULTATEN

Op basis van de gegevens uit de interviews en de focusgroepen werden vier analyses uitgevoerd. Deze zijn achtereenvolgens:

- De identificatie van kernvariabelen van Protocol 3 op systeem-, dienst- en patiëntniveau, inclusief de onderlinge samenhang van deze variabelen (sectie 3.2)
- Analyse van een reeks interventies en praktische randvoorwaarden voor een betere zorgintegratie voor thuiswonende ouderen met complexe zorgbehoeften (sectie 3.3)
- Een evaluatie van Protocol 3 met behulp van een meta-evaluatie-instrument voor RIZIV-conventies (sectie 3.4)
- Protocol 3 in het kader van het '*Quintuple Aim of health care'* (sectie 3.5)

Om de resultaten en bespreking van deze analyses beter te duiden, geven we in sectie 3.1 een kort overzicht van de evolutie van Protocol 3, zoals dit door de bevraagden werd ervaren, en van nieuwe overheidsinitiatieven rond zorgintegratie.

3.1. Beleid en Protocol 3

3.1.1. Evolutie doorheen de verschillende fasen

Gedurende de eerste fasen van Protocol 3 waren projecten vrij om interventies voor te stellen die zij geschikt achtten om aan de behoeften van de cliënten en de mantelzorgers te voldoen. Dit gaf hen de ruimte om te vernieuwen en om passende, op de cliënt afgestemde zorg, aan te bieden. Omdat afgestemde zorg voor mensen met complexe zorgbehoeften vaak de inzet van meerdere zorgprofessionals vraagt, werden de betrokken zorgverleners en zorgorganisaties zich bewuster van de meerwaarde van zorgintegratie en interprofessioneel samenwerken.

De derde Protocol 3-conventie werd gelanceerd in 2019 en verschilde aanzienlijk van de vorige fasen. Niet alleen legde het RIZIV een selectie van interventies op, ze voegde bovendien heel wat bijkomende voorwaarden toe in vergelijking met vorige fasen. Voorbeelden situeren zich op vlak van evaluatie (bv. gebruik van het BelRAI-instrument in de beoordelingsmodule), inclusiecriteria voor cliënten (op basis van BelRAI-scores), en geleverde interventies en handelingen (bv. beperkte tijdsduur van interventies, beperkt bedrag in eenheden gespecificeerd naar prestaties om te factureren, welke professional welke interventie mag en/of moet uitvoeren) (zie ook sectie 1.5)

Volgens de deelnemers verschoof op die manier de aanpak van de overheid van een bottom-up werkwijze in de eerste twee fasen naar een top-down benadering die specifieke voorwaarden en interventies oplegt. Daarnaast kwam er ook een omschakeling in de financiering van een enveloppe- naar een prestatiefinanciering.

3.1.2. Andere initiatieven die integratie van zorg ten goede komen

De Belgische overheden tonen, onafhankelijk van de politieke ideologie of de bevoegdheden, zich bereid om te investeren in zorgintegratie. Zo werden in 2018 proefprojecten rond 'geïntegreerde zorg voor chronische patiënten' opgestart.[20] Anderzijds bekrachtigde de zesde staatshervorming de oprichting van de hervorming van de eerstelijnszorg in Vlaanderen, van waaruit de eerstelijnszorgzones werden opgericht.

We vermelden deze twee sporen omdat alle bevraagde actoren pleiten voor een structurele inbedding van Protocol 3-zorg, en deze gesuggereerd werden. Er zijn echter nog andere initiatieven in België die als doel hebben om de integratie van zorg te bevorderen (zie Figuur 4 in het wetenschappelijke rapport) en die mogelijk openstaan voor inbedding van Protocol 3-zorg. Op basis van ons onderzoek kunnen we geen uitspraak doen in welk(e) bestaand(e) initiatief/initiatieven Protocol 3-zorg best zou verankerd worden.

Te meer daar het RIZIV ook in de toekomst verder wil inzetten op zorgintegratie en interprofessioneel samenwerken. In een persbericht van het RIZIV van 3 augustus 2021 werd gesteld dat interdisciplinaire

doelstellingen in de gezondheidszorg als basis zullen dienen voor de meerjarenbegroting (2022-2024).[21] Vijf domeinen werden geselecteerd als prioritaire initiatieven waarin geïnvesteerd moet worden, nl. (i) toegankelijkheid van de zorg, (ii) preventieve zorg en chronische ziekten, (iii) multidisciplinaire zorgtrajecten, (iv) zorgintegratie, en (v) geestelijke gezondheidszorg.

3.2. Verbanden tussen kernvariabelen van Protocol 3 op systeem-, dienst- en cliëntniveau

In een eerste analyse hebben we de kernvariabelen van Protocol 3 en hun onderlinge samenhang op systeem-, dienst- en cliëntniveau gevisualiseerd (Figuur 2- zie volgende pagina). Deze figuur geeft de dynamiek weer die gebeurtenissen op deze drie niveaus met elkaar verbindt.

3.2.1. Euvels op systeemniveau

Op het niveau van het systeem maken de respondenten vier belangrijke vaststellingen (op Figuur 2 genummerd van 1 tot en met 4):

- **De communicatie en samenwerking (1)** tussen de Protocol 3-projectcoördinatoren en de overheid beperkt zich volgens de bevraagden tot de uitwisseling van facturen en administratieve gegevens. Ook de communicatie over de verlenging van de conventie en over nieuwe ontwikkelingen of vereisten werd als ontoereikend ervaren.

  Volgens de deelnemers leidt dit tot een gebrek aan transparantie, een verlies aan vertrouwen tussen beide partijen, een gemiste kans om informatie uit te wisselen en om elkaar bij te staan bij het oplossen van problemen. Langetermijnplanning wordt erdoor belemmerd en het dagelijks beheer van Protocol 3-projecten wordt bemoeilijkt.

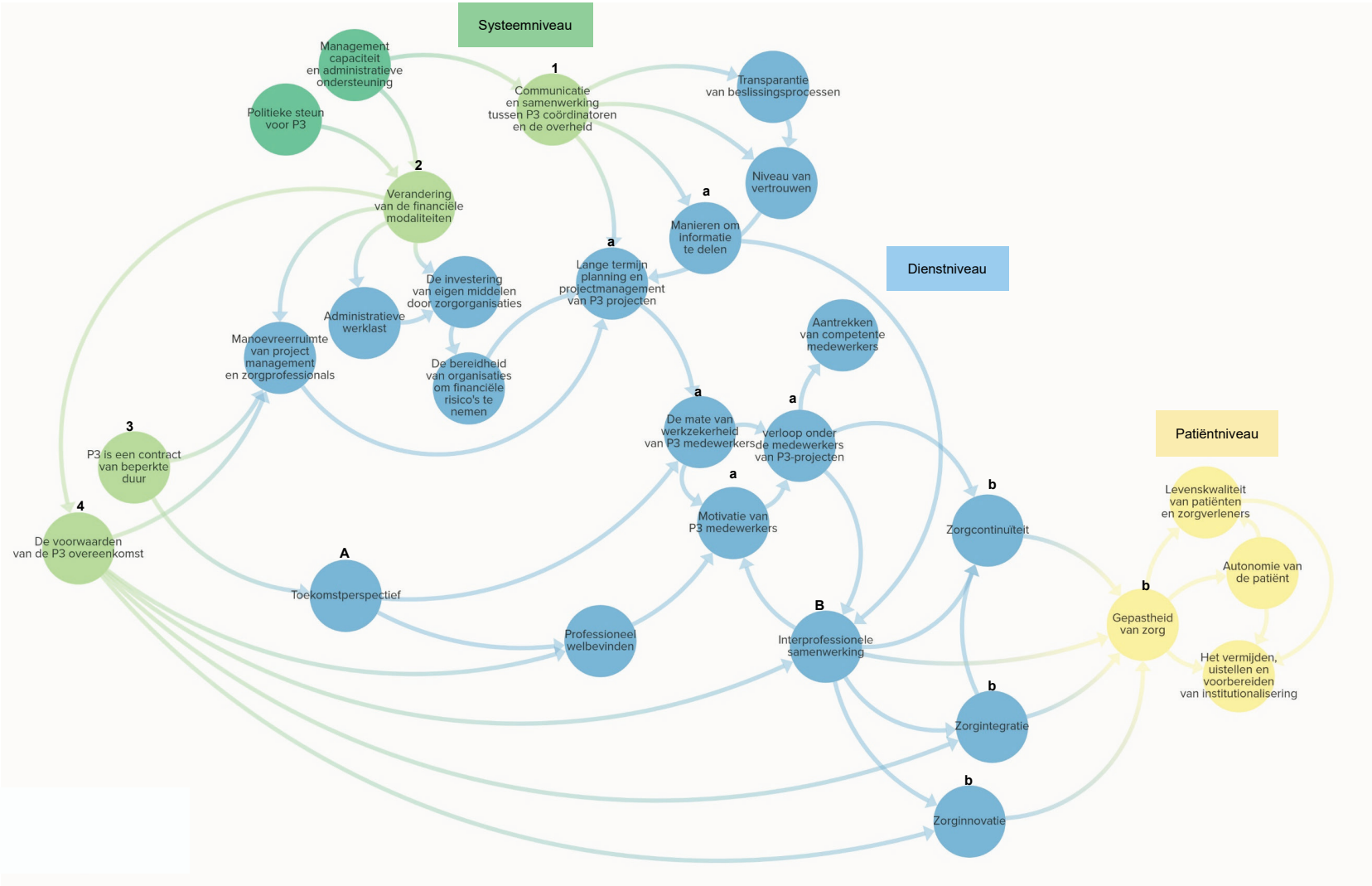
  Deze tekortkomingen sijpelen verder door in het systeem: ze remmen zorgvernieuwing af en zorgorganisaties krijgen weinig marge of vrijheidsgraden om hun project en hun zorgverleners aan te sturen. Dit wordt nog versterkt door het projectmatige karakter van Protocol 3, (dat een beperkte duur in de tijd oplegt) en door de voorwaarden van de Protocol 3-conventie (zie volgende kernvariabelen).

- In de derde fase van Protocol 3 vindt de **financiering plaats op basis van een vergoeding per prestatie (2)**. Deze prestatiefinanciering leidt volgens de betrokken zorgverleners en -organisaties tot een zware bijkomende administratieve last terwijl er helemaal geen compensatie werd voorzien voor de inzet van administratieve medewerkers, ICT-ondersteuning en coördinatie. De deelnemende organisaties geven aan dat ze eigen middelen moeten investeren om de ontoereikende financiële steun te compenseren. Hierdoor worden volgens de bevraagden bovendien de interprofessionele samenwerking en het geïntegreerde karakter van de Protocol 3-projecten uitgehold omdat hiervoor de middelen ontbreken.

- **De beperkte duur van Protocol 3-overeenkomsten (3)** hebben niet alleen een weerslag op de manoeuvreerruimte van projectmanagers, maar leiden volgens de bevraagden ook tot een gebrek aan toekomstperspectief voor de medewerkers. Dit veroorzaakt een negatieve feedbackloop tussen werkzekerheid en motivatie. Protocol 3-projecten kampen, volgens hen, dan ook met een hoog personeelsverloop en met moeilijkheden om nieuwe competente gezondheidswerkers aan te trekken en op te leiden. Op het niveau van de cliënt komen daardoor de continuïteit en de kwaliteit van de zorg in het gedrang.

- Tot frustratie van de zorgprofessionals leiden **de beperkende voorwaarden van de huidige Protocol 3-conventie (4) tot gemiste zorg**, d.i. cliënten die in hun ogen wel behoefte hebben aan Protocol 3-interventies maar daarvoor toch niet in aanmerking komen. Bovendien vinden zij dat deze voorwaarden de zorgintegratie en zorgvernieuwing belemmeren omdat zij interprofessionele samenwerking bemoeilijken. De stress die hierdoor ontstaat, leidt volgens de zorgprofessionals tot vermindering van het welzijn, afname van hun arbeidsvreugde en aantasting van hun beroepstrots. Dit sijpelt door tot het niveau van de cliënt omdat het risico bestaat dat de werkzaamheid en afstemming van de zorg afnemen.

Figuur 2 – Verband tussen kernvariabelen in Protocol 3



3.2.2. Interprofessionele samenwerking onder druk

De vier observaties op systeemniveau hebben in hun globaliteit belangrijke gevolgen op dienst- en cliëntniveau, benadrukken de geïnterviewden. De **feedbacklus 'werkzekerheid-motivatie'** (**labels A en a** in Figuur 2) vormt een bedreiging voor interprofessionele samenwerking, die verder onder druk staat door de voorwaarden van de Protocol 3-conventie, de beperkte mogelijkheden om informatie uit te wisselen en de niet-financiering van interprofessioneel overleg.

Op haar beurt bedreigt volgens de betrokkenen de **beknotte interprofessionele samenwerking** (**labels B en b** in Figuur 2) de continuïteit en integratie van de zorg, alsook de zorgvernieuwing. Elementen die volgens de geïnterviewden broodnodig zijn om afgestemde en kwaliteitsvolle zorg te geven. Een gebrek aan deze zorg leidt op zijn beurt tot een verminderde autonomie en levenskwaliteit van de cliënten en hun mantelzorgers naast het verhogen van de noodzaak van een opname in een woonzorgcentrum of een andere vorm van residentiële zorg. Nochtans was net het omgekeerde dé kerndoelstelling van de Protocol 3-conventie.

3.2.3. Hefbomen voor ombuiging

De kernvariabelen in Figuur 2 kunnen we beschouwen als hefbomen die we zowel in positieve als negatieve zin kunnen ombuigen. Het is volgens de respondenten duidelijk dat, indien de vier ingangsvariabelen (1-2-3-4 in Figuur 2) op systeemniveau worden aangepakt, zij een positieve dynamiek in het gehele systeem op gang kunnen brengen.

Aanpassing kernvariabelen op systeemniveau

We kunnen op basis van de gevoerde gesprekken besluiten dat de hele dynamiek rond Protocol 3 kan verschuiven naar een zichzelf versterkend systeem dat resulteert in positieve resultaten op cliëntniveau als de voorwaarden van de Protocol 3-conventie soepeler en meer gericht zijn op interprofessionele samenwerking, het financieringssysteem de juiste stimulansen biedt, de dialoog tussen overheid (RIZIV) en projectbeheerders transparant is en er een langetermijnvisie voor Protocol 3 ontwikkeld wordt.

3.3. Bevindingen en praktische randvoorwaarden voor een betere zorgintegratie voor een thuiswonende oudere populatie met complexe zorgbehoeften

Uit voorgaande blijkt dat er een kloof bestaat tussen enerzijds de visie op zorgintegratie voor kwetsbare ouderen in de thuisomgeving, zoals deze aangebracht werd in de akkoorden voor de derde fase van de Protocol 3-projecten, en anderzijds de ervaringskennis uit de dagelijkse praktijk van zorgprofessionals én cliënten/mantelzorgers. Uit de gesprekken kwamen diverse randvoorwaarden naar voor die volgens de betrokkenen zouden leiden tot een betere integratie van zorg voor deze doelgroep. Tegelijk geven we aan hoe met deze randvoorwaarden wel of niet rekening wordt gehouden in de huidige fase van de Protocol 3-conventie.

3.3.1. Inclusie in een Protocol 3-project

In de praktijk komen de meeste cliënten in een Protocol 3-project terecht nadat zich een crisissituatie heeft voorgedaan waarvoor een ziekenhuisopname of een opname in een instelling voor kort verblijf nodig was. Als een cliënt terug naar huis wil, zal een assessment met het BelRAI-instrument bepalen of hij/zij recht heeft op één of meerdere Protocol 3-interventies.

De BelRAI-beoordeling dient drie doelen: oordelen of de cliënt voldoet aan de inclusiecriteria uit de Protocol 3-conventie, de context en behoeften van de cliënt (en mantelzorger) in kaart brengen, en een basis vormen voor het opstellen van een zorgplan (zie volgende sectie).

Praktische verbeterpunten voor Protocol 3 in de inclusiefase

De zorgverleners ervaren het BelRAI-instrument als nuttig om de context en behoeften van de cliënt te leren kennen, en om over de zorglijnen heen te gebruiken. Toch wordt de BelRAI-HC als complex ervaren en de vereenvoudigde BelRAI-screener als niet specifiek genoeg voor het accuraat peilen van individuele cliëntnoden.

De inclusiecriteria die in de voorwaarden van de Protocol 3-conventie zijn opgenomen, worden als te streng ervaren, wat leidt tot de perceptie van 'gemiste zorg' en onvervulde zorgbehoeften bij cliënten, samen met een afname van de kans om preventief te werken. Er wordt door de respondenten duidelijk gevraagd naar meer flexibiliteit op vlak van inclusie.

3.3.2. Een zorgplan op maat met een focus op interprofessionele samenwerking

Na de inclusie wordt een interprofessioneel zorgplan op maat van de cliënt opgesteld waarna interventies worden geselecteerd op basis van de behoeften (aangegeven vanuit BelRAI). Het volledige pakket van interventies wordt dus niet automatisch aan iedereen toegekend.

In de praktijk beoordelen Protocol 3-zorgprofessionals de behoeften van cliënten en mantelzorgers, zoals bijvoorbeeld weergegeven in het basisconcept van de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) dat steunt op een holistische benadering.[22] Daarbij nemen de Protocol 3-zorgprofessionals, behalve het niveau van lichaamsfuncties en lichaamsstructuren (bv. verhogen van fitheidsniveau, cognitietraining), ook aspecten mee als activiteiten (bv. kunnen telefoneren, koken, eten), en participatie (bv. zelfzorg, sociale betrokkenheid, deelname aan de samenleving).

Binnen dit kader wordt rekening gehouden met intrinsieke factoren van de cliënt (bv. socio-economische status, geslacht, etniciteit, persoonlijkheid, persoonlijke voorkeuren) en met omgevingsfactoren (bv. aanwezigheid en draagkracht van mantelzorgers, huisvesting, woningaanpassingen, vervoer, enz.).

De geleverde zorginterventies hebben eveneens tot doel de algemene gezondheidstoestand van de mantelzorger te verbeteren en rekening te houden met zijn/haar levenskwaliteit (bv. gevoel van steun, vermogen om 's nachts te slapen, aandacht voor zelfzorg).

Op basis van de principes van interprofessionele samenwerking en zorgintegratie zullen de zorgprofessionals een volledig zorgpakket uitwerken en organiseren, dat echter verder gaat dan de acties en interventies voorzien in Protocol 3.

Praktische verbeterpunten voor Protocol 3 naar het zorgplan

Met het opleggen van financiering op basis van een prestatievergoeding gaat de derde fase van de Protocol 3-conventie gepaard met veel voorwaarden en voorschriften die het opmaken van een zorgplan op maat bemoeilijken. Dit laat weinig flexibiliteit toe om werkelijk aan de behoeften van cliënten te voldoen. Dit gebrek aan flexibiliteit belemmert zorgvernieuwing en de afstemming van zorg.

Bovendien worden in fase 3 niet alle, nochtans cruciale handelingen in het kader van geïntegreerde en afgestemde zorg gefinancierd, bv. multidisciplinaire teamvergaderingen.

Door dit alles verminderde de interprofessionele communicatie en samenwerking aanzienlijk. De geïnterviewde professionals voegden daaraan toe dat ze minder affiniteit kregen met elkaars werk en competenties. Daardoor ontstond een eerder competitieve omgeving in plaats van een bekrachtiging van collegialiteit.

3.3.3. Casemanagement en zorgeducatie voor de rechthebbende

Een casemanager neemt de leiding bij het organiseren en coördineren van alle zorginterventies in het kader van Protocol 3. Volgens de bevraagden hebben casemanagers daarbij een holistische aanpak voor ogen. Daardoor nemen ze meestal ook de coördinatie en uitvoering van het volledige zorgplan op zich, dus ook van zorginterventies die buiten Protocol 3 vallen. Als de cliënt/mantelzorger geen casemanager (nodig) heeft, wordt voorzien in de nodige gezondheidszorgvoorlichting.

Een meerderheid van de geïnterviewde cliënten/mantelzorgers geven aan dat zij 24/24 en 7/7 contact kunnen opnemen met één zorgprofessional die fungeert als aanspreekpunt (vaak de casemanager). Het feit dat er altijd iemand beschikbaar is waarop ze kunnen terugvallen, zorgt voor opluchting en een groot gevoel van ondersteuning bij cliënten en mantelzorgers.

Tot slot blijkt uit de gesprekken dat casemanagers en/of gezondheidsvoorlichters niet alleen fungeren als coördinatoren en aanspreekpunt, maar hun cliënten en mantelzorgers ook informeren en sensibiliseren over de middelen die beschikbaar zijn binnen het Belgische gezondheidszorgsysteem. Bovendien bieden ze administratieve ondersteuning om de aanvragen voor financiële steun en hulpmiddelen in te dienen.

De casemanager: organisator, coördinator en aanspreekpunt

Door de inzet van een casemanager en/of een gezondheidsvoorlichter wordt, volgens de bevraagden, de zorg beter georganiseerd en afgestemd op de behoefte en wensen van cliënten en hun mantelzorgers. Het geeft enorme meerwaarde als de cliënt zelf, de mantelzorgers, de familie maar ook andere zorgverleners terechtkunnen bij een vast aanspreekpunt.

3.3.4. Nachtcontrolebezoeken

De bezoeken in het kader van nachtcontrole worden door alle ondervraagden als één van de meest waardevolle interventies ervaren om institutionalisering te voorkomen of uit te stellen. ‘s Nachts lopen kwetsbare ouderen een groter risico op crisissituaties en bijgevolg op morbiditeit en mortaliteit. De nachtelijke zorgbezoeken creëren een veilige(re) thuissituatie omdat uit de gesprekken blijkt dat zorgverleners kunnen anticiperen op crisissituaties als gevolg van suf of gedesoriënteerd gedrag.

Naast preventie draagt nachtcontrole ook rechtstreeks bij aan de kwaliteit van leven en de gezondheid van cliënten. Door de bijkomende hygiënemaatregelen, decubituspreventie, regelmatige verandering van houding, etc. verlagen ze de kans op comorbiditeit. Maar ook de gezondheid en levenskwaliteit van de mantelzorger varen wel bij nachtcontrole. Als de mantelzorger 's nachts kan slapen, heeft hij/zij meer energie voor de zorg voor de cliënt overdag.

Nachtcontrolebezoek, een sleutelinterventie tegen institutionalisering

Nachtcontrolebezoeken worden door de betrokkenen gezien als een belangrijke, zo niet de belangrijkste interventie om institutionalisering te voorkomen of uit te stellen.

3.3.5. Ergotherapie

Ergotherapie aan huis heeft volgens de geïnterviewden een positieve impact op de cognitieve en motorische vaardigheden van de cliënt. Door daarnaast te zorgen voor aanpassingen in het woonhuis, het aanreiken van nuttige hulpinstrumenten en het geven van lichamelijke oefeningen gericht op het blijven uitoefenen van dagelijkse activiteiten, trachten ergotherapeuten de zelfstandigheid en autonomie van hun cliënten te verbeteren en zorgen zij voor een veilige(re) thuisomgeving. Dat ergotherapie en psychologische follow-up aan huis wordt gegeven verhoogt de toegang tot de gepaste zorg.

Als gevolg van de **groepssessies ergotherapie** vermeldden de respondenten een verbetering van de lichaamsfuncties bij hun cliënten (bv. fitheidsniveau) alsook van hun cognitieve vaardigheden, naast een toename van de lichamelijke activiteiten (bv. buiten lopen, eten met mes en vork) en een verbeterde sociale participatie.

Door deze sessies in groepsverband te laten plaatsvinden in een woonzorgcentrum kunnen de cliënten vertrouwd raken met een nieuwe woonvorm, wat een eventuele toekomstige verhuis kan vergemakkelijken.

Ergotherapie, zorgen voor een veilige thuis

Het werk van ergotherapeuten wordt door de bevraagden als nuttig ervaren om de onafhankelijkheid en autonomie van de cliënten te vrijwaren, in de eerste plaats door een veilige thuissituatie te creëren, maar ook door hun cognitieve en fysieke vaardigheden te behouden, en in te zetten op sociale participatie.

3.3.6. Psychologische follow-up

Psychologische follow-up thuis heeft tot doel crisissituaties in verband met psychische problemen te voorkomen en zo bij te dragen aan een veilige thuissituatie. Vaak hebben cliënten al heel lang psychische problemen, anderen lijden onder rouw, verlies van functionele vermogens (bv. incontinentie) en zelfstandigheid en/of zijn in sociaal isolement terechtgekomen. Bovendien is er de angst voor een onbekende toekomst, voor een mogelijke opname in een woonzorgcentrum, voor een naderend levenseinde. De psycholoog reikt volgens de bevraagden in belangrijke mate de nodige hulpmiddelen aan om met die situaties om te gaan, om het zelfvertrouwen te herwinnen, evenals de waardigheid en autonomie.

Bovendien verbeteren de psychologische interventies de levenskwaliteit en het welzijn van mantelzorgers door hen ‘coping’-strategieën aan te leren, dit zijn manieren om met de situatie en de problemen beter te kunnen omgaan. Daardoor verbeteren ze ook in belangrijke mate de draagkracht van mantelzorgers.

Groepssessies psychologische follow-up vonden vaak plaats in een woonzorgcentrum. Ook voor deze sessies geldt de ervaring dat ze hierdoor cliënten en mantelzorgers meer vertrouwd maken met een nabijgelegen residentiële zorgvoorziening. Bijkomend leren cliënten via deze groepssessies lotgenoten kennen met gelijkaardige aandoeningen, raken ze uit hun sociaal isolement en/of verbetert hun welzijn en zelfbeeld, aldus de zorgprofessionals.

Bovendien dragen groepssessies bij tot de levenskwaliteit van de mantelzorgers door hen *me-time* te geven. Als de mantelzorgers mee naar de groepssessies komen, komen ook zij in contact met lotgenoten.

Psychologische ondersteuning, om beter om te gaan met problemen en verliessituaties

De ondersteuning door een psycholoog helpt cliënten en mantelzorgers zich beter te wapenen tegen de uitdagingen die hun leefsituatie en zorgafhankelijkheid met zich meebrengen, menen de deelnemers aan het onderzoek. Vaak kampen cliënten al heel lang met psychische problemen, anderen lijden onder rouw, onzekerheid en/of het verlies van functionele vermogens.

3.3.7. Groepsessies mantelzorgers

Groepssessies voor mantelzorgers worden alleen gegeven als de cliënt een zorgpad dementie doorloopt. Ze worden als waardevol ervaren en bieden mantelzorgers de gelegenheid elkaar te ontmoeten, te discussiëren en (van elkaar) te leren.

Groepssessies mantelzorgers, lotgenotencontact en behoud van regie

Mantelzorgers getuigen dat deze groepssessies hun levenskwaliteit verhoogt door hen inzicht te geven in en te leren omgaan met de situatie, om zo de regie in eigen handen te houden.

3.3.8. Oog hebben voor samenhang

Sommige respondenten geven ook aan dat we moeten rekening houden met de samenhang tussen verschillende zorginterventies, zowel binnen Protocol 3 als daarbuiten. Zij dragen allen bij tot het totaalpakket van zorg dat cliënten en mantelzorgers zo belangrijk vinden. Een uitkomst kan dus niet één op één aan een individuele interventie worden gekoppeld.

Het is dan ook heel moeilijk om bijvoorbeeld te meten of casemanagement een (kosten)effectieve interventie is. Toch rapporteren zorgprofessionals, en meer nog cliënten en mantelzorgers, dat casemanagement voor hen een duidelijke meerwaarde biedt. De meerwaarde ligt in het op elkaar afstemmen van (alle andere) interventies en ervoor te zorgen dat andere betrokken zorgprofessionals en zorgorganisaties mee zijn in het verhaal rond de cliënt en gepaste zorg leveren. Naast zorgafstemming hebben casemanagers echter ook een empowerende rol: ook de ondersteuning die ze cliënten en mantelzorgers bieden bij het uitzoeken op welke andere zorg en ondersteuning ze recht hebben binnen het Belgische gezondheidszorgsysteem, wordt sterk gewaardeerd.

Een tweede voorbeeld: als we een interventie als nachtcontrolebezoeken benaderen vanuit een ‘klassiek’ evaluatiemodel naar werkzaamheid en doeltreffendheid kunnen we bijvoorbeeld kijken naar het effect van één welbepaalde actie en uitkomstmaat (bijvoorbeeld het tweemaal draaien van de cliënt per nacht in kader van decubituspreventie).

Echter, op basis van wat door de zorgverleners en mantelzorgers werd aangegeven, ligt de grootste meerwaarde van nachtcontrolebezoeken bij het vermijden van crisissituaties, het creëren van een veilige thuissituatie (24/7), én het verhogen van het welbevinden van mantelzorgers (door hen een betere nachtrust te gunnen).

Waarom Protocol 3-projecten het verschil maken volgens de bevraagden

De cliënten en de mantelzorgers beschouwen de geleverde zorg binnen Protocol 3-projecten als ‘holistisch’ of ‘volledig’. Ze geven aan dat zonder deze zorg de opname in een woonzorgcentrum niet vermeden had kunnen worden.

De bevraagden zijn van mening dat Protocol 3-projecten crisissituaties voorkomen. De belangrijkste hefbomen daartoe zijn de verstrekking van hulpmiddelen, een verbetering van de fysieke en cognitieve conditie van de cliënt, psychologische ondersteuning, het creëren van een veilige thuisomgeving en het voorkomen van comorbiditeit o.a. door aanpassingen aan de woning en door nachtcontrolebezoeken.

De projecten houden in belangrijke mate rekening met de wensen en de autonomie van de cliënt.

Zorgprofessionals in Protocol 3-projecten richten zich niet alleen op de cliënt, maar ook op de gezondheid, levenskwaliteit en draagkracht van mantelzorgers. Voor hen zijn mantelzorgers evenwaardige partners in de zorg.

3.4. Evaluatie van Protocol 3 met behulp van een meta-evaluatie-instrument

3.4.1. Het evaluatiekader

Bij gebrek aan een vooraf gedefinieerd evaluatiekader voor de Protocol 3-conventie hebben we een meta-evaluatie-instrument ingezet dat werd ontwikkeld voor de evaluatie van de revalidatieconventies van het RIZIV.[23, 24] Dit instrument werd bewust generiek ontwikkeld om het aan te passen aan andere zorgsystemen.

Het instrument bestaat uit 12 vragen, gegroepeerd in vijf dimensies: strategie, kwaliteit, financiën, praktijk en innovatie. Aan elke vraag is één van volgende drie prestatiecriteria gekoppeld:

- **Werkzaamheid** (*efficacy*) om de zorg op niveau van de cliënt te evalueren,
- **Efficiëntie** (*efficiency*) op niveau van de dienstverlener,
- **Doeltreffendheid** (*effectiveness*) op systeemniveau.

Het meta-evaluatie-instrument is in dit onderzoek *post hoc* toegepast. Het werd gebruikt als inspiratiebron voor de interviewgidsen in termen van te bevragen thema's, en verder als toetssteen om de bevindingen van het kwalitatieve onderzoek op een coherente manier te integreren. Voor een uitgebreide bespreking van de resultaten voor elk van de onderzochte dimensie (strategie, kwaliteit, financiën, praktijk en innovatie), verwijzen we naar het uitgebreide wetenschappelijke rapport (hoofdstuk 8).

3.4.2. Werkzaamheid, efficiëntie en doeltreffendheid van Protocol 3

Aan de hand van een analyse met het meta-evaluatie-instrument voor RIZIV-conventies zijn we tot de volgende conclusies gekomen …

… ten aanzien van de **werkzaamheid (cliëntenniveau)**:

- De overgrote meerderheid van de respondenten betrokken bij Protocol 3-projecten zijn ervan overtuigd dat ze voor de doelgroep een meerwaarde bieden op vlak van levenskwaliteit, afgestemde en adequate zorg, het vermijden van crisissituaties, het uitstellen of vermijden van opname in residentiële zorg, of tenminste een overgang naar residentiële zorg verzachten.
- Uit de talrijke gesprekken begrijpen we dat zorgverleners een holistische benadering van de cliënt beogen. Zij bekijken met name de volledige gezondheidstoestand van de cliënt, hetgeen aansluit bij het bio-psychosociaal ICF-model.[22] Een interventie kan met andere woorden bijdragen tot verschillende uitkomstparameters met betrekking tot het functioneren, de activiteiten en de participatie van de cliënt. Daarbij wordt rekening gehouden met de persoonlijke factoren van de cliënten en hun omgeving. Bij het toekennen van Protocol 3-interventies wordt (te) sterk de nadruk gelegd op Instrumentele Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (IADL). Dit manco leidt volgens meerdere deelnemers tot 'gemiste zorg'.

Op het niveau van de cliënt wordt het werkzaamheidscriterium, wat overeenkomt met de klinische en functionele resultaten van Protocol 3-interventies, wel als bevredigend beschouwd. Door de strikte inclusiecriteria wordt volgens de bevraagden echter vaak zorg gemist die de werkzaamheid van Protocol 3 zou verhogen. De gebruikte methodologie in deze studie laat echter geen verdere objectivering van deze bevinding toe.

… ten aanzien van de **efficiëntie (niveau van zorgorganisaties)**:

- Naast uitkomsten zijn ook structuren en processen van belang voor het goed functioneren van zorgorganisaties. Volgens de bevraagden is de financiering momenteel ontoereikend om te voorzien in voldoende personeel, administratieve ondersteuning, infrastructuur en samenwerking. Daardoor moeten zorgorganisaties eigen middelen inbrengen.
- Op niveau van de dienstverlening proberen de projecten er met andere woorden het beste van te maken. Uit de uitvoerige raadpleging van zorgverleners kunnen we opmaken dat de huidige werking en resultaten van Protocol 3-projecten sinds de start van fase drie, eerder ondanks dan dankzij de conventie worden bereikt.

Hoewel alle betrokken actoren gemotiveerd zijn om de projecten te doen slagen, geven ze aan te moeten worstelen om te overleven. Zij hebben dringend behoefte aan een toekomstperspectief vanuit de overheid en een besluit om de projecten van Protocol 3 al dan niet structureel in te bedden, maar dan wel onder aangepaste voorwaarden, ondersteuning en financiering.

… ten aanzien van de **doeltreffendheid (systeemniveau)**:

- Op systeemniveau wordt geconstateerd dat fase drie van Protocol 3 onvoldoende aansluit bij de waardenbasis die de focus legt op behoeftegerichte zorgintegratie.
- De gemotiveerde inzet van de zorgprofessionals wordt bedreigd door het beperkte toekomstperspectief dat de conventie biedt. Daarnaast wordt, de ruimte voor interprofessionele samenwerking en het teamwork sterk beperkt in de derde fase door de ontoereikende financiering.
- De flexibiliteit om de geboden zorg aan te passen aan de vraag van de cliënten is beperkt door de strenge inclusiecriteria en de korte duur van de meeste interventies (een doorlooptijd van maximaal zes maanden voor de meeste interventies).

De opgelegde voorwaarden en de prestatiefinanciering in fase drie van de Protocol 3-conventie worden, in vergelijking met de voorgaande fasen, aangevoeld als een terugval in het streven naar afgestemde zorgintegratie voor thuiswonende ouderen met complexe zorgbehoeften. Ze zetten ook de goede werking van de betrokken zorgteams onder druk en zorgen voor onvoldoende stimulering van interprofessionele samenwerking.

3.5. Protocol 3 in het kader van het '*Quintuple Aim of health care*'

In 2002 bedacht het Amerikaanse Institute of Health Improvement het concept van de '*Triple Aim of health care*'. Dit concept vormt een kader waarnaar in de internationale literatuur vaak verwezen wordt voor het leveren van economisch realistische, efficiënte en doeltreffende zorg. De nadruk ligt op het verbeteren van de ervaring van de cliënt, het bevorderen van de gezondheid van de bevolking en het verlagen (of binnen de perken houden) van de kosten. Het *Triple Aim*-concept werd ontwikkeld vanuit de noodzaak om meer waarde te halen uit de middelen die overheden en de samenleving besteden aan hun gezondheidszorg. Specifiek de vergrijzing van de bevolking en de toename van de levensverwachting, in combinatie met chronische gezondheidsproblemen, worden door de bedenkers van Triple Aim naar voor geschoven als wereldwijde uitdagingen, die nieuwe eisen stellen aan medische en sociale diensten.[25]

Meer recent werd de *Triple Aim* uitgebreid tot de *Quintuple aim*, met aandacht voor het welzijn van zorgprofessionals (vierde doel) en voor billijkheid (sociale rechtvaardigheid) en inclusie van de gezondheidszorg (vijfde doel).[26] Er dient volgens dit model voldoende aandacht uit te gaan naar alle vijf de doelstellingen.

Uit de resultaten van de bevragingen blijkt dat de projecten van Protocol 3 in belangrijke mate bijdragen aan minstens vier van deze vijfvoudige doelstelling van de geïntegreerde gezondheidszorg (aangezien kosteneffectiviteit niet kon berekend worden in deze studie).

Doel 1 Ervaring van de cliënt

De ervaring van de bevraagde cliënten en hun mantelzorgers toont aan dat het pakket van zorg dat ze ontvangen van hoge kwaliteit is en afgestemd is op hun zorgbehoeften. Zonder die thuiszorg zou volgens hen een opname in een instelling voor residentiële zorg onvermijdelijk zijn.

Wel moeten we hierbij de opmerking maken dat het voor hen onduidelijk is welke aangeboden zorginterventies binnen of buiten Protocol 3 vallen. Zij bekijken vooral het 'ganse pakket'. We hebben ook de indruk dat de meerderheid van de bevraagde cliënten en mantelzorgers niet op de hoogte is van het feit ze slechts gedurende zes maanden recht hebben op deze interventies.

Bovendien maken enkel cliënten en mantelzorgers die geïncludeerd werden in een Protocol 3-project, deel uit van deze studie. Cliënten die omwille van inclusieregels geen toegang kregen tot Protocol 3-interventies werden niet bevraagd.

Doel 2 Gezondheid van de bevolking

Door de specificiteit van de doelgroep, namelijk kwetsbare ouderen met complexe zorgbehoeften in de thuissituatie, hebben de Protocol 3-projecten het potentieel om een aanzienlijk effect te hebben op de gezondheid en het welzijn van deze doelgroep. Zoals in de inleiding van deze synthese is weergegeven, gaat het immers om een doelgroep die in de toekomst in omvang sterk zal toenemen.

Doel 3 Doeltreffendheid en kosteneffectiviteit

Hoewel de waarde van Protocol 3-projecten in de ogen van alle bevraagden duidelijk is, laat deze studie niet toe om te bepalen of deze projecten kosteneffectief zijn, omwille van de toegepaste onderzoeksmethode (zie ook sectie 3.5.2 van het wetenschappelijke rapport).

Doel 4 Welzijn van zorgprofessionals

Het is vaak onmogelijk voor de projecten om voldoende mensen te vinden, vooral door het projectmatige karakter van Protocol 3 en de werkonzekerheid. Uit de bevragingen leren we dat het professionele leven van de zorgverleners wordt bemoeilijkt door de voorwaarden opgelegd in de derde fase.

Doel 5 Billijkheid en inclusie

Protocol 3-initiatieven dragen volgens de respondenten bij aan een billijke (volledige terugbetaling voor een kwetsbare groep) en toegankelijke gezondheidszorg (thuis geleverde zorg, coördinatie van het volledige zorgpakket). Protocol 3 is echter nog steeds projectmatig van opzet en niet ingebed in de reguliere gezondheidszorg of in bestaande zorgstructuren. Hierdoor is Protocol 3-zorg lang niet in alle gemeenten van België beschikbaar (hoewel de geografische grenzen in de derde fase werden losgelaten). Dat leidt tot een groot geografisch onevenwicht in het zorgaanbod voor thuiswonende ouderen met complexe zorgnoden.

Protocol 3 scoort volgens de respondenten bevredigend op minstens vier van de vijf pijlers van Quintuple Aim, maar ze geven aan dat er veel ruimte is voor verbetering, zoals we ook in eerdere hoofdstukken en met andere analysemethoden al aangaven.

De positieve resultaten van Protocol 3 worden bereikt op basis van de inzet en expertise van de zorgprofessionals en zorgorganisaties om kwaliteitsvolle zorg te bieden, gesteund op de initiële kernfilosofie van Protocol 3.

Echter, zoals hoger uiteengezet, staan sinds de opstart van de derde fase van Protocol 3 de beginselen van zorgintegratie en interprofessionele samenwerking onder druk.

De doelen van de conventie worden, volgens de respondenten in dit onderzoek, nog wel behaald, maar het is uit de gesprekken duidelijk dat de derde fase van de Protocol 3-conventie op niveau van zorgstructuur en zorgsysteem niet langer in overeenstemming is met de initiële kerngedachte.

Toch blijven alle actoren overtuigd van de meerwaarde van geïntegreerd en interprofessioneel samenwerken. Maar dit dient te gebeuren in een transparant en gepast kader binnen een duidelijke toekomstvisie op zorgintegratie.

AANBEVELINGEN[b]

Aan de bevoegde federale en gefedereerde beleidsmakers in het domein van volksgezondheid, welzijn, en sociale zaken; aan de betrokken administraties, en aan het RIZIV:

1. **Wij bevelen aan om de zorg die aangeboden wordt in de Protocol 3-conventie te transformeren naar een gegeneraliseerd zorgmodel voor geïntegreerde zorg binnen een structureel en stabiel kader.**

2. **Om een structureel en stabiel kader te ontwikkelen, dienen op basis van de stakeholderinformatie beschreven in dit rapport, de volgende randvoorwaarden in rekening gebracht te worden:**
   - **Een geschikte financieringsvorm hanteren. Dat impliceert:**
     - **facilitatie van zorgintegratie en interprofessionele samenwerking,**
     - **minimalisering van de administratie voor zorgorganisaties en zorgverstrekkers,**
     - **stimulering van flexibiliteit zodat de zorg maximaal afgestemd kan worden op de noden van patiënten.**
   - **Transparantie garanderen door een adequate communicatie en samenwerking tussen overheid en zorgverstrekkers.**
   - **Efficiënt werkende ICT toepassingen opzetten die geïntegreerde zorg faciliteren zoals databeheerssystemen en een geïntegreerd electronisch patiëntendossier.**
   - **Gesystematiseerde registratie voorzien van vooraf geselecteerde uitkomstmaten die kwaliteitsbewaking mogelijk maken.**
   - **Stakeholders op het terrein betrekken bij de reflectie over hoe de continuering op lange termijn er moet uitzien, en bij de ontwikkeling van een gemeenschappelijke visie m.b.t. interprofessionele samenwerking in het kader van zorgintegratie.**
   - **Voor een goede coördinatie zorgen tussen de instanties die bevoegd zijn voor gezondheid en welzijn van de doelpopulatie om de structurele verankering te vereenvoudigen.**

[b] Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.

- **Een plan uitwerken om geografische spreiding en toegang tot het zorgaanbod te vergroten. Zet in op bekendmaking bij de ruimere populatie, zorgverleners en organisaties.**
- **Voldoende managementcapaciteit voorzien om bovenstaande voorwaarden te garanderen.**

3. **Als de Protocol 3 conventie ingekanteld wordt in een breder kader voor zorgintegratie, bevelen we aan in een overgangsscenario te voorzien, zodat organisaties hun werking en personeel kunnen aanpassen en zodat continuïteit van zorg kan worden gegarandeerd.**

4. **In afwachting van structurele verankering en op basis van de stakeholderinformatie beschreven in dit rapport, dienen de volgende aanpassingen aan de randvoorwaarden voor de lopende Protocol 3 projecten in rekening gebracht te worden:**
   - **Ervoor zorgen dat de interventies maximaal toegankelijk zijn voor de doelgroepen die nood hebben aan de zorg zoals deze geboden wordt in de Protocol 3 projecten, vb door de inclusiecriteria bij te stellen.**
   - **De doorlooptijd van de interventies herzien om de vooropgestelde doelstellingen van de conventie beter haalbaar te maken en continuïteit van zorg te garanderen.**
   - **Interprofessioneel overleg faciliteren voor zorgverleners en -organisaties betrokken bij de zorg van de cliënt en de mantelzorger, inclusief de huisarts, om zorgintegratie te bevorderen.**
   - **De administratieve werklast van de zorgorganisaties en –professionals te vereenvoudigen.**

5. **Om evaluatie van toekomstige pilootprojecten met betrekking tot zorgintegratie te faciliteren, bevelen we aan om:**
   - **In samenwerking met de stakeholders op het terrein bij de aanvang van de projecten een duidelijke visie te ontwikkelen met betrekking tot de performantie-criteria die zullen worden gebruikt om een project te evalueren, en deze transparant te maken.**
   - **De evaluatieperiode voldoende lang te maken aangezien een project dat innovatieve zorg ondersteunt continu evolueert.**

REFERENTIES

1. Federaal Planbureau & Statbel. Demografische vooruitzichten 2019-2070. Bevolking en huishoudens. 2020.
2. GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016;388(10053):1459-544.
3. Nguyen D, Van der Heyden J, Charafeddine R. Kwetsbaarheid bij ouderen: Gezondheidsenquête 2018. 2019 Available from: https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/FR_NL_2018.pdf
4. Boudewijnstichting K. Levenskeuzes op latere leeftijd bij niet hulpbehoevende personen – opvolgmeting 2020. 2020.
5. NIH. Aging in Place: Growing Older at Home [Web page]. U.S. Department of Health & Human Services;2021. Available from: https://www.nia.nih.gov/health/aging-place-growing-older-home
6. World Health Organisation. A glossary of terms for community health care and services for older persons [Web page]. WHO Centre for Health Development;2004. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/68896
7. De Winter M. Towards Integrated Care for Chronic Patients in Belgium: The Pilot Project, an Instrument Supporting the Emergence of Collaborative Networks. Societies. 2019;9(28).
8. World Health Organization. WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026: placing people and communities at the centre of health services. 2015.
9. 13 JUNI 2005. - Protocol nr. 3 gesloten tussen de federale Regering en de Overheden bedoeld in de artikelen 128, 135 en 138 van de Grondwet, over het te voeren ouderenzorgbeleid 2006.
10. 2 JULI 2009. - Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het VerzekeringsComité met toepassing van artikel 56, 2,

eerste lid, 3de, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen, 2009.

11. consortium T. Scientific evaluation of projects of alternative forms of care or support of care for frail elderly, in order to allow them to maintain their autonomy and to live independently in their homes "protocol 3". 2014

12. 17 AUGUSTUS 2013. - Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende, geïntegreerde en multidisciplinaire, zorg voor kwetsbare ouderen, 2013.

13. RIZIV/INAMI. Alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen: ontwerp van koninklijk besluit met betrekking tot de tweede projectoproep - Nota CGV 2021/028. 2013

14. Lambert A-S, Declercq A, Flusin D, Bastiaens H, de Almeida Mello J, Lopez Hartmann M, et al. Geïntegreerd samenvattend rapport. UC Louvain, KU Leuven, Universiteit Antwerpen; 2017.

15. Lambert A-S, Declercq A, Flusin D, Bastiaens H, De Almeida Mello J, Lopez Hartmann M, et al. Aanbevelingen in verband met de verderzetting van interventies op basis van de evaluatie van projecten in Protocol 3. 2018.

16. Zorg24. Het thuiszorgmodel van de toekomst. 2017.

17. RIZIV/INAMI. Protocol 3 - zorgvernieuwing voor kwetsbare ouderen: wetenschappelijk evaluatierapport en aanbevelingen. Nota CGV 2018/004. 2018

18. McNichol E. Patient-led innovation in healthcare: The value of the ‘user’ perspective. International Journal of Healthcare Management. 2012;5(4):216-22.

19. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014;LIII(4):67-82.

20. Martens M, Danhieux K, Van Belle S, Wouters E, Van Damme W, Remmen R, et al. Integration or fragmentation of health care? Examining policies and politics in a Belgian case study. International Journal of Health Policy and Management. 2021.

21. RIZIV/INAMI. Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024. Intermediair rapport; 2021.

22. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Web page].2001. Available from: https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health

23. Vandenbroeck P, Christiaens W, Dauvrin M, Wickert R, Becher K, Hendrickx E, et al. Een evaluatieprotocol voor RIZIV conventies. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2018. KCE Reports (299)

24. Checkland P, Holwell S. Information management and organizational processes: an approach through soft systems methodology. Information Systems Journal. 1993;3(1):3-16.

25. Bachynsky N. Implications for policy: the triple aim, quadruple aim, and interprofessional collaboration. In: Proceedings of Nursing forum; 2020: Wiley Online Library; p. 54-64.

26. V!VEL. Quintuple Aim - het kompas van VIVEL [Web page].2021. Available from: https://www.vivel.be/nl/nieuws/tag/quintuple-aim/

COLOFON

Titel:	Zorgintegratie bij kwetsbare ouderen in België: een evaluatie van de derde fase van Protocol 3 – Synthese
Auteurs:	Justien Cornelis (KCE), Melissa Desmedt (Möbius), Esther Chevalier (Möbius), Olivier Camaly (Möbius), Wendy Christiaens (KCE)
Senior supervisor:	Irina Cleemput (KCE)
Project facilitator:	Nathalie Swartenbroeckx (KCE)
Redactie synthese:	Karin Rondia (KCE)
Reviewers:	Jef Adriaenssens (KCE), Jens Detollenaere (KCE), Irina Cleemput (KCE), Marijke Eyssen (KCE)
Externe experten:	Pauline Boeckxstaens (Universiteit Gent), Melissa Horlait (Vrije Universiteit Brussel), Peter Pype (Universiteit Gent), Jan Jaap Reinders (Universitair Medisch Centrum Groningen), Giannoula Tsakitzidis (Universiteit Antwerpen), Annet Wauters (Vlaams Patiëntenplatform)
Stakeholders:	Jan Braekevelt (Onze Lieve Vrouw van Lourdes vzw), Kim Cierkens (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten), Karolien Cool (Familiezorg West-Vlaanderen vzw), Daniel Crabbe (RIZIV – INAMI - Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering – Institut national d'assurance maladie-invalidité), Dirk De Meester (WZC Leiehome), Geertrui De Wulf (Familiezorg West-Vlaanderen vzw), Cindy Desmedt (Aide et Soins à Domicile - Brabant Wallon), Céline Duhoux (Arémis asbl), Bram Fret (Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw), Célestine Gallez (BRUSANO asbl), Marc Gerard (Aide et Soins à Domicile Verviers asbl), Siska Germonpré (Socialistische Mutualiteit), Marine Gilson (Aide et Soins à Domicile - Brabant Wallon), Claire Guffens (Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben), Liselotte Huyghe (RIZIV – INAMI - Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering – Institut national d'assurance maladie-invalidité), Céline Lahaise (Centrale de Services à Domicile - Mut – Centre et Soignies), Karen Lambrechts (Huis Perrekes vzw), Cindy Lecoq (Sagadom - Aide et Soins à Domicile Verviers asbl), Laurence Lemauvais (Sagadom - Aide et Soins à Domicile Verviers asbl), Florence Levêque (RIZIV – INAMI), Caroline Maas (Huis Perrekes vzw), Véronique Manguette (Aide et Soins à Domicile - Verviers asbl), Marekka Maricou (WZC Huize Zonnelied), Bart Onselaere (Zorgnetwerk Trento vzw), Anne-Catherine Poelmans (RVT St Anna), Johan Rotsaert (vzw Zorgnetwerk Cur@-z), Lauriane Rouard (la Mutualité Socialiste), Lauren Ruzziconi (Aide et Soins à Domicile - Brabant Wallon, Aurélie Ryckman (Thuisverzorging in Solidariteit vzw), Lieve Schuerman (WZC Sint Bernardus Bertem), Pierre Seeuws (Ergotherapie Vlaanderen), Gaetane Thirion (BRUSANO asbl), Annelies Tuyls (I-mens), Hendrik Van Gansbeke (Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw), Chris Van Gerven (vzw Menos - gerontopsychiatrisch expertisecentrum), Patricia Van Hout (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten), Marlies Van Hoereweghe (Familiezorg West-Vlaanderen vzw), Noémie Vande Weghe (Aide et Soins à Domicile - Brabant Wallon), Rebekka Verniest (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten), Patrick Vyncke (Zorgnet-Icuro)

Externe validatoren:	Liesbeth De Donder (Vrije Universiteit Brussel, agogische wetenschappen (VUB)), Crétien Van Campen (Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)), Thérèse Van Durme (Institut de Recherche Santé et Société de l'Université catholique de Louvain – UC Louvain)
Acknowledgements:	Nadia Benahmed (KCE), Christophe de Meester (KCE), Patriek Mistiaen (KCE), Vicky Jespers (KCE), Koen Van den Heede (KCE), Stephan Devriese (KCE). Alle deelnemers betrokken bij de interviews.
Gemelde belangen:	‘‘Alle experten en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie. Daarom hebben zij per definitie mogelijks een zekere graad van belangenconflict’’
Layout:	Ine Verhulst
Disclaimer:	• **De externe experten werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.** • **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.** • **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur).** • **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**
Publicatiedatum:	17 november 2021
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Frail Elderly; Delivery of Health Care, Integrated; Interprofessional Relations; Home Care Services; Qualitative Research
NLM classificatie:	W84.1
Taal:	Nederlands
Formaat:	Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot:	D/2021/10.273/37
ISSN:	2466-6432

Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties.

Hoe refereren naar dit document? Cornelis J, Desmedt M, Chevalier E, Camaly O, Christiaens W. Zorgintegratie bij kwetsbare ouderen in België: een evaluatie van de derde fase van Protocol 3 – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2021. KCE Reports 346As. D/2021/10.273/37

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.