



Interdisciplinaire samenwerking
tussen zelfstandige zorgverstrekkers
in de eerstelijnsgezondheidszorg

Inhoudsopgave

Vooraf	03
Over het onderzoek	04
1. Waarom een interdisciplinaire samenwerking?	05
1.1. Maatschappelijke trends en evoluties die de nood tot samenwerking beïnvloeden	05
1.2. Samenwerking: van 'triple aim' naar 'quadruple aim'	06
1.3. Erkenning van samenwerking via het eerstelijnsdecreet	08
2. Obstakels voor interdisciplinaire samenwerking	10
2.1. Obstakels volgens de zelfstandige zorgverstrekkers	10
2.2. Mogelijke wettelijke obstakels	10
2.3. Deontologische obstakels	14
3. Hoe interdisciplinair samenwerken ?	18
3.1. Conditie voor samenwerking	18
3.2. Mogelijke modellen van samenwerking	20
4. Aanbevelingen voor een betere samenwerking	26
5. Conclusie	31

Redactie Christiane Sels (Prepared Mind), Ann Dierickx (Dewallens & partners), Jan Sap (Federatie Vrije Beroepen), Mona Wyverkens (UNIZO), Gretel Van der Looy (Federatie Vrije Beroepen)

Met inbreng van Philippe Decroock (VVT), Elise Degroote (Dewallens & partners), Hilde Deneyer (voorzitter overleg zelfstandige zorgverstrekkers Federatie Vrije Beroepen), Ellen De Wandeler (NVKVV), Ann Dierickx (Dewallens & partners), Ingrid Dreezen (VAS), Marina Gasten (AXXON), Stefaan Hanson (VVT), Marc Moens (VAS), Koen Lowet (BFP), Gert Peeters (Federatie Vrije Beroepen), Stefaan Peeters (AXXON), Jan Sap (Federatie Vrije Beroepen), Pierre Seeuws (VE), Chris Sels (Prepared Mind), Koen Sleenckx (VBZV), Rita Stiers (VBVD), Caroline Teugels (BVP-ABP), Gretel Van der Looy (Federatie Vrije Beroepen), Jos Van Hoof (VAS), Geert Van Hootegem (Prepared Mind), Mimi Van Meir (VBVD), Mona Wyverkens (UNIZO).

Quote backcover Minister Jo Vandeuren

Vormgeving en druk bwmedia

Zelfstandige
zorgverstrekkers
dragen, samen met
andere diensten, de
gezondheidszorg in
Vlaanderen.

Vooraf

“De Belgische gezondheidszorg behoort tot de beste van Europa (vierde plaats) en scoort het maximum op vlak van toegankelijkheid.” De Morgen, 31 januari 2017

Toegankelijkheid - De rode draad doorheen het zelfstandig zorglandschap. Zelfstandige zorgverstrekkers dragen (samen met andere diensten) de gezondheidszorg in Vlaanderen, zeker in de eerste lijn. Zij zullen een onmisbare schakel blijven vormen in de integrale zorg (over alle lijnen) die de overheid beoogt. Toch blijkt dat de zelfstandige zorgverstrekker zich nog niet voorbereid voelt in de hertekening van het zorglandschap en de uitdagingen die dat met zich meebrengt. Een enquête van de Federatie Vrije Beroepen bij meer dan 500 zelfstandige zorgverstrekkers (project ‘Een zorgzame start’ – oktober 2015) geeft aan dat 62% zich onvoldoende voorbereid voelt voor de nieuwe noden van onze gezondheidszorg.

Samenwerking is een andere rode draad doorheen het zorglandschap. Uit dezelfde enquête blijkt dat 3 op 4 zorgverstrekkers reeds ‘multidisciplinair samenwerkt’. De concrete samenwerkingsvorm is evenwel zeer verschillend. In dit rapport onderzoeken we de modellen van interdisciplinaire samenwerking tussen zelfstandige zorgverstrekkers in de eerste lijn en dit op microniveau. We bekijken welke wettelijke en deontologische barrières er zijn en presenteren tien aanbevelingen van de Federatie Vrije Beroepen over samenwerking tussen zorgverstrekkers binnen de eerstelijnszorg.

De Federatie draagt het mandaat namens de representatieve organisaties uit de zorgsector, met name het VAS (Vlaams Artsensyndicaat), VVT (Verbond der Vlaamse Tandartsen), APB-VAN (Algemene Pharmaceutische Bond – Vlaams Apothekersnetwerk), AXXON, Kwaliteit in kinesitherapie, NVKVV (Beroepsorganisatie voor verpleegkundigen), BFP (Belgische Federatie van Psychologen), VVS (Vlaamse Vereniging voor Seksuologie), VBZV (Vlaamse Beroepsvereniging voor Zelfstandige Verpleegkundigen), VBVD (Vlaamse Beroepsvereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten), VE (Vlaams Ergotherapeutenverbond), BVP-ABP (Belgische Vereniging der Podologen) en VBOV (Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen).

Dit rapport kwam mede tot stand door de ondersteuning van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen en het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Hiervoor onze gewaardeerde dank.

Jan Sap

Secretaris-generaal
Federatie Vrije Beroepen

Hilde Deneyer

Voorzitter Overleg Zelfstandige Zorgverstrekkers
Federatie Vrije Beroepen

Marieke Wyckaert

Voorzitter
Federatie Vrije Beroepen

Over het onderzoek

Dit rapport bevat **vijf onderdelen**:

1. de nood aan samenwerken toegelicht, een onderzoek naar bestaande inter- of multidisciplinaire samenwerkingspraktijken;
2. onderzoek naar de obstakels ervaren door het werkveld, een inventaris van wettelijke en deontologische hinderpalen voor samenwerking;
3. interdisciplinaire samenwerking, het geheim onthuld;
4. tien aanbevelingen voor betere interdisciplinaire samenwerking¹;
5. de conclusie.

Het onderzoek werd uitgevoerd door Christiane Sels van het adviesbureau Prepared Mind en Ann Dierickx, advocaat bij Dewallens & partners, onder supervisie van een stuurgroep bestaande uit afgevaardigden van het Overleg Zelfstandige Zorgverstrekkers van de Federatie Vrije Beroepen.

Het onderzoek werd uitgevoerd tussen september 2016 en januari 2017 en bestond uit **drie grote onderdelen**:

1. een praktijkstudie, met name een studie van good practices, die telkens een andere vorm van samenwerking vertegenwoordigen, gekoppeld aan diepte-interviews met experten en vertegenwoordigers van beroepsorganisaties,
2. een theoretische studie, met name een literatuurstudie en inhoudelijke input vanuit het Cortex-project evenals een juridische en deontologische analyse,
3. een werkconferentie, waaraan een 70-tal vertegenwoordigers uit de verschillende beroepsgroepen aangesloten bij de Federatie Vrije Beroepen deelnamen: VAS (Vlaams Artsensyndicaat); VVT (Verbond der Vlaamse Tandartsen); APB-VAN (Algemene Pharmaceutische Bond – Vlaams Apothekersnetwerk); AXXON, Kwaliteit in kinesitherapie; NVKVV (Beroepsorganisatie voor verpleegkundigen); BFP (Belgische Federatie van Psychologen); VVS (Vlaamse Vereniging voor Seksuologie); VBZV (Vlaamse Beroepsvereniging voor Zelfstandige Verpleegkundigen); VBVD (Vlaamse Beroepsvereniging van Voedingsdeskundigen en Diëtisten); VE (Vlaams Ergotherapeutenverbond); BVP-ABP (Belgische Vereniging der Podologen) en VBOV (Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen).

Dit rapport werd opgesteld door Christiane Sels (Prepared Mind) en Ann Dierickx (Dewallens & partners). De eindredactie gebeurde door Mona Wyverkens (UNIZO) en Gretel Van der Looy (Federatie Vrije Beroepen).

1. Waarom een interdisciplinaire samenwerking?

Veel vrije beroepen werken reeds samen. Het aantal geassocieerde beroepsbeoefenaars neemt dag na dag toe. Niet onlogisch: veel vrije beroepen worden geconfronteerd met onder meer een enorme toename van kennis en wetenschap, schaalvergroting en steeds veeleisender personen met een zorgnood. Daarnaast klinkt de vraag naar een beter evenwicht tussen werk en privé steeds luider. Een bijkomende reden is dat een eigen praktijk uit de grond stampen voor vele jonge beroepsbeoefenaars, omwille van onder meer financiële redenen, onhaalbaar is geworden. Oudere beroepsbeoefenaars zien samenwerken met een jongere associé als een garantie op de continuïteit en overdracht van de praktijk.

Uit een enquête van de Federatie Vrije Beroepen van 2015 bij meer dan 500 zelfstandige zorgverstrekkers blijkt dat 3 op 4 zorgverstrekkers reeds 'multidisciplinair samenwerkt'. De concrete samenwerkingsvorm waaronder is evenwel zeer verschillend.

Voor de zorgsector lopen momenteel in Vlaanderen reeds een aantal projecten m.b.t. interdisciplinaire samenwerking en dit op micro-, meso- en macroniveau: de lokale interdisciplinaire netwerken met de huisartsenkringen (LMN's), de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL's) en de wijkgezondheidscentra of medische huizen.

Uit dit onderzoek distilleerden we verschillende beweegredenen om interdisciplinair samen te werken in de zorg. We bundelen ze in maatschappelijke trends die de nood tot samenwerking beïnvloeden en concrete voordelen voor de zorg zelf.


1.1. Maatschappelijke trends en evoluties die de nood tot samenwerken beïnvloeden²

De huidige **preventieve zorg** in Vlaanderen beantwoordt niet aan de vooropgestelde internationale doelstellingen. We scoren slecht op de indicatoren voor gezondheidspromotie en levensstijl. Deze bevinding werd recent nog gestaafd door het rapport van de Health Consumer Powerhouse (Euro Health Consumer Index 2016)³. Ondanks de nood aan een drastische verhoging van het te besteden budget aan preventie, dient men rekening te houden met de kosteneffectiviteit van preventie. Samenwerking kan een oplossing zijn.

Daarnaast is er de stijgende nood aan **geestelijke gezondheidszorg**: één op vier mensen krijgt in zijn of haar leven te maken met een geestelijk gezondheidsprobleem en vaak duurt het te lang vooraleer de persoon met een zorgnood de nodige ondersteuning krijgt. De opvang/opvolging kan beter, de relevante indicatoren zijn alarmerend. Ook dient er meer aandacht te gaan naar de verwevenheid van mentale en fysieke klachten. Wanneer we de samenwerking binnen de geestelijke gezondheidszorg bekijken, constateren we dat er nood is aan meer samenwerking tussen de verschillende instellingen.

Ook is er een sterk groeiende nood aan **chronische zorg** en zorg voor **multimorbiditeit**. Dit betekent een grote uitdaging voor het zorgsysteem, want het aantal chronische aandoeningen en de multimorbiditeit nemen toe onder invloed van sociale achterstelling, leeftijdsfactoren, medische vooruitgang, omgevingsfactoren (o.a. milieu, voeding). Dit betekent ook dat de integrale benadering geënt moet zijn op een eco-bio-psycho-sociaal model. Het huidige systeem is eerder gericht op acute zorg. Deze aanpak is reactief en probleemgericht. De toename van chronische aandoeningen zorgen er ook voor dat de economische draagkracht van het systeem onder druk komt te staan. Chronische ziekte leidt vaak tot werkonbekwaamheid, inkomensverlies en extra zorgkosten.

Om **integrale zorg** te kunnen realiseren benaderen we de zorg vanuit een nieuwe invalshoek: gezondheid verbinden met welzijn, educatie, werk, gezin, ... Dit impliceert een samenwerking op elk niveau, zowel horizontaal als verticaal.



Er is een sterk groeiende nood aan chronische zorg en zorg voor multimorbiditeit.

In het algemeen zien we stijgende toekomstige gezondheidsnoden ten gevolge van demografische veranderingen (een verouderende bevolking). De vraag stelt zich of hier voldoende **zorgcapaciteit** tegenover staat. Concurrentie op de markt (onder meer ten gevolge van die zorgfragmentatie) leidt tot het ontstaan van een veelheid aan organisaties en zorgverstrekkers die dezelfde dienstverlening aanbieden. De realiteit (en de cijfers van WHO) toont verder ook de evolutie aan van een toenemende zorgconsumptie bij verstrekkers van “alternatieve” geneeswijzen (chiropractici, osteopaten, homeopaten, acupunctuur, relaxatietechnieken, ...). Deze evoluties zullen zich alsmaar meer manifesteren en kunnen niet genegeerd worden in kader van de interdisciplinaire en multidisciplinaire denkoefening in de zorg.

Dit zorgt voor een verhoogde werkdruk bij zorgverstrekkers, wat vaak ten koste gaat van de **kwaliteit van de arbeid en het welbehagen van de zorgverstrekkers**: de job kunnen volhouden, combinatie arbeid-gezin,... En wat met sociaal ondernemerschap in de zorg? Zorgverstrekkers zijn duidelijk niet opgeleid op om, naast hun beroepsmatige activiteit, een zorgonderneming te runnen. Dit vergt bijkomende expertise

Maar ook het **patiëntenprofiel** is in verandering. Personen met een zorgnood zijn meer betrokken: zij zijn mondiger, beslissen mee en zijn soms veeleisend. Hun gezinssituatie verandert, er zijn nieuwe samenlevingsvormen. Internet en

nieuwe media hebben hun intrede genomen in het dagelijkse leven wat leidt tot zelfdiagnose, ervaringsuitwisseling met andere personen met een zorgnood, zelfhulpfora,... Personen met een zorgnood zijn daarentegen ook kwetsbaarder (ouder, chronisch ziek, alleenstaand, ...) en multimorbiditeit, zoals eerder aangehaald, komt alsmaar meer voor.

Deze verhoogde en veranderende zorgnoden zetten ook de **publieke** financiering van de gezondheidszorg onder druk. Momenteel bieden zelfstandige zorgverstrekkers een kwaliteitsvolle, betaalbare dienstverlening. Maar de betaalbaarheid van deze dienstverlening, van de zorg, staat onder druk. Hierdoor schuift men ook meer op naar een toenemende commercialisering van de zorg.

Bovenstaande uitdagingen en trends zullen ertoe leiden dat er een bepaalde mate of bepaalde vormen van zorgintegratie zullen ontstaan of moeten ontstaan, al dan niet voor bepaalde doelgroepen of ziektebeelden. Zorgintegratie en geïntegreerde zorg zijn trouwens niet hetzelfde. Zorgintegratie is een organisatievraagstuk en een middel om tot geïntegreerde zorg te komen.



Fig. 1: The Missing Aim

1.2. Samenwerking: van 'Triple Aim' naar 'Quadruple Aim'

In beleidsdocumenten wordt vaak verwezen naar de Triple Aim. De Triple Aim, opgesteld door het Amerikaanse Institute for Healthcare Improvement (Berwick, Nolan, & Whittington, 2008) houdt in dat de zorg – globaal genomen – drie doelstellingen heeft, met name: (1) verhoging van de kwaliteit van de zorg (improved patient experience) (2) verbetering van de gezondheid en het welzijn van de bevolking (better outcomes) en (3) verhoging van de kosteneffectiviteit van de zorg (lower costs).

Zorgintegratie en interdisciplinair samenwerken zou moeten bijdragen tot de realisatie van die drie doelstellingen. Er kan hier echter nog een vierde belangrijk doelstelling aan toegevoegd worden, met name een betere kwaliteit van de arbeid en een aangenamere en efficiëntere werkomgeving voor de zorgverstrekker zelf.

Op die manier kunnen we de voordelen of drijfveren van het samenwerken clusteren rond 4 assen (quadruple aim): (1) verhoging van de kwaliteit van de zorg (improved patient experience) (2) verbetering van de gezondheid en het welzijn

van de bevolking (better outcomes), (3) verhoging van de kosteneffectiviteit van de zorg (lower costs) en ten slotte (4) een betere kwaliteit van de arbeid en een aangename en efficiëntere werkomgeving voor de zorgverstreker (improved clinician experience).

We hebben deze 'quadruple aim' getoetst aan de ervaringen over samenwerking van de zelfstandige zorgverstrekkers.

1. Betaalbare zorg (lower costs)

Interdisciplinaire samenwerking zorgt voor een betaalbare zorg met minder kosten. "Shopgedrag" van personen met een zorgnood maakt zorg duur. Een 'one stop shop' model kan dit mogelijk tegengaan. Ook gebeurt het dat de persoon met een zorgnood aanklopt bij de verkeerde of inadequate instantie, wat dan bijvoorbeeld leidt tot de overconsumptie van de spoeddienst in ziekenhuizen.

2. Hogere patiënten-tevredenheid (improved patient experience)

Interdisciplinaire samenwerkingsverbanden kunnen bijdragen tot een hogere patiënten-tevredenheid:

- de persoon met een zorgnood verliest nu vaak kostbare tijd in de zoektocht naar de behandeling van zijn/haar zorgvraag. Door een "one-stop-shop" model voor de persoon met een zorgnood moet hij of zij niet meer op zoek naar de juiste 'shop', wat het voor hem of/haar comfortabeler maakt.
- in een interdisciplinaire praktijk wordt uitgegaan van een totaalbeeld van de persoon met een zorgnood, en dus van een meer holistische benadering. De persoon met een zorgnood staat centraal, het moet de bedoeling zijn om meerwaarde te creëren voor de persoon met een zorgnood. De zogenaamde 'zorgtrajecten' zorgen ook voor een integrale aanpak.
- het voordeel van meertaligheid: hulpverlening in de taal van de persoon met een zorgnood wordt mogelijk door meertalige zorgverstrekkers binnen een samenwerkingsverband.

3. Betere en efficiëntere zorgverstrekking (better outcomes)

Interdisciplinaire samenwerking zorgt voor een betere en efficiëntere zorgverstrekking. Dit vertaalt zich als volgt:

- dubbel werk vermijden: dubbele intake, diagnose, ... Blinde vlekken kunnen opgevangen worden, bepaalde groepen of problematieken worden nu niet, onvoldoende of te laat gedetecteerd en/of aangepakt. Het aspect welzijn (psychosociale hulp en ondersteuning) is vaak losgekoppeld van de medische zorg. Dit kan opgevangen worden door interdisciplinaire samenwerking. Zonder integratie is het ook moeilijk om preventie gecoördineerd te organiseren en is vroegdetectie moeilijker en in mindere mate mogelijk.
- verregaande specialisatie in organisaties en functies leidt ertoe dat de verschillende aspecten van de zorgverstrekking niet op elkaar afgestemd zijn. Er ontstaat bovendien een sterke scheiding tussen eerste, tweede en derde lijn. Samenwerken kan dit tegengaan.
- door meerdere mensen van een bepaalde beroepsgroep in een netwerk te plaatsen, kan de goede "match" tussen persoon met een zorgnood en zorgverstreker gevonden worden. Dit levert efficiëntere en betere zorg op.
- de institutionele complexiteit verhoogt wanneer er geen afstemming of samenwerking is. Fragmentatie leidt immers tot specifieke regelgeving en complexiteit veroorzaakt bureaucratische kwaliteitszorg- en andere managementsystemen. De focus begint dan meer en meer te liggen op de efficiëntie van de deelsystemen en niet op een performant totaalsysteem. Daardoor verschuift de aandacht van zorg naar management.

4. Betere kwaliteit van de arbeid en efficiëntere werkomgeving voor de zorgverstreker (improved clinician experience)

Samenwerking zorgt voor een betere kwaliteit van de arbeid en een aangename en efficiëntere werkomgeving voor de zorgverstreker. Dit vertaalt zich als volgt:

- het wantrouwen dat kan bestaan tussen zorgverstrekkers wordt door samenwerking opgeheven, dit zowel binnen zorgberoepen, tussen beroepsgroepen, tussen organisaties binnen dezelfde lijn, als tussen organisaties van verschillende lijnen. De relaties tussen zorgverstrekkers dienen een interpersoonlijke gelijkwaardigheid te vertonen. Beroepsgroepen die minder “zichtbaar” zijn, kunnen zich associëren en zo een zeker “Calimero-effect” wegnemen.
- netwerken worden meer “opgemerkt”, zijn zichtbaarder (economisch, politiek, doorverwijzing, inbedding in ruimer netwerk) en dus ook sterker op deze terreinen.
- kennisdeling tussen zorgverstrekkers van verschillende beroepsgroepen maakt dat de expertise toeneemt. De kennis van het medisch beleid kan gedeeld worden en er zijn verschillende visies onder één dak, wat leidt tot kennisverbreding tussen zorgverstrekkers. Informatie delen gaat vlotter, er is centraal dossierbeheer, meer gerichte informatie, informele en georganiseerde gegevensdeling. De voordelen van samenwerking nemen trouwens toe naargelang de zorgcomplexiteit toeneemt.
- samenwerking maakt formeel en informeel overleg tussen zorgverstrekkers mogelijk, hierdoor worden fouten ook meer vermeden.
- er is een betere combinatie van werk en privé mogelijk en een betere mogelijkheid van permanentie.
- onder één dak heeft voordelen naar kostendeling en het delen van verantwoordelijkheden

1.3. Erkenning van samenwerking via het Eerstelijnsdecreet

Uit het voorgaande blijkt dat de eerstelijnszorgverstrekkers willen samenwerken met het oog op een geïntegreerde en kwaliteitsvolle zorg op maat van de persoon met een zorgnood. Deze betrachting ligt reeds vervat in het Vlaams Eerstelijnsdecreet⁴. Dit decreet bevat immers niet alleen de opdrachten, maar ook de operationele doelstellingen en werkingsbeginselen van de eerstelijnsgezondheidszorg.⁵ Volgens dit Decreet is de samenwerking op de eerste lijn met name gericht op:

- een interdisciplinaire en/of multidisciplinaire zorg. Zorgverstrekkers actief binnen een bepaalde discipline (interdisciplinair) of in verschillende disciplines (multidisciplinair) moeten kunnen samenwerken indien dit de zorg aanbelangt. Een monodisciplinair aanbod voldoet immers niet steeds, zeker niet indien het gaat om complexe zorgsituaties⁶;
- kwaliteitsvolle zorg⁷: verantwoorde zorg die rekening houdt met doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en patiëntgerichtheid⁸;
- flexibiliteit en zorg op maat van de persoon met een zorgnood. De manier van samenwerken moet dus kunnen afhangen van de persoon met een zorgnood;
- de keuzevrijheid van de persoon met een zorgnood⁹;
- een globaal zorgaanbod: alle zorg die de persoon met een zorgnood nodig heeft, moet in het samenwerkingsconcept passen;
- de aanmoediging van het zelfzorgvermogen van de persoon met een zorgnood opdat hij zo autonoom mogelijk aan de samenleving zou kunnen participeren¹⁰;

- het behoud van de onafhankelijkheid van elke zorgverstrekker: de samenwerking mag niet worden beïnvloed door andere overwegingen dan een kwaliteitsvolle zorg.
- subsidiariteit: de zorg wordt verleend op het laagst mogelijk niveau dat voldoende kwaliteit waarborgt.¹¹

Het Eerstelijnsdecreet voorziet in de aanzet om de eerstelijnsamenwerking tussen zorgverstrekkers conform deze doeleinden te **erkennen**.¹²

De eerstelijnszorgverstrekkers blijken de persoon met een zorgnood centraal te willen stellen. Dit leidt ertoe dat de **eerstelijnsamenwerking** in eerste instantie geconcipeerd wordt op een **niet-traditionele** wijze. Traditioneel werken zelfstandige zorgverstrekkers immers samen vanuit hun eigen behoeften en niet vanuit de behoeften van de persoon met een zorgnood¹³: in een “middelensamenwerking” optimaliseren ze kosten en risico’s, beogen ze een evenwichtigere verdeling van hun professioneel leven/privéleven, delen ze hun kennis en specialisatie; in een “professionele samenwerking” poolen en verdelen ze hun inkomsten. Sommige eerstelijnszorgverstrekkers sluiten het echter niet uit dat ze zich niet enkel focussen op de persoon met een zorgnood, maar onderling ook wel middelen- of professionele samenwerkingsafspraken maken.

Idealiter wordt de samenwerking gefaciliteerd tussen **alle** zorgverstrekkers actief op de eerste lijn. Dit omvat de in de eerste lijn¹⁴ werkende apotheker, arts, diëtist, kinesist, logopedist, tandarts, verpleegkundige en vroedvrouw. Deze zorgverstrekkers worden nu al **uitdrukkelijk geïnviseerd** in het **Eerstelijnsdecreet**.¹⁵ Om de globale zorg te kunnen bieden, lijkt het echter aangewezen om potentieel nog **andere** in de eerste lijn werkende zorgverstrekkers te **includeren**, zoals de klinisch psycholoog, de ergotherapeut, de podoloog, seksuoloog, enz. Die ruimte om nog andere zorgverstrekkers te includeren, wordt nu reeds geboden in het Eerstelijnsdecreet.¹⁶

2. Obstakels voor een interdisciplinaire samenwerking

We onderzoeken verschillende obstakels voor interdisciplinaire samenwerking. Vooreerst zijn er obstakels in de ogen van de zorgverstrekkers zelf, vooral van organisatorische aard. Daarnaast bekijken we nader de mogelijke wettelijke en deontologische obstakels voor een interdisciplinaire samenwerking.

2.1. Obstakels volgens de zelfstandige zorgverstrekkers

De enquête van de Federatie Vrije Beroepen bij meer dan 500 zelfstandige zorgverstrekkers gaf drie grote obstakels aan bij interdisciplinaire samenwerking: de onduidelijkheid over de samenwerkingsvorm (57%), het gebrek aan gegevensdeling (56%) en het gebrek aan financiering (49%).

We toetsten de belemmeringen tot samenwerking verder af bij zelfstandige zorgverstrekkers en kwamen tot volgende lijst van obstakels, in de ogen van de zorgverstrekkers, om samen te werken:

- Samenwerkingsverbanden bieden een context waar persoon met een zorgnood en zorgverstrekkers geconnecteerd zijn, die de huidige breuklijnen overstijgt. De verschillende structuren, organisaties en overlegorganen, de overvloed aan procedures, regels en administratielast vormen hoge barrières voor interdisciplinaire samenwerking.
- De vertrouwensrelatie tussen de persoon met een zorgnood enerzijds en de zorgverstrekker anderzijds dient gerespecteerd te worden. De vraag is hoe men dit kan garanderen en respecteren binnen een samenwerkingscontext. Ook de bescherming van de privacy kan een probleem vormen.
- Zorgverstrekkers worden te weinig samengebracht. Men gebruikt ook niet hetzelfde vakjargon en er is te weinig of geen kennis van elkaars disciplines (eilandvorming). Bovendien is er een gebrekkig communicatiesysteem, geen of onvoldoende informatiedoorstroming en geen goed gedeeld uitwisselingsplatform. Er is geen kennis van de sociale kaart, of die kennis is niet up-to-date.
- Er wordt een bedreigend gevoel ervaren bij de zorgverstrekkers t.o.v. elkaar, dat voortkomt uit interne concurrentie tussen disciplines, het ego van de zorgverstrekker en/of protectionisme. Respect voor iedereen en gelijkwaardigheid zijn basisvereisten, maar worden nu nog als een obstakel ervaren.
- Er is een gebrek aan tijd. Overleggen vraagt tijd, er zijn geen vergoedingen voorzien voor overleg. Hetzelfde geldt voor kennisdeling, ook dit vraagt tijd en dus geld.
- De financiële stimuli tot samenwerking zijn vandaag onvoldoende aanwezig. Dit kan aanleiding geven tot verdere commercialisering.
- De zorg is momenteel nog te weinig patiënt-georiënteerd. Empowerment is voor veel personen met een zorgnood moeilijk. Dit komt nu vaak te laat en zou al in het onderwijs voorzien moeten worden.
- Het risico op gezondheidsconsumptie, en bij uitbreiding overconsumptie door te veel disciplines in huis (horizontale doorverwijzing).

2.2. Mogelijke wettelijke obstakels

De samenwerking tussen zorgverstrekkers in de eerste lijn wordt weinig gehinderd door de wet of de deontologie¹⁷ op voorwaarde dat deze samenwerking geschiedt conform bepaalde principes die als wettelijke erkenningsvoorwaarden opgelegd kunnen worden. Die garanderen immers dat de zorgverstrekker zich niet laat leiden door eigen economische voor-

delen. Dat is nodig gelet op de “informatie-asymmetrie” die er tussen de persoon met een zorgnood en zorgverstreker bestaat omwille van het sterk technische en gespecialiseerde karakter van de zorg. De persoon met een zorgnood moet erop kunnen vertrouwen dat de zorgverstreker zijn economisch eigenbelang niet boven het recht van de persoon met een zorgnood op efficiënte en kwaliteitsvolle zorg plaatst.¹⁸

Vanuit de bezorgdheid om het vertrouwen tussen zorgverstreker en persoon met een zorgnood te garanderen, heeft de wetgever een aantal essentiële basisbeginselen van beroepseerlijkheid in de **wetgeving** verankerd.¹⁹ Deze basisbeginselen bepalen dus mede de **krijtlijnen** waarbinnen de eerstelijnsamenwerking zich moet bevinden om erkend (en gesubsidieerd) te worden.

Indien de hierboven vermelde doeleinden van de samenwerking tussen zorgverstrekkers in de eerste lijn (die in erkenningssnormen uitgeschreven moeten worden) nageleefd worden, houden deze wettelijke beginselen in principe geen bezwaren in die de samenwerking onmogelijk maken. Het gaat om de volgende beginselen:

- het recht van iedere persoon met een zorgnood om in principe²⁰ **vrij** zijn **zorgverstreker** te **kies**en en tijdens de behandeling te veranderen van zorgverstreker.²¹ Hieraan kan tegemoet gekomen worden. Tenzij hij van zijn keuzerecht afziet (uit onmondigheid dan wel expliciet), menen de zorgverstrekkers op de eerste lijn immers dat de persoon met een zorgnood zelf moet kunnen bepalen hoe zijn eerstelijnszorgnetwerk er uitziet.

Dit betekent evenwel niet dat “shoppinggedrag” door de persoon met een zorgnood moet worden geduld. De persoon met een zorgnood engageert zich immers ook ten opzichte van de zorgverstreker. Op het moment dat een netwerk voor de persoon met een zorgnood wordt geactiveerd, worden bijgevolg een aantal concrete afspraken tussen de persoon met een zorgnood en (de activator van) het netwerk op papier gezet. Bij wijziging van het engagement worden vooraf vastgestelde en in de modelcontracten en informed consent formulieren uit te schrijven procedureregels gevolgd.²² De wet legt momenteel geen procedureregels op. Het samenwerkingsnetwerk krijgt bij de uitwerking ervan dus een grote vrijheid en soepelheid. Dit betekent dat (een deel van) de procedureregels bepaald kunnen worden naargelang het type van de persoon met een zorgnood (chronisch versus acuut, actief versus passief);

- de **vertrouwelijkheid** van de **persoons- en gezondheidsgegevens**.

Het vertrouwen van de persoon met een zorgnood in zijn zorgverstreker vooronderstelt dat de persoon met een zorgnood weet dat zijn (gezondheids)gegevens en wat hij aan zijn zorgverstreker toevertrouwt niet te grabbel worden gegooit. De wetgever waarborgt deze vertrouwelijkheid nu al in de Privacywet²³ en via het beroepsgeheim²⁴. Het beroepsgeheim en de mogelijke uitwisseling van gezondheidsgegevens worden echter niet op een dermate restrictieve wijze ingevuld dat de uitwisseling van informatie tussen de bij de behandeling van de persoon met een zorgnood betrokken zorgverstrekkers onmogelijk zou zijn.

De uitwisseling en de verwerking van deze informatie is nu toegelaten wanneer de persoon met een zorgnood schriftelijk zijn **toestemming** geeft aan zijn zorgverstrekkers om zijn gezondheidsgegevens onderling met elkaar te delen of te verwerken.²⁵ De federale wetgever heeft reeds voorzien in de zogenaamde eHealthconsent, de geïnformeerde toestemming voor het elektronisch delen van gezondheidsgegevens.²⁶ De Vlaamse overheid van haar kant heeft via het Vitalink-platform eveneens in een dergelijke mogelijkheid voorzien.²⁷

Het uitgangspunt blijft uiteraard dat deze toestemming alleen geldig is als ze vrij, specifiek en geïnformeerd wordt gegeven.²⁸ De persoon met een zorgnood kan dus niet verplicht worden deze toestemming te geven én als hij ze geeft, kan hij ze op ieder ogenblik opnieuw intrekken. Het is bijgevolg belangrijk dat de zorgverstreker die het netwerk activeert, de persoon met een zorgnood uitlegt waartoe zijn toestemming gevraagd wordt en hij zich ervan vergewist dat de persoon met een zorgnood dit heeft begrepen.

Maar ook als de persoon met een zorgnood zijn toestemming tot het delen van zijn gezondheidsgegevens weigert, intrekt of niet kan geven, zal het, weliswaar onder strikte voorwaarden, nu al mogelijk zijn om informatie tussen de bij de persoon met een zorgnood in het netwerk betrokken zorgverstrekkers uit te wisselen en te verwerken. Dat zal zo zijn indien dit voor **die welbepaalde informatie noodzakelijk** is:

- ter verdediging van de vitale belangen van de persoon met een zorgnood of van een andere persoon indien de betrokkene fysiek of juridisch niet in staat is om zijn toestemming te geven²⁹;
- voor doeleinden van preventieve geneeskunde of medische diagnose, of voor het verstrekken van zorg of behandelingen aan de betrokkene of een verwant, of het beheer van de gezondheidsdiensten handelend in het belang van de betrokkene. Vereist is hier wel dat de gegevens worden verwerkt onder het toezicht van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg.³⁰

In beide situaties is het in principe een zorgverstreker die verantwoordelijk is voor de verwerking van de gezondheidsgegevens.³¹

Ook het Eerstelijnsdecreet herhaalt dat de gegevensuitwisseling tussen zorgverstrekkers noodzakelijk moet zijn om de continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening te verzekeren.³²

Telkens (met de toestemming van de persoon met een zorgnood of indien de verwerking noodzakelijk is) moet erover gewaakt worden dat de elementaire principes van de Privacywet worden gerespecteerd bij de informatiedeling.³³

De vraag rijst of de huidige wettelijke mogelijkheden om informatie te delen en te verwerken voor alle mogelijke gevallen **ver genoeg gaan** om telkens wanneer dat nuttig is (en niet alleen wanneer het noodzakelijk is) een efficiënte samenwerking mogelijk te maken binnen een netwerk. De eerstelijnszorgverstrekkers menen dat dit niet het geval is. Hier dringt een wettelijke verduidelijking zich op. Momenteel is eveneens nog onduidelijk waar de medico-legale verantwoordelijkheid van de verwerker van gezondheidsgegevens begint/eindigt. Ook dit juridisch hiaat dient uitgeklaard te worden.

- de Privacywet³⁴ vereist van de zorgverstrekkers dat zij de **gepaste (technische en organisatorische) veiligheidsmaatregelen** treffen die nodig zijn om de persoonsgegevens te beschermen tegen toevallige of ongeoorloofde vernietiging, tegen toevallig verlies en tegen iedere andere niet toegelaten verwerking. Hieraan zouden ook de nodige financiële middelen gekoppeld moeten worden. Concreet belast het Decreet Gegevensdeling³⁵ het Vlaams Agentschap voor Samenwerking rond Gegevensdeling tussen de Actoren in de Zorg met de organisatie van een netwerk voor veilige gegevensdeling met het oog op een continue en kwaliteitsvolle zorgverstrekking³⁶, met respect voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de persoon met een zorgnood³⁷;
- de zorgverstreker mag zich niet laten leiden door de **eigen economische belangen** die onverenigbaar zijn met de voor de persoon met een zorgnood meest adequate zorgverlening.

De zorgverstrekkers mogen het netwerk rond een persoon met een zorgnood dus niet gebruiken -of liever misbruiken- om personen met een zorgnood naar elkaar te verwijzen zonder dat hiertoe enige medische indicatie bestaat, om elkaar zo de mogelijkheid te bieden om overbodige prestaties aan te rekenen en zo financieel te profiteren van deze **overconsumptie**.

Het verbod op overconsumptie en niet-medisch geïndiceerde behandelingen³⁸ is echter geen voldoende argument om samenwerking te verbieden. Meer nog, de ratio van dit verbod ligt aan de basis van de nog uit te schrijven erkenningsvoorwaarden. Zorgverstrekkers die zich binnen een erkend netwerk toch aan medische overconsumptie en nutteloze dienstengenerering schuldig zouden maken, overtreden dus ook de doelstelling zelf en de erkenningsvoorwaarden van het netwerk.

Om overconsumptie en patiëntenhandel te voorkomen, heeft de wetgever ook het **dichotomieverbod** in de wet ingeschreven.³⁹ Dit verbod is van toepassing zowel tussen zorgverstrekkers onderling, als tussen zorgverstrekkers en derden. Het houdt in dat zij geen participatie kunnen bedingen in de winst die voortvloeit uit door anderen geleverde prestaties.⁴⁰ Een gebruikersvergoeding die een zorgverstreker betaalt aan een andere persoon (een zorgverstreker of een derde) als tegenprestatie voor de terbeschikkingstelling van lokalen, personeel, apparatuur, kan in principe wel, tenzij het bedrag van het honorarium dat hiervoor wordt afgestaan, niet in een redelijke verhouding staat ten opzichte van de verstrekte goederen en diensten.⁴¹



Werkconferentie rond project 'Modellen voor interdisciplinaire samenwerking', 12 januari 2017, La Tricoterie te Sint-Gillis

Het dichotomieverbod verhindert dus niet dat zorgverstrekkers die hun diensten eventueel onder één dak willen aanbieden, de kosten hiervoor onderling delen, op voorwaarde dat deze verdeling onderling redelijk is.

Een inbreuk op het dichotomieverbod wordt burgerrechtelijk, strafrechtelijk⁴² en (voor artsen en apothekers) tuchtrechtelijk gesanctioneerd. Een samenwerkingsovereenkomst die indruist tegen dit dichotomieverbod, is trouwens sowieso nietig omdat ze een ongeoorloofd voorwerp of ongeoorloofde oorzaak heeft.⁴³

Indien de erkenningsvoorwaarden voor de netwerken de nagestreefde doeleinden en kenmerken van de samenwerking tussen zorgverstrekkers in de eerste lijn wettelijk verankerd worden en deze ook gerespecteerd worden door de samenwerkende zorgverstrekkers, dan wordt het dichotomieverbod niet geschonden. Maar indien blijkt dat zorgverstrekkers zich toch schuldig zouden maken aan dergelijke praktijken, moeten ze uiteraard aangepakt kunnen worden, ook al handelen ze binnen een netwerk.

Indien diverse zorgverstrekkers, allen actief op de eerste lijn maar in verschillende takken van de geneeskunst, ook winsten zouden willen delen, en de wetgever zou dit willen toelaten, dan moet voorzien worden **in een uitzondering op het wettelijke (en deontologische) dichotomieverbod**.

- de vraag rijst of elke mogelijke zorgverstrekker **actief in de eerste lijn juridisch als activator** van het netwerk kan fungeren. Niet elke zorgverstrekker actief in de eerste lijn mag immers een behandeling initiëren. Of hij dat mag, hangt af van zijn **wettelijke bevoegdheden**. Zo mag de kinesitherapeut conform de huidige regelgeving enkel werken op voorschrift van de (tand)arts.⁴⁴ Dat geldt ook voor de verpleegkundige voor wat betreft de verpleegkundige verstrekkingen waarvoor een medisch voorschrift vereist is (B2-verstrekkingen) en de handelingen die hem of haar door een arts kunnen worden toevertrouwd (C-handelingen).⁴⁵ In de erkenningsvoorwaarden moet dus verder uitgewerkt worden welke zorgverstrekker wanneer een netwerk kan activeren.

2.3. Mogelijke deontologische obstakels

Vanuit de bezorgdheid om het vertrouwen van de persoon met een zorgnood in de zorgverstreker te beschermen, heeft de wetgever de nadere invulling en het toezicht op de naleving van de basisbeginselen van beroepseerlijkheid bij artsen en apothekers toevertrouwd aan specifiek hiertoe opgerichte beroepsordes, zijnde de Orde der artsen respectievelijk de Orde der apothekers.⁴⁶

De samenwerking van artsen respectievelijk apothekers met collegae of beroepsbeoefenaars van andere disciplines is op zich niet **tuchtrechtelijk verboden**. Wel integendeel, ze wordt zelfs **verplicht** of **aangemoedigd**:

- de Code van farmaceutische plichtenleer bevestigt de samenwerking van **apothekers** met andere gezondheidszorgberoepsbeoefenaars als een deontologische verplichting⁴⁷;
- de Code van geneeskundige plichtenleer bepaalt dat de **arts** in zijn beroepsverhouding met de paramedici en andere medewerkers moet zorgen voor een uitstekende samenwerking.⁴⁸ Het lijkt hierbij evenwel te gaan om een samenwerking binnen een hiërarchisch model.

Een horizontale samenwerking van artsen met andere artsen of met beroepsbeoefenaars van andere gezondheidszorgberoepen, wordt niet als verplichting geponeerd. Toch verbiedt de Orde der artsen de samenwerking niet tussen artsen en niet-artsen. Samenwerking tussen artsen en apothekers wordt evenwel stringent beoordeeld door de Orde der artsen.

Artikel 173 Code van geneeskundige plichtenleer bepaalt dat elke overeenkomst tussen artsen(-vennootschappen) en niet-artsen schriftelijk moet worden vastgelegd en slechts mag worden ondertekend nadat het ontwerp ervan op deontologisch vlak werd goedgekeurd door de bevoegde provinciale raad.⁴⁹ Aangezien overeenkomsten schriftelijk opgesteld en voorgelegd moeten worden, zijn ze niet in beginsel verboden. Artikel 174 Code van geneeskundige plichtenleer vervolgt dat de overeenkomst wel verboden is wanneer ze aanleiding kan geven tot misbruik of beperking van de diagnostische of therapeutische vrijheid of wanneer ze de zorgkwaliteit in het gedrang kan brengen.

De artikelen 159 e.v. Code van geneeskundige plichtenleer viseren verder de overeenkomsten tussen artsen onderling, maar lijken te vertrekken vanuit het traditionele concept van winst- of kostendeling.

Samenwerken in een netwerk is voor de arts dus niet a priori verboden. Het netwerk beoogt immers de optimalisatie van de zorgkwaliteit door de erkenning van de competentie van iedere zorgverstreker en de complementariteit tussen de zorgverstrekkers onderling.

Indien de erkenningsnormen nageleefd worden, zou de **deontologie geen hinderpaal mogen vormen. Binnen het netwerk** moeten de arts en de apotheker wel de **deontologie naleven**. Het netwerk mag derhalve niet misbruikt worden om fundamentele deontologische beginselen aan de kant te schuiven. Dit impliceert dat:

- een arts respectievelijk apotheker geen afbreuk mag doen aan de **vrije keuze** van de persoon met een zorgnood van een andere zorgverstreker onder het mom van een zogenaamd "ideaal samengesteld" netwerk. Zowel de Orde der artsen, als de Orde der apothekers benadrukken immers dat de vrije keuze als een basisrecht van de persoon met een zorgnood gerespecteerd moet worden.⁵⁰

De Orde der apothekers herinnert de apotheker er daarenboven aan dat indien hij een persoon met een zorgnood aanraadt een arts te raadplegen, de persoon met een zorgnood vrij die arts kan kiezen.⁵¹

Op zijn beurt herinnert de Orde der artsen er de artsen aan dat zij de vrije keuze van apotheker moeten eerbiedigen.⁵²

De erkenningsvoorwaarden van het netwerk moeten dus zeker deze vrije keuze als uitgangspunt vooropstellen.

Dat de zorgverstreker de "passieve" of "doelgroep" persoon met een zorgnood het comfort zou kunnen bieden om een

netwerk voor te stellen, mag bij de Ordes verder niet de schijn opwekken dat dit aanbod afbreuk doet aan deze vrije keuze. De “passieve” of “doelgroep” persoon met een zorgnood moet dus kunnen weigeren van dit voorgestelde netwerk gebruik te maken.

De arts of apotheker mag evenmin systematisch trachten de door de “actieve” persoon met een zorgnood voorgestelde zorgverstrekkers uit het netwerk te weren;

- noch de arts, noch de apotheker personen met een zorgnood mogen **ronselen**.⁵³ Ronselen houdt in dat de arts of apotheker personen met een zorgnood naar zijn kabinet of officina lokt met informatie die de persoon met een zorgnood niet nodig heeft om te weten waar en wanneer hij zijn arts respectievelijk apotheker kan raadplegen.

Dit verbod verhindert artsen en apothekers dus niet om op te treden in een samenwerkingsnetwerk. Evenwel zullen zij zich niet op het netwerk mogen beroepen om personen met een zorgnood aan te trekken of -zo men wil- te “ronselen”;

- zowel de arts als de apotheker nauwgezet het **beroepsgeheim**⁵⁴ moeten naleven. De samenwerking in een erkend netwerk en de hierbij horende noodzakelijke gegevensuitwisseling brengen het beroepsgeheim (en evenmin de privacy van de persoon met een zorgnood) op zich echter niet in het gedrang.

De nationale raad van de Orde der artsen stelt in een advies van 25 oktober 2014 trouwens uitdrukkelijk dat het beroepsgeheim moet worden toegepast in het belang van de persoon met een zorgnood, en dat het de samenwerking en het gebruik van technologieën die een voordeel opleveren voor de persoon met een zorgnood, niet belemmert.⁵⁵ De Orde der artsen beklemtoont bijgevolg zelf dat samenwerking in het voordeel van de persoon met een zorgnood niet mag worden verhinderd door een achterhaalde invulling van het beroepsgeheim.

Om het beroepsgeheim te beschermen, is het de apotheker verboden enige ruimte in de apotheek ter beschikking te stellen van derden.⁵⁶ Het spreekt voor zich dat dit beginsel ook binnen het samenwerkingsnetwerk gehandhaafd blijft.

Indien de erkenningsvoorwaarden aan het actueel geldende (gedeeld) beroepsgeheim sleutelen (supra), dan wordt dit best gecommuniceerd naar de Ordes toe zodat zij zo nodig hun Code en in elk geval hun tuchtrechtspraak hieraan kunnen aanpassen;

- artsen en apothekers zich niet mogen bezondigen aan **dichotomie**⁵⁷. Indien het dichotomieverbod (deels) opgeheven zou worden voor zorgverstrekkers van verschillende takken van de geneeskunst die samenwerken op de eerste lijn (supra), dan wordt dit best gecommuniceerd naar beide Ordes zodat zij zo nodig hun Code en in elk geval hun tuchtrechtspraak hieraan kunnen aanpassen;
- de arts het verbod respecteert op medische overconsumptie en medisch niet-geïndiceerde behandelingen.⁵⁸

Artsen die zich binnen de samenwerking toch aan medische **overconsumptie** en nutteloze dienstgenerering schuldig maken, overtreden één van de essentiële doelstellingen van het samenwerkingsnetwerk en hiermee één van de uit te schrijven erkenningsvoorwaarden van het netwerk. In dat geval kunnen ze immers niet hard maken dat ze met de samenwerking een geïntegreerde en kwaliteitsvolle zorg op maat van de persoon met een zorgnood beogen. het is dan niet meer dan correct dat er tuchtrechtelijk kan opgetreden worden;

- ze het verbod op **collusie** moeten respecteren. Dit betekent dat de apotheker en de arts geen geheime verstandhouding mogen afsluiten met de arts⁵⁹ respectievelijk apotheker⁶⁰.

Het zou de Ordes duidelijk moeten zijn dat samenwerking binnen een netwerk geen collusie oplevert indien de wettelijke erkenningsnormen nageleefd worden. Om er zeker van te zijn dat alle provinciale raden dit ook effectief zo begrijpen, wordt best de Code aangepast, dan wel een interpreterend advies opgemaakt door de nationale raden van beide Ordes. Zo wordt deze “open” deontologische norm ten aanzien van elke individuele arts respectievelijk apotheker effectief ingevuld conform de wettelijke erkenningsvoorwaarden.

Dit laatste is zeker ook nodig voor enkele andere “open” deontologische normen. Zo wordt in relatief vage bewoordingen vooropgesteld dat artsen en apothekers zich **eerlijk, waardig en toegewijd**⁶¹ moeten gedragen naar hun personen met een zorgnood in het bijzonder en naar de samenleving in het algemeen en dat ze **collegiaal** en **confraterneel** moeten zijn in hun onderlinge relaties⁶². Het is de wettelijke opdracht van beide Ordes om hierover te waken.⁶³ Uiteraard moeten deze basisbeginselen niet aan de kant geschoven worden. Wel moet het duidelijk zijn dat ze niet overtreden worden door de zorgverstrekker die participeert in een erkend netwerk.

Ondertekening missie en visie zorgverstrekkers

Bij de Federatie Vrije Beroepen zijn al jaren heel wat beroepsorganisatie uit de zorgsector aangesloten. Zij verenigen zich binnen de Federatie in het Overleg Zelfstandige Zorgverstrekkers (OZZ). Voor het eerst formaliseren ze deze samenwerking in een missie -en visietekst (juli 2016).



Van links naar rechts: Gretel Van der Looy (FVB), Eva Vandervelden (UNIZO), Dirk Vos (VAN), Sofi Van Ussel (UNIZO), Dirk Lemaitre (VBVD), Marc Moens (BVAS), Stefaan Hanson (VVT), Philippe Decroock (VVT), André Mestrum (VVT), Hilde Deneyer (VAN), Edward Van Rossen (PsyCom), Marieke Wyckaert (FVB), Jan Sap (FVB), Pierre Seeuws (VE), Lucien Speeckaert (VBZV), Lieven Zwaenepoel (APB), Mieke Lammens (VVS), Stefaan Peeters (Axxon), Koen Lowet (BFP), Ellen De Wandeler (NVKVV), Karel De Witte, Koen Sleeckx (VBZV), Diego Backaert (NVKVV).

3. Hoe interdisciplinair samenwerken?

Net zoals de gezondheidszorg in evolutie is, worden ook de (medisch) vrije beroepen uitgedaagd in hun rol. Ze worden toegankelijke, betrouwbare adviseurs in een samenwerkingsverband, die dicht bij de persoon met een zorgnood staan. Een samenwerkingsverband dat care verbindt met cure en waarvan gelijkwaardigheid en transparantie aan de basis liggen.

De uitbouw van een samenwerkingsverband is niet altijd evident. Er dient zorgvuldig omgegaan te worden met een aantal condities die de slaagkansen vergroten.

3.1. Conditie voor samenwerking

Bij de uitbouw van toekomstige samenwerkingsmodellen dienen een aantal dimensies of condities aanwezig te zijn ⁶⁴. Onderstaand model geeft een aantal cruciale factoren aan.

Om samenwerking tussen organisaties of professionals in de zorg te begrijpen, moeten we ervan uitgaan dat zaken als samenwerking, communicatie, governance, kennistransfer, ... bepaald worden door acties. Die acties kunnen afhankelijk zijn van enerzijds de **bereidheid** van de betrokkenen, en anderzijds de **mogelijkheid** om samen te werken.

De bereidheid om samen te werken hangt sterk samen met de interdependentie van zorgverstrekkers en de noodzaak om tot coördinatie van de zorg te komen. Gemeenschappelijke doelen zijn cruciaal, maar ook het kunnen verzoenen met de eigen voordelen en belangen is noodzakelijk.

Om samen te kunnen werken zijn er echter ook **middelen** nodig: tijd, geld, personeel, huisvesting, ... Veel wettelijke en financiële kaders zijn vaag, laten onvoldoende samenwerking toe of verbieden ze zelfs. Het beschikken over de nodige middelen om een samenwerking te starten of te realiseren, hangt ook samen met de **managementcapaciteiten** van de initiatiefnemers: leiderschap, visie op het businessmodel, onderhandelingsvaardigheden, ...

Samenwerking wordt echter niet uitsluitend bepaald door bereidheid en middelen. De **perceptie** of overtuiging van de betrokkenen is eveneens van belang: hoe zien zij de condities voor samenwerking? Zien ze de voordelen en noodzaak van samenwerking? Zijn ze bereid om het geloof in hun eigen kracht en macht te verschuiven naar een geloof in gedeelde kracht? Bestaande routines, overtuigingen en waarden beïnvloeden sterk deze perceptie. Het is van belang om ook hier rekening mee te houden.

We gaan hieronder dieper in op een aantal elementen die de zorgverstrekkers in het onderzoek aangaven werden als cruciaal wanneer een samenwerkingsverband gestart wordt.

Gedeelde missie, visie, doelgroep en prestatie-eisen

Vooreerst is een gedeelde visie op gezondheid en gezondheidszorg nodig. Vervolgens is het van belang de systeemgrenzen af te bakenen: waar en voor wie gaat men zorg verstrekken? Dit is de doelgroepbenadering, bv. een geïntegreerd zorgaanbod voor een bepaalde doelgroep bieden. Moet het systeem in subsystemen opgedeeld worden? Daarnaast moet er een gedeelde visie zijn op wat goede zorg en wat kwaliteit is: hoe doet men aan klachtenmanagement? Welke kwaliteitsindicatoren worden gehanteerd? Ten slotte dient er een gedeelde visie op het "business" model te zijn: meer bepaald door een uitbreiding naar andere regio's, winstdeling, verbreding van aanbod (gezondheidsbroker), commercialisering, ...

Zich in groep vestigen is niet hetzelfde als samenwerken. Een samenwerkingsverband moet doelgericht zijn om effectief te zijn en moet steeds gericht zijn op de realisatie van meerwaarde voor een doelgroep met een bepaalde zorgbehoefte.

Cultuur en waarden⁶⁵

De onafhankelijkheid en erkenning van ieders expertise is primordiaal

Er dient samengewerkt te worden op basis van vertrouwen en intrinsieke gelijkwaardigheid van de beroepsgroepen, met respect voor de aanpak en autonomie van elke zorgverstreker (binnen het kader van een gedeelde visie en van ieders bevoegdheid). Erkenning van ieders expertise in zijn of haar vakgebied is hierbij cruciaal.

Vertrouwen, bereidheid tot samenwerking en teamspirit zijn essentieel

Shared decisionmaking is van belang, alsook een team-approach, en teamspirit. Er is ook nood aan een gedeelde visie op participatie door de persoon met een zorgbehoefte. Daarnaast dient men open-minded tegenover andere zorgverstrekers buiten het netwerk te staan.

Structuur

Iedereen activator⁶⁶

In het samenwerkingsverband is iedere zorgverstreker een actor die het netwerk kan activeren voor de persoon met een zorgnood. Op zijn beurt kan elke persoon met een zorgnood zijn netwerk kiezen en activeren. Afhankelijk van zijn evoluerende zorgnood, is er een veranderende groep zorgverstrekkers waar hij beroep op kan doen. Die zorgverstrekkers staan steeds met elkaar in contact, ondanks de veranderende samenstelling van dat team. ICT speelt hier een faciliterende sleutelrol.

Geen hiërarchisch model

Men werkt niet in een hiërarchisch model, maar in een breed toegankelijk partnership met een duidelijke interne organisatiestructuur en met meer toebedeling van verantwoordelijkheden aan de persoon met een zorgnood. Om dit te realiseren, zijn er financiële en juridische kaders nodig.

De open, democratische inrichting van samenwerkingsverbanden is een voorwaarde voor succes. Eén hoofd-beslisser kan van belang zijn, maar dit is niet noodzakelijk. Een team-approach werkt beter.

Verder moeten op basis van deze uitgangspunten een aantal **organisatorische vragen** beantwoord of geregeld worden:

- Welke structuur wenst men intern?
 - Bv. louter zelfstandigen die zich geassocieerd hebben
 - Ondersteuning: labo, prikpunt, medische fitness, ...
 - Gemeenschappelijk secretariaat of niet
 - Beroepsgroepen intern: geassocieerd of niet, verantwoordelijke per beroepsgroep
 - Zorgcoördinator?
 - Inbedding in ruimere netwerken zoals preferentiële relatie met ziekenhuizen, ADHD netwerken, relatie met CLB of scholen, regionale kringen van beroepsgroepen, afspraken met mutualiteiten of verzekeraars,...
- Hoe wordt het doorverwijzings- en patiëntallocatieproces georganiseerd, zowel intern als extern (afspraken maken, selectie van juiste zorgverstreker => bv. speeddating,...)?
- Overleg tussen de beroepsgroepen en zorgverstrekkers: hoe is dit gestructureerd?
- Huisvest men het samenwerkingsverband onder één dak of niet, zijn er regionale vestigingen of slechts één zetel?
- Exclusieve of inclusieve samenwerking?
- Wie doet wat binnen de organisatie?
 - Sterrollen opnemen (deontologie, financiën, gebouw,...)
 - Eén verantwoordelijke (formele of informele leider), al dan niet per beroepsgroep
 - ...

HR Management

Binnen een samenwerkingsverband dienen een aantal HR gerelateerde vraagstukken een antwoord te krijgen, waaronder:

- Rekrutering van nieuwe leden netwerk:
 - Welke zorgverstrekker met welk profiel past in de setting?
 - Wie beslist over nieuwe kandidaten?
 - Hoe verloopt de selectie (nu is dit vaak op basis van een gesprek, soms is er een proefperiode van 3 maanden,...)?
 - Drempel voor aanwerving⁶⁷
 - Vereisten met betrekking tot kwaliteitslabels?
 - Jonge zorgverstrekkers zoeken een haalbare combinatie gezin-arbeid
 - Bewust jonge mensen kansen bieden: stagiairs, jonge zorgverstrekkers, ...
- Opleiding en competentie-ontwikkeling
 - Opleidingen: formele en informele opleiding, interne en externe docenten
 - Intervisie-momenten
 - Opleidingen organiseren voor externen
 - Verbreding van opleidingen
 - Kruisbestuiving: leren van mekaars disciplines door interne opleiding
- Principes van bedrijfsleven toepassen op zorgverstrekking

Geïntegreerde ICT

De essentiële voorwaarde om geïntegreerde zorg te realiseren en transparant te werken in een samenwerkingsverband, ligt in het delen van gegevens en informatie-uitwisseling. Een performant ICT-systeem is noodzakelijk om transparant te werken. In het samenwerkingsverband beschikt iedere zorgverstrekker (met wie de burger een therapeutische relatie heeft) over alle relevante gegevens: zowel op vlak van gegevens van een persoon met een zorgnood, kwaliteitsindicatoren, als voor bijvoorbeeld de outcome van bepaalde zorgpaden van de persoon met een zorgnood (na informed consent), en dit op elk moment. Door de persoon met een zorgnood medeverantwoordelijk te maken, wordt hij maximaal betrokken in zijn zorgproces, en is hij partner van het samenwerkingsverband. De huidige wetgeving vormt momenteel een grote belemmering in deling en consultatie van de beschikbare gegevens. De discussie moet geopend worden over de eindeloze mogelijkheden die big data kan aanreiken.

Concreet zijn hiervoor verschillende zaken noodzakelijk. Er is nood aan uitwisseling van informatie over personen met een zorgnood en systemen om afspraken te boeken. Wat betreft het patiëntendossier moet gekozen worden welke richting men uit wil: meer autonomie geven, zelfmanagement stimuleren en de regie bij de persoon met een zorgnood leggen; of meer centraliseren en de persoon met een zorgnood meer afhankelijk maken. Ook moet technologie ingezet worden om bij te dragen tot zorgintegratie. Verder is er nood aan data-analyse op praktijk- of netwerkniveau: tijd, financiering en beschikbare technologie zijn nog vaak een probleem.

3.2. Mogelijke modellen van samenwerking

Er bestaan in het huidige veld van de eerstelijnsgezondheidszorg verschillende samenwerkingsmodellen naast elkaar. Er wordt geëxperimenteerd en uitgetest op het terrein.

In wat volgt worden deze modellen omschreven en in een typologie van meest voorkomende modellen ondergebracht. De bestaande samenwerkingsmodellen kunnen op basis van verschillende criteria worden getypeerd. Een typologie kan onder meer op basis van het onderscheid tussen mono- en multidisciplinaire samenwerking (en met of zonder arts). Binnen deze typologie kan nog verder onderverdeeld worden volgens functionele arbeidsdeling en stroomsgewijze (zorg-

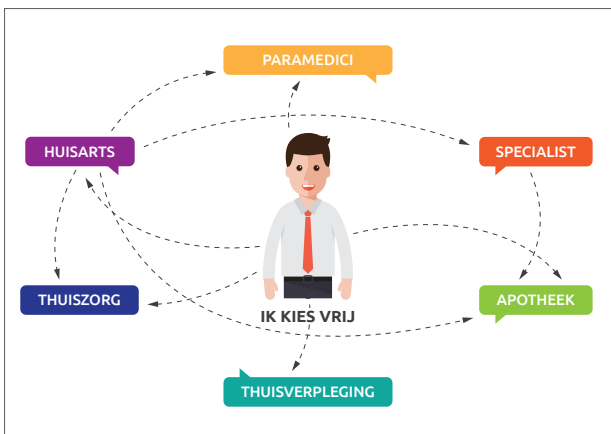
traject, zorgproces) arbeidsdeling. Hier kan ook een onderscheid gemaakt worden op basis van de aanwezige disciplines, de bevoorrechte partners of logische groeperingen. Daarnaast kan de onderverdeling ook op basis van een doelgroep- of ziektebenadering, die specialistisch dan wel generalistisch van aard is. Andere mogelijke criteria zijn: onder één dak versus gedistribueerd werken, en in een sterk verweven netwerk of in losse verbanden werken. Een onderscheid kan ook gemaakt worden tussen een inclusief of een exclusief samenwerkingsverband (dat regionaal is ingeplant of niet).

Bovendien zijn ook combinaties van criteria mogelijk, bijvoorbeeld een doelgroepenbenadering gecombineerd met een generalistische benadering.

Huidige meest voorkomende modellen van samenwerking

Bovenstaande brengt ons tot volgende typologie van samenwerkingsverbanden. Elk van deze modellen werd **besproken op de werkconferentie door een groep van een zeventigtal zorgverstrekkers uit verschillende disciplines**. Elk model wordt hierbij beoordeeld op zijn **voor- en nadelen**, telkens vanuit het standpunt van de zorgverstrekker en vanuit het standpunt van de persoon met een zorgnood. Daarna worden de **condities** geschetst die de implementatie van een dergelijk model haalbaar of mogelijk maken. Tot slot wordt beschreven in welke **stimuli** voorzien dient te worden voor de implementatie van het model.

1. De persoon met een zorgnood zoekt zelf zijn weg en koopt zorg in een concurrerend aanbod



De persoon met een zorgnood die zelf zijn weg zoekt en zorg koopt in een concurrerend aanbod, al dan niet met voorkeurrelaties tussen zorgverstrekkers, is het huidig dominant model.

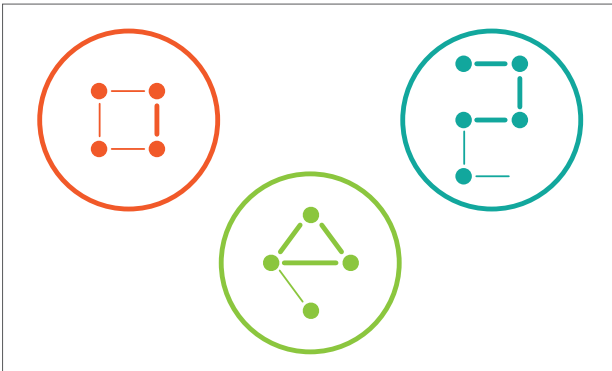
De voordelen voor de persoon met een zorgnood van dit model zijn volledige keuzevrijheid, het feit dat hij zijn eigen dossier beheert en er toegang toe verleent volgens eigen keuze. De nadelen voor de persoon met een zorgnood zijn evenwel dat het moeilijk is om de juiste zorg te vinden, er te weinig gericht wordt doorverwezen en dat dit een minder efficiënte zorg tot gevolg heeft (dubbel werk en kost). Ook is er onvoldoende overleg waardoor er geen totaalzorg gebeurt.

De voordelen voor de zorgverstrekker zijn de volledige autonomie, het feit dat dit model minder tijdsintensief is en als ego-ondersteunend wordt ervaren. De nadelen zijn anderzijds een te enge visie op zorg, onvoldoende overleg (eerder aangehaald) en de kosten voor de gemeenschap. Ook kennen de vele zorgverstrekkers elkaar niet of onvoldoende in dit model.

De condities die de implementatie van dit model haalbaar of mogelijk maken, zijn van velerlei aard. Er is nood aan een ruim en toegankelijk dossier, dat op 1 platform te vinden is, maar wel voldoende toegespitst is op alle disciplines. Geen inzage heeft hier als gevolg dat er geen behandeling mogelijk is. Dit brengt met zich mee dat er ook nood is aan doorverwijslijsten, een persoonsvolgend dossier, geregistreerde praktijken en regionale interdisciplinaire netwerkplatformen. Voorwaarden voor het welslagen van dit model zijn daarnaast de responsabilisering van de persoon met een zorgnood, die tevens goed ingelicht dient te worden door de overheid.

Voor de implementatie van het model is het noodzakelijk de kennis van en over andere beroepen te stimuleren. Andere belangrijke stimuli zijn de rechtstreekse toegang, mits goede richtlijnen en het economisch bewust maken van de persoon met een zorgnood.

2. Associaties van zorgverstrekkers van dezelfde beroepsgroep



Een veel voorkomend model in het huidige zorglandschap zijn associaties⁶⁸ van zorgverstrekkers van dezelfde beroepsgroep, meestal onder één dak zonder interdisciplinaire preferentiële relaties. Sommige interne samenwerkingsverbanden zijn mogelijk sterker dan andere.

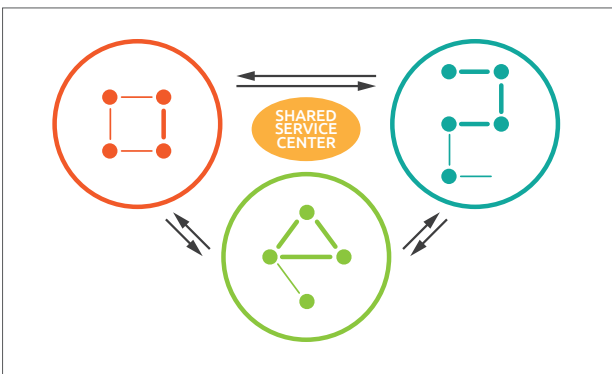
Het voornaamste voor de persoon met een zorgnood is meer kwalitatieve zorg. Daarnaast is de persoon met een zorgnood vrij om zijn zorgverstrekkersgroep te kiezen. De nadelen zijn echter dat er geen zorgtraject is en dus de facto geen geïntegreerde zorg. Er is ook geen interdisciplinaire samenwerking en dit is wel nodig. De holistische visie hangt bovendien af van het engagement van de zorgverstrekker.

Voor de zorgverstrekker zijn de voordelen dat het werk beter kan georganiseerd worden in dit model en de balans werk-privé dus beter ligt. In dit model is er in principe weinig concurrentie en is er mogelijkheid tot continuering van zorg en specialisering binnen een praktijk. Ook is er een goede indicatiestelling en is er mogelijkheid tot interventie. Het nadeel is echter dat het soms tot grote concurrentie kan leiden als er te weinig aanbod is of als een gemeenschappelijke visie ontbreekt.

De condities die de implementatie van dit model haalbaar of mogelijk maken, zijn een goede verstandhouding tussen zorgverstrekkers binnen de praktijk en de bereidheid om tijd te maken voor overleg. Gegevensdeling is cruciaal voor het welslagen van dit model.

De stimuli waarin voorzien dient te worden voor de implementatie van het model zijn de participatie aan eigen kringen en samenwerking tussen die kringen. Er dient in financiering voorzien te worden voor interdisciplinair overleg en verslaggeving. Verder is het ook nodig de andere beroepsgroepen (beter) te leren kennen.

3. Multidisciplinaire samenwerking tussen monodisciplinaire associaties



Een derde mogelijke vorm van samenwerking is de multidisciplinaire samenwerking tussen monodisciplinaire associaties, met preferentiële (exclusieve) interdisciplinaire relaties. Deze associaties zijn al dan niet onder één dak gevestigd, eventueel met een shared service center.

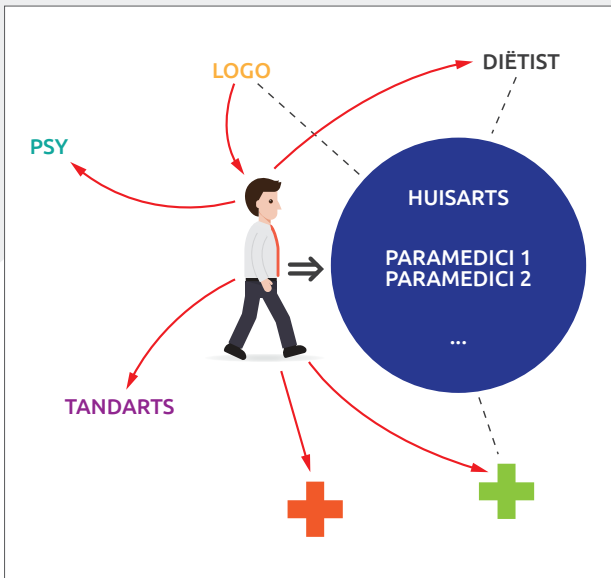
De voordelen voor de persoon met een zorgnood zijn een betere informatiedoorstroming tussen zorgverstrekkers en een betere zorg en infrastructuur. Ook is gespecialiseerde zorg mogelijk in dit model. Nadelig voor de persoon met een zorgnood is evenwel dat in geval van exclusieve samenwerking de keuzevrijheid wordt beperkt, en het risico op protectionisme van de zorgverstrekkers

De voordelen voor de zorgverstrekker zijn eveneens een betere informatiedoorstroming en een betere zorgverstrekking en infrastructuur. Daarnaast biedt ook het kostendelend model voordelen. Nadelig aan dit model is dat ook de keuzevrijheid van doorverwijzing voor de zorgverstrekker wordt beperkt en dat er in dit model veel groepen nodig zijn. Ook brengt het extra administratie qua boekhouding, fiscaliteit, RIZIV-controle met zich mee.

Om de implementatie van dit model haalbaar of mogelijk maken, zijn goede communicatie en gegevensuitwisseling noodzakelijk.

Voor de implementatie van dit model is bovendien de optimalisatie van ICT nodig.

4. Multidisciplinair centrum



In een multidisciplinaire associatie van individuele zorgverstrekkers is een selectie van beroepsgroepen aanwezig. De beroepsgroepen die zich niet binnen deze associatie bevinden, kiest de persoon met een zorgnood vrij.

De gezamenlijke administratieve en ondersteunende medewerkers en de mogelijkheid tot gegevensregistratie zijn voordelig voor de persoon met een zorgnood. Ook heeft dit model een lage drempel omwille van snelle doorverwijzing en afspraken. De nadelen zijn de beperking van de vrije keuze van de persoon met een zorgnood en het risico op overconsumptie. Ook is er in dit model de vertegenwoordiging van alle zorgberoepen niet gegarandeerd.

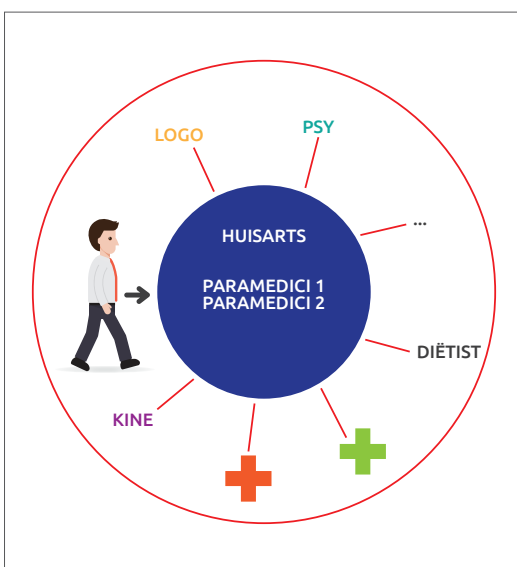
De voordelen voor de zorgverstrekker zijn de gegevensregistratie over personen met een zorgnood en de mogelijkheid en facilitering van informatiedeling. Ook kwaliteitsverhoging en tijdsbesparing zijn mogelijk. Verder zorgen de administratieve ondersteuning en andere ondersteunende

diensten ervoor dat de zorgverstrekker zich meer kan focussen op zijn core business, met name zorg verstrekken. Het feit dat dit een gesloten systeem is met een beperkt aantal disciplines, is dan weer nadelig voor zorgverstrekkers. Ook is er door concurrentie weinig in- en output.

Om dit model te implementeren, moeten samenwerkingsverbanden opgezet worden met o.a. ziekenhuizen of andere disciplines. Ook is er nood aan een juridisch, ethisch, en deontologisch kader. Een bijkomende voorwaarde is een gedeeld patiëntendossier met de nodige privacy.

De stimuli waarin voorzien dient te worden voor de implementatie van dit model zijn lagere remgelden en de kwaliteit van het centrum zelf, waarbij het resultaat gekoppeld is aan imago (mond-aan-mond reclame).

5. Multidisciplinair centrum met preferred suppliers



In een multidisciplinaire associatie van individuele zorgverstrekkers is een selectie van beroepsgroepen aanwezig. Daarnaast is er een preferentiële relatie met een selectie van de afwezige beroepsgroepen. Het zorgcentrum selecteert zorgverstrekkers op basis van prijs, kwaliteit, ...

Het team van zorgverstrekkers kent elkaar in dit model en dit komt de persoon met een zorgnood ten goede, want hiervoor kan kwalitatief goede zorg geboden worden. Voordelig is ook dat dit model drempelverlagend werk voor de persoon met een zorgnood. Er worden ook een diagnose en een beleidslijn gesteld. Nadelig is evenwel dat de vrije keuze van de persoon met een zorgnood beperkt kan zijn.

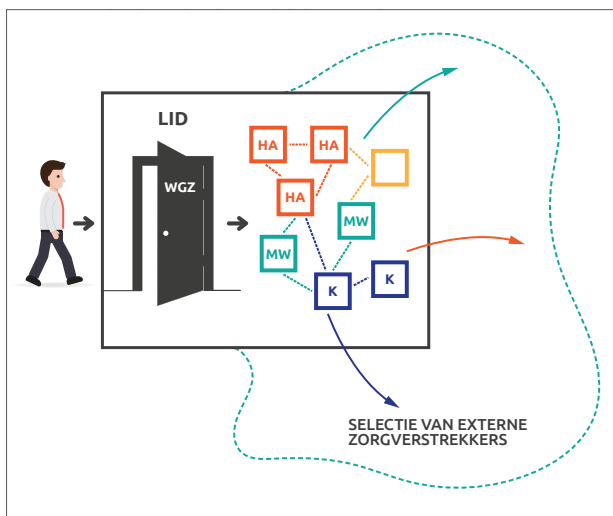
De voordelen voor de zorgverstrekker zijn verder dat het team van zorgverstrekkers elkaar kent, dat een diagnose en beleidslijn worden opgesteld en men dus kwalitatief goede zorg kan bieden. De nadelen van dit model zijn dat het beperkend is (bv. persoon met een zorgnood wil naar zorgverstrekker zonder doorverwijzing van of informa-

tie van de huisarts) en dat het aanleiding geeft tot concurrentie als het team doorstuurt naar haar/zijn geprefereerde partner. Deze subjectieve keuze doet vragen rijzen over de kwaliteit.

Om de implementatie van dit model haalbaar of mogelijk maken, zijn een vlotte gegevensdeling (ook tussen 1e en 2e lijn) en interdisciplinair overleg noodzakelijk.

De stimuli waarin voorzien dient te worden voor de implementatie van dit model zijn voornamelijk van financiële aard: het is voordelig voor de persoon met een zorgnood (hij/zij kan nog kiezen indien de zorg niet goed is), en daarnaast zijn er ook financiële stimuli voor de zorgverstreker (meer doorverwijzing). Ook is er nood aan een gedeelde administratieve structuur.

6. Multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverstrekkers in een exclusieve relatie



In een multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverstrekkers schrijft de persoon met een zorgnood zich in bij een centrum en heeft hij of zij niet de vrijheid om elders zorg af te nemen. Er is een exclusieve relatie tussen de zorgverstrekkers, zowel intern als extern. Het wijkgezondheidscentrum is hét voorbeeld hiervan.

De voordelen voor de persoon met een zorgnood zijn dat dit model eenvoudig, laagdrempelig en goedkoop is. De nadelen zijn het gebrek aan bereikbaarheid, en het gebrek aan keuzevrijheid (relatie tussen de persoon met een zorgnood en zorg). Ook stelt zich hier de vraag naar de kwaliteit van de zorg. Een kanttekening die hierbij te maken is, is dat dit model weliswaar goedkoop is voor de persoon met een zorgnood, maar in vergelijking met de reguliere zorg veel duurder is voor de maatschappij.

De voordelen voor de zorgverstreker zijn een eenvoudige administratie, de mogelijkheid tot kruisbestuiving tussen verschillende disciplines, en de versterking van de machtspositie van de zorgverstreker. De nadelen zijn de hiërarchische structuur binnen het centrum, dat er geen mogelijkheid is tot peer review en dat het zelfstandig ondernemerschap wordt aangetast. Ook is in dit model niet elk specialisme of discipline vertegenwoordigd (bv. apotheker) en is het financieel minder interessant.

Om de implementatie van dit model haalbaar of mogelijk maken, is er nood aan financiering, kwaliteitsbewaking, opleiding, beheer en administratie, ambulante zorg (mobiel), en een locatie (vestigingswet).

Model van samenwerking als experimentele oefening tijdens de werkconferentie

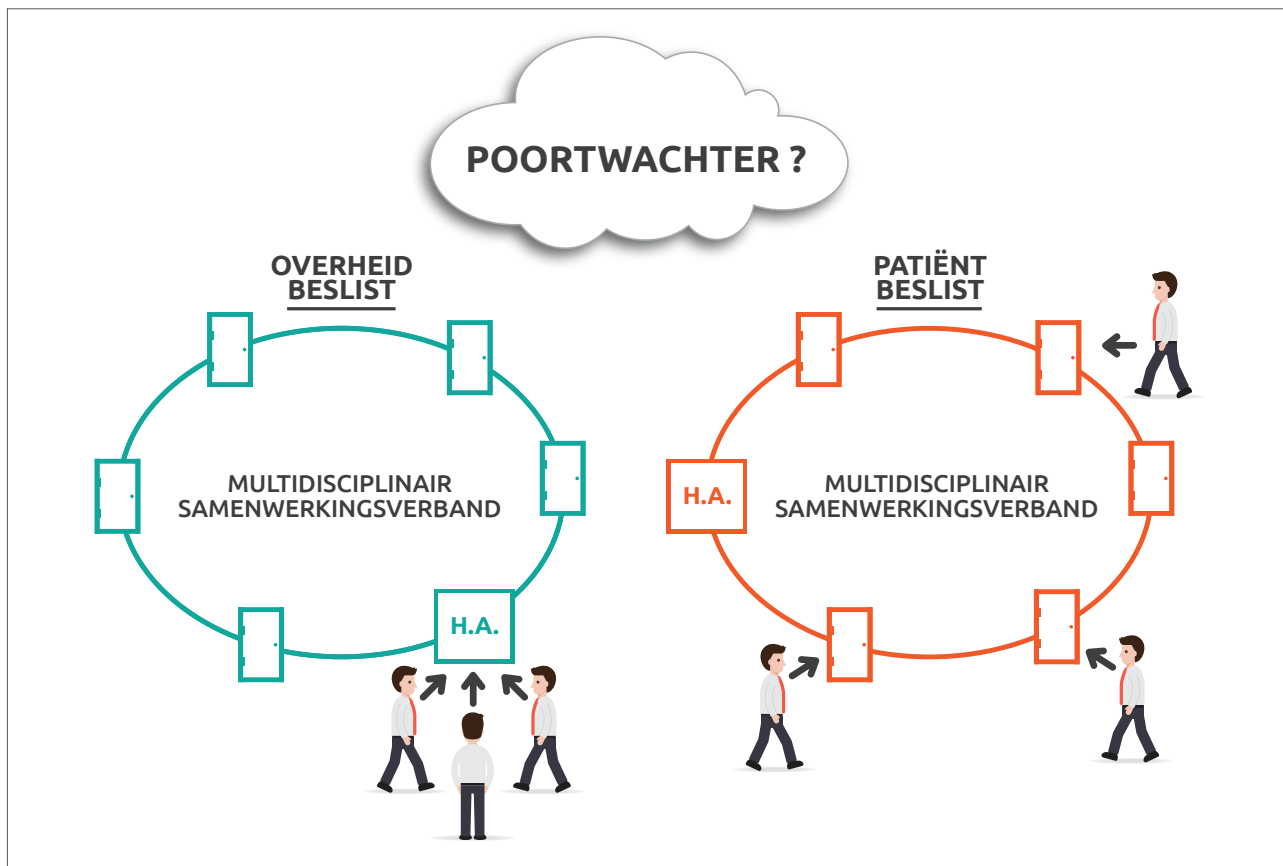
Dit model van samenwerking werd door een beperkte groep van zelfstandige zorgverstrekkers uitgedacht en uitgewerkt in een experimentele oefening tijdens de werkconferentie.⁶⁹

In dit voorgesteld model wendt de persoon met een zorgnood zich met zijn vragen en problematiek tot een zorgregisseur. Deze wijst de persoon met een zorgnood door naar de zorgverstrekker die of het samenwerkingsverband dat het beste aansluit bij zijn noden en behoeften of naar de meest efficiënte oplossing leidt. Meerdere modellen van samenwerking blijven achterliggend mogelijk.

De voordelen van dit model voor de persoon met een zorgnood zijn minder shopping en snellere toegang tot informatie en hulp. Het grootste nadeel voor de persoon met een zorgnood is dat het model als betuttelend kan worden ervaren en de vrije keuze zo mogelijk in het gedrang komt. Indien de persoon met een zorgnood voor een andere optie kiest dan het voorstel van de zorgregisseur, betaalt de persoon met een zorgnood een hoger remgeld.

Nadelig voor de zorgverstrekker zijn de vragen die zich stellen bij dit model, namelijk: wie is de regisseur? Wat zijn de vereiste en beoogde kwalificaties (bv. een ruime kennis van zorg)?

Om de implementatie van dit model haalbaar of mogelijk maken, is een databank van het zorgaanbod noodzakelijk. Iedere zorgverstrekker kan zorgregisseur zijn, maar niet iedere zorgverstrekker wil deze taak op zich nemen. Verder is er nood aan kwaliteitsparameters van de zorg en van de zorgverstrekkers, en aan financiering. Hier stelt zich de vraag naar de rol die de huisarts kan spelen in dit netwerk, hij of zij heeft immers de breedste algemene kennis. Andere voorwaarden zijn dat de kennis van het netwerk moet gevalideerd zijn (door een attest of accreditering, is nog niet bepaald) en dat er controle moet zijn op de zorgregisseur (wie dit doet of hoe dit gebeurt, is evenmin al bepaald).



4. Aanbevelingen voor betere interdisciplinaire samenwerking

Vanuit de zelfstandige zorgverstrekkers formuleren we een reeks aanbevelingen m.b.t. interdisciplinaire samenwerking. Hierbij benadrukken we dat de vraag of de overheid bepaalde modellen al dan niet verplicht moet maken een “**governance**”-vraagstuk is dat los of beter apart moet gezien worden van de modelbouw. Idealiter bepaalt de overheid haar missie, visie en strategie ten aanzien van de resultaten van de gezondheidszorg. In een volgende stap is het aan de zorgverstrekkers zelf om modellen te ontwikkelen die daaraan tegemoetkomen. Immers, “structuur volgt de strategie”.

Meerdere modellen kunnen hetzelfde resultaat bereiken en moeten daarom naast elkaar kunnen bestaan. Vervolgens moeten systemen uitgewerkt worden die passen in de geaccepteerde modellen. Financieringsmodellen, vestigingscriteria en –voorwaarden, deontologische codes en andere condities moeten daarop gealigneerd worden.

1. ‘Laat duizend bloemen bloeien’

Meerdere modellen van interdisciplinaire samenwerking in de eerste lijn moeten naast elkaar kunnen bestaan. Een wijkgezondheidscentrum (model zes) moet kunnen fungeren naast minder vaste interdisciplinaire samenwerkingsverbanden met meer vrijheid voor de persoon met een zorgnood (modellen twee tot vijf). Eventueel kan een performance monitoring in de toekomst leiden tot preferenties voor één of meerder modellen die de overheid vervolgens op basis van deze resultaten kan aanmoedigen. **Personen met een zorgnood kiezen vrij** tussen de in principe naast elkaar opererende modellen.

Regionale verankering kan, maar dan moet er wel een bepaalde vrijheid worden gelaten aan regionale invulling: de stakeholders moeten op regionaal niveau rond de tafel zitten. Daartegenover staat dat een zekere concentratie nodig is voor specialismen (bv. specifieke ziekte of doelgroep). Het succes van modellen van samenwerking blijkt trouwens contextgebonden: wat in het ene land of regio werkt, werkt daarom niet elders. Daarvoor is **populatiemanagement** nodig: welke populatie met welke kenmerken en zorgbehoeften is er in een bepaalde regio?

Volgens de zelfstandige zorgverstrekkers dient de toegang tot gezondheidszorg **zo direct mogelijk** te zijn en, waar mogelijk, via alle eerstelijnszorgverstrekkers. Een eventuele aanvullende opleiding voor beroepsgroepen die de toelidingsfunctie willen vervullen, kan de interdisciplinaire focus en het organiserend vermogen van de eerste lijn vergroten.

2. Leve de patiënt

De zorgverstrekkers onderschrijven dat het van belang is om breed in te zetten op preventie, de nood aan zorg voorkomen, ze vroegtijdig detecteren. Verder onderschrijft men het belang en de noodzaak van multi-en interdisciplinaire samenwerking in de context van de uitdagingen van de gezondheidszorg die op ons afkomen.

De zelfstandige zorgverstrekkers vinden het hierbij van belang om op **de kracht en mogelijkheden van de persoon met een zorgnood zelf** te bouwen en te vertrouwen, en steeds van een duidelijke hulpvraag van de persoon met een zorgnood te vertrekken. Men pleit voor zorg die niet betuttelend is.

Het best wordt zorg ook in de eerste lijn gehouden, minstens is er nood aan een soepele en doorzichtige overgang tussen 1e en 2e lijnszorg. Het zorgaanbod wordt waar nodig aangevuld met een welzijnsaanbod.



Meerdere modellen van interdisciplinaire samenwerking naast elkaar.

Voor zwakkere personen met een zorgnood die ondersteuning willen c.q. nodig hebben, wordt best onderzocht op welke manier de persoon met een zorgnood kan worden begeleid bij de keuze van het meest adequate verband, gegeven de zorgnooden.

3. Delen is het nieuwe vermenigvuldigen

Om de interdisciplinaire samenwerking en het regie-aanbod te faciliteren, wordt verder (intensief) werk gemaakt van het elektronisch patiëntendossier. De persoon met een zorgnood kan – als een actieve partner van zijn/haar gezondheid – ook actief bijdragen aan de volledigheid van het elektronische patiëntendossier door gegevens toe te voegen die relevant zijn voor zijn/haar gezondheid (bv. dagboek, persoonlijke documenten). Dit betekent niet dat de persoon met een zorgnood de(para)medische gegevens kan wijzigen die de beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg hebben ingebracht. Bestaande tools zoals het Vitalink platform dienen verder geoptimaliseerd te worden.

Er is nood aan **performante gegevensdeling** tussen de verschillende zorgverstrekkers, dat de basis is van het gedeeld e-dossier. Relevante gegevens om de patient safety te garanderen zijn hierbij cruciaal. De overheid dient hier verdere stappen te zetten, ook op juridisch vlak (zie Deel II. Obstakels voor interdisciplinaire samenwerking).

4. (Samen) koken kost geld

De financiering van de gezondheidszorg moet vertrekken van een transversale benadering, over de silo's heen. De overtuiging dat gezondheidsdoelstellingen en integrale zorg slechts gerealiseerd kunnen worden mits een interdisciplinaire aanpak, maakt de vraag tot globale benadering van de financieringsbehoeften steeds urgenter. Dat zal ongetwijfeld de doelmatigheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg ten goede komen. Integrale zorg vraagt om degelijke financiële prikkels.

Een van de voornaamste hinderpalen tot samenwerking én bijgevolg aanbevelingen uit dit onderzoek zijn dan ook dat zorgverstrekkers aankaarten dat samenwerking financieel niet wordt ondersteund. Een bekommernis is verder dat economische motieven mogelijks ook samenwerking in de weg staan, onder meer ten gevolge van de verschillende manieren waarop zorgverstrekkers gefinancierd worden.

Belangrijk hierbij is de vraag naar een **voldoende dekkend basishonorarium** dat inter- of multidisciplinair overleg toelaat. Dit betekent ook meer financiële **gelijkwaardigheid** tussen zorgverstrekkers en een correcte vergoeding van elke zorgverstrekker zonder dat dit de persoon met een zorgnood financieel benadeelt.

In de literatuur zijn een aantal financiële prikkels beschreven die het potentieel hebben om zorgverstrekkers te stimuleren tot meer samenwerking en coördinatie, zoals global payment, bundled payment, pay for quality, pay for coordination enz. Uit een systematische literatuurstudie⁷⁰ bleek dat er geen eenduidigheid is in de bewijskracht inzake de impact van financiële prikkels voor zorgintegratie op uitkomsten zoals gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, kost en kwaliteit van zorg en klinische uitkomsten. De resultaten varieerden van geen significant effect, over een trend tot effect, tot wel een significant effect. Studies werden echter vaak gekenmerkt door methodologische beperkingen zoals het ontbreken van controlegroepen of een zwak studiedesign.

5. Opleiding in samenwerking met een aangepast kader en accreditering

Waar er wordt opgeleid tot specialisatie, worden er samenwerkingsvraagstukken gecreëerd. Het is dan ook een belangrijke taak van de overheid om opleidingen aan te vullen met een opleidingsaanbod over samenwerking tussen beroepsgroepen. Het is daarnaast van belang dat de verschillende disciplines elkaar leren kennen vooraleer ze interdisciplinair kunnen gaan (samen)werken. Dit leidt op termijn tevens tot betere doorverwijzing.

Ook permanente navormingen maken deel uit van de kwaliteitsbevorderende activiteiten van samenwerkende beroepsgroepen. Inter- en multidisciplinaire navormingen bieden een meerwaarde om de samenwerking en afstemming van de betrokken beroepsdisciplines bij gezondheidsvraagstukken te verbeteren. Accrediteringen voor gemeenschappelijke navormingen zouden een sterke incentive zijn om de samenwerking op inhoudelijk vlak te bevorderen.

6. Financiële ondersteuning van de organisatie en de samenwerking

We bepleiten dat het participatiefonds een aangepast instrument aanbiedt om de extra kost van het intreden in een associatie te ondersteunen. Daarnaast moet de mogelijkheid onderzocht worden om de ondersteuning - naar analogie met deze van het huidige impulsfonds - op te starten voor andere zelfstandige zorgverstrekkers op de eerste lijn.

De KMO-portefeuille biedt ondersteuning inzake advies en opleiding, ook voor vrije beroepen en ook voor de organisatie van samenwerking. Daarnaast ondersteunt het Vlaams Agentschap Innoveren en Ondernemen (VLAIO) ook begeleidingsprogramma's voor ondernemers en vrije beroepen. Zowel de KMO-portefeuille als de lopende begeleidings- en opleidingsprogramma's dienen voldoende gericht te worden naar en bekend gemaakt worden bij zelfstandige zorgverstrekkers die wensen samen te werken.

7. Een "tool kit" en modelcontracten voor het vormgeven van samenwerkingsverbanden

Op het terrein wordt intensief van gedachten gewisseld over en geëxperimenteerd met samenwerkingsmodellen. Iedereen kampt met hetzelfde soort vragen en worstelt met analoge kinderziektes. Het enthousiasme om projecten van interdisciplinaire samenwerking op te zetten kan ondersteund worden door strategische en praktische handvaten aan te reiken die het proces van "organisatie-" of "netwerk"vorming faciliteren. De incubatietijd kan aldus verkort worden en faalkansen kunnen gereduceerd worden.

Daarom pleiten we voor de ontwikkeling van een "tool kit" annex opleiding voor samenwerkingsverbanden tussen zorgverstrekkers. Deze omvat onder meer ondersteuning op het vlak van:

- Missie- en visieontwikkeling, prestatie-eisen
- Juiste match organisatiemodel – zorgbehoefte of doelgroep, eventueel regionaal
- Populatie-analyse en populatiemanagement
- Structuur van het samenwerkingsverband, teamontwerp
- Toepassing van principes van Lean en/of QRM
- Besturingsmodel en leiderschap
- Overlegmodel en participatievraagstukken
- Huisvesting, architectuur en logistieke vraagstukken
- HRM-systemen en -ondersteuning
- Samenwerkingscontracten
- Informatie over financiering
- Instrumenten voor data-analyse op niveau van de interdisciplinaire praktijk

Er is ook nood aan **modelcontracten** voor de zelfstandige zorgverstrekkers waarin de samenwerking verder geconcretiseerd wordt. Deze modellen moeten opgemaakt worden met respect voor de wettelijke erkenningsvoorwaarden en de overige wettelijke en deontologische regels. De modellen moeten ook toelaten dat de samenwerking verder vorm krijgt en er hierover tussen zorgverstrekkers onderling duidelijke afspraken gemaakt worden, onder meer met betrekking tot het concreet respecteren van de keuzevrijheid van de persoon met een zorgnood, de uitstap van de persoon met een zorgnood uit de samenwerking, de informatiedeling, enz. Deze modellen mogen evenwel niet verplicht worden.

Naar de persoon met een zorgnood toe kunnen informed consent- modelformulieren opgemaakt worden waarin de persoon met een zorgnood zich akkoord verklaart met de samenwerking. Afhankelijk van de concrete samenwerking moeten de zorgverstrekkers in kwestie dit model uiteraard



Financiering van de gezondheidszorg moet vertrekken vanuit een transversale benadering.

aanvullen zodat het meer wordt dan een ingevuld standaardformulier. Tevens kan men erin voorzien dat bij inschrijving de voorwaarden m.b.t. de uitschrijving worden duidelijk gemaakt. Ook hier kunnen vrijblijvende modelvoorbeelden een meerwaarde hebben.

8. Nood aan een aangepaste juridisch vertaling van de concrete samenwerking

Artikel 7 Eerstelijnsdecreet laat toe samenwerkingsverbanden⁷¹ op het niveau van de praktijkvoering te erkennen. In uitvoering van dit artikel moeten de door de eerstelijnszorgverstrekkers nagestreefde en hierboven vermelde doeleinden juridisch “vertaald” worden in wettelijke erkenningsvoorwaarden om zo een correcte eerstelijnsamenwerking te faciliteren. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de door de eerstelijnszorgverstrekkers gepercipieerde voordelen van en de obstakels tegen samenwerking op de eerste lijn. Indien de zorgverstrekkers samenwerken conform de wettelijke erkenningsvoorwaarden, gaat het om een erkend samenwerkingsverband dat eventueel recht heeft op subsidies.

Bij de redactie van deze erkenningsvoorwaarden moet er alvast rekening gehouden worden met voorgaande aanbevelingen, meer bepaald dat de samenwerking:

- in principe **open** is naar de persoon met een zorgnood toe: de persoon met een zorgnood moet zelf kunnen bepalen welke zorgverstrekker deel uitmaakt van zijn netwerk van zelfstandige zorgverstrekkers. Hij moet vrij zijn om zijn zorgverstrekker te kunnen kiezen;
- **inclusief** is naar de beroepsbeoefenaar toe: de ene zorgverstrekker mag een welbepaalde andere zorgverstrekker niet uitsluiten van het netwerk rondom de persoon met een zorgnood;
- geënt is op de **intrinsieke gelijkwaardigheid** van de beroepsbeoefenaars en de **complementariteit** in de behandeling.

Vanuit zijn eigen competentiegebied werkt iedere zorgverstrekker in onderling overleg mee aan de aanrijking van zorgoplossingen. Hierbij wordt het subsidiariteitsprincipe⁷² gerespecteerd;

- **multi- en/of interdisciplinair** is. Enkel dan kan het netwerk rond de persoon met een zorgnood deze een globale zorg aanbieden;
- een beroep kan doen op een **performant gegevensuitwisselingssysteem**⁷³ dat de zorgverstrekkers met respect voor de **privacy** van de persoon met een zorgnood met elkaar verbindt. Dit impliceert dat de zorgverstrekkers gegevens moeten kunnen uitwisselen zonder daarbij hun (gedeeld) **beroepsgeheim** te schenden en het derhalve toegelaten is nuttige en noodzakelijke informatie te delen binnen een erkend netwerk. De **dossier toegankelijkheid** moet duidelijk geregeld worden voor alle zorgverstrekkers die samenwerken.

Het moet dus wettelijk duidelijk zijn onder welke voorwaarden een zorgverstrekker die handelt in een netwerk, toegang heeft tot de zorginformatie en de gezondheidsgegevens van de persoon met een zorgnood. Heeft hij dan per definitie inzage in alle medische, verpleegkundige, enzovoort. informatie, of enkel in die informatie waarvan hij noodzakelijkerwijze kennis moet hebben, of heeft hij ook inzage in de informatie die eventueel nuttig kan zijn voor zijn behandeling? Kan hij deze informatie wijzigen? Rekening houdend met de gevoeligheid van de verschillende gegevens, het beroepsgeheim en de privacy⁷⁴ moeten de toegangs- en wijzigingsbevoegdheden binnen een netwerk wettelijk vastgelegd worden;

- de **vrije keuze** van de persoon met een zorgnood respecteert. De mondige of “actieve” persoon met een zorgnood moet dus zelf kunnen bepalen welke zorgverstrekkers hem de vereiste zorgen verstrekken.⁷⁵ De persoon met een zorgnood moet ten allen tijde kunnen aangeven welke zorgverstrekker hij verkiest, en moet desgevallend op zijn keuze kunnen terugkomen. In die zin is een netwerk individueel (gelet op de persoon van de persoon met een zorgnood), maar ook flexibel en naar zorgverstrekkers toe niet exclusief (het kan variëren naargelang de persoon met een zorgnood).

Het vrije keuzerecht van de persoon met een zorgnood mag echter **niet verabsoluteerd** worden. De zorg mag niet verloren gaan onder het mom van de autonomie van de persoon met een zorgnood. De zorgverstrekker moet de **minder**

mondige of “passieve” persoon met een zorgnood het comfort kunnen en mogen bieden om hem een netwerk van (geprefereerde) collegae in andere disciplines voor te stellen.

Datzelfde moet ook kunnen voor een **bepaald type** persoon met een zorgnood zoals bijvoorbeeld de diabetespatiënt, de oudere persoon met een zorgnood, enzovoort. In dat laatste geval kan immers tussen zorgverstrekkers van verschillende disciplines de facto gedurende jaren een bepaalde samenwerking gegroeid zijn rond deze doelgroep. De aldus gegroeide en gedeelde ervaring zou moeten kunnen gehonoreerd worden en aangeboden worden aan de persoon met een zorgnood, die uiteraard nog altijd vrij is om van dit netwerk af te zien;

- toegelaten en gestimuleerd wordt **ook los** van een specifieke **doelgroep**. De zorgverstrekkers willen op die manier kunnen samenwerken dat zowel de “actieve” persoon met een zorgnood, de “passieve” persoon met een zorgnood, als een bepaalde doelgroep binnen het netwerk zorg op maat aangeboden wordt. Zowel de persoon met een chronische zorgnood als de persoon met een acute zorgnood moeten ervan kunnen genieten. Eventueel kan de doelgroep (bv. de oudere, de diabeticus, de chronisch zieke...) waartoe de persoon met een zorgnood behoort, wel (deels) bepalend zijn voor de subsidiering van de zorg (bv. via een persoonsgebonden financiering);
- plaats kan (maar niet moet) vinden vanuit **eenzelfde centrum of gebouw**. Dit achten de zorgverstrekkers **een optie en geen noodzaak**.

Hoewel deze zorg onder één dak een zeker comfort biedt aan personen met een zorgnood en de geïntegreerde zorg en gegevensdeling bevordert, perkt dit de vrije keuze van de persoon met een zorgnood immers enigszins in.

Bovendien is het onder één dak aanbieden van de zorg nu niet voor elke zorgverstrekker mogelijk. Zo gebeurt de aflevering van medicatie in principe nog steeds noodzakelijkerwijze in de officina⁷⁶ en is de territoriale spreiding hiervan strikt gereguleerd⁷⁷. De apotheker kan zijn of haar diensten dus niet aanbieden in (of naast) om het even welke zorgpraktijk.

Bovendien maakt de veelheid aan disciplines binnen de eerstelijnsgezondheidszorg het de facto onmogelijk om systematisch het volledige gamma van eerstelijnsgezondheidszorg onder één dak aan te bieden. Zelfs bij zorgaanbod onder één dak zal dus noodzakelijk teruggevallen moeten kunnen worden op een minstens territoriaal gezien lossier netwerk met andere eerstelijnsgezondheidszorgverstrekkers om tot een globale zorgverlening te komen.

- niet verplicht via een opgelegde **juridische vorm** moet verlopen. Enkel zo kunnen de openheid en de flexibiliteit van de samenwerking gegarandeerd worden. Zeker voor open netwerken rond “actieve” personen met een zorgnood is een verplicht voorgeschreven juridische vorm onwerkbaar. Maar indien bepaalde zorgverstrekkers hun samenwerking willen formaliseren, moet dat toegelaten zijn.

9. Btw-vrijstelling voor kostendelende verenigingen

De nieuwe regeling over de btw-vrijstelling voor kostendelende verenigingen zorgt voor veel onrust bij de zelfstandige zorgverstrekkers. Er zou snel duidelijkheid moeten komen over welke mogelijke vormen van samenwerking onderworpen zijn aan de btw-plicht zodat beroepsbeoefenaars een doordachte keuze kunnen maken ..

Indien deze duidelijkheid er niet komt, bestaat de kans dat samenwerkingsverbanden enerzijds niet worden aangegaan, en anderzijds opgezegd worden.

10. Meten is weten

Er is op dit moment geen of weinig zicht op het veld van de samenwerkingsverbanden. De typologie die in dit rapport beschreven wordt kan dienen als basis **om de kaart te tekenen** van het zorgverleningsveld binnen de eerste lijn:

- Welke modellen komen het meeste voor?
- Zijn er verschillen naargelang de beroepsgroepen en disciplines?

- Welke preferenties zijn er onder de zorgverstrekkers?
- Hoe verhouden modellen zich tot bepaalde populaties en/of regio's en/of zorgbehoeften?
- Zijn er regionale verschillen? bv kleinstedelijk, grootstedelijk, platteland, ...
- ...

Daarnaast is er ook nood aan economische berekeningen van de kost en opbrengst van zorg in interdisciplinaire samenwerkingsverbanden, met al dan niet de aanwezigheid van zorgstraten of –trajecten.

5. Conclusie

Met dit onderzoek hebben we in een kort bestek een overzicht gegeven van de voordelen en obstakels met betrekking tot interdisciplinaire samenwerking tussen zelfstandige zorgverstrekkers. Daarnaast hebben we ook een reeks van bestaande modellen van samenwerking beschreven evenals 10 aanbevelingen die interdisciplinaire samenwerking kunnen faciliteren.

De voornaamste conclusie van dit onderzoek is dat er nood is aan verder onderzoek en ondersteuning voor interdisciplinaire samenwerkingsmodellen tussen zelfstandige zorgverstrekkers. Inzake onderzoek denken we aan het in kaart brengen van hoeveel samenwerking er momenteel is tussen zelfstandige zorgverstrekkers evenals een calculatie van kosten en opbrengsten van dergelijke samenwerking. Inzake ondersteuning

denken we aan het uitwerken van concrete tools en modellen ter begeleiding van de samenwerking, gekoppeld aan begeleidende en sensibiliserende acties of opleidingen.

We eindigen graag met een woord van dank voor de onderzoekers en redacteurs van dit rapport, aan alle leden van de begeleidende stuurgroep, het Overleg Zelfstandige Zorgverstrekkers en de enthousiaste deelnemers van de werkconferentie.

Dit onderzoek had niet tot stand kunnen komen zonder de steun van het Agentschap Zorg en Gezondheid en Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeuren. Ook aan hen onze welgemeende dank.



Referenties

- 1 D.i. samenwerking tussen verschillende disciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg.
- 2 Informatie op basis van interview, literatuur en vanuit het CORTEX-onderzoek: Dessers E., Dhondt S., Annemans L., e.a. Zorgintegratie organiseren, werkdocument november 2016, Agentschap Innoveren en Ondernemen.
- 3 <http://www.healthpowerhouse.com/publications/euro-health-consumer-index-2016/>
- 4 Decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, BS 20 april 2004.
- 5 Hoofdstuk II Eerstelijnsdecreet.
- 6 Ontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, Memorie van Toelichting, Vlaams Parlement 2003-2004, nr. 1882/1, 3.
- 7 Artikel 3, §1, lid 1 en §2 Eerstelijnsdecreet.
- 8 Artikel 2, 7° Eerstelijnsdecreet.
- 9 Artikel 3, §1, lid 2 Eerstelijnsdecreet.
- 10 Artikel 3, §1, lid 3 Eerstelijnsdecreet.
- 11 Ontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, Memorie van Toelichting, Vlaams Parlement 2003-2004, nr. 1882/1, 4.
- 12 Artikel 7 Eerstelijnsdecreet. Deze erkenning wordt onderscheiden van de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg of SEL's die deze samenwerking als vzw structureel stimuleren voor een bepaalde zorgregio (Hoofdstuk IV Eerstelijnsdecreet).
- 13 Zie hierover uitgebreid: F. DEWALLENS en R. VAN GOETHEM, "Professionele samenwerkingsverbanden tussen artsen", in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), Handboek Gezondheidsrecht, deel I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 683-693.
- 14 Dit betekent dus dat een ziekenhuisapotheker of een vroedvrouw werkend in een kraamafdeling van een ziekenhuis in het kader van het Eerstelijnsdecreet niet als zorgverstreker worden beschouwd. Memorie van Toelichting bij het Eerstelijnsdecreet, BS 20 april 2004.
- 15 Artikel 2, 19° Eerstelijnsdecreet.
- 16 Artikel 2, 19° Eerstelijnsdecreet vermeldt immers ook de "beroepsbeoefenaar van een andere door de Vlaamse regering bepaalde discipline".
- 17 Hier beperken we ons tot de deontologie zoals bepaald door bij wet opgerichte Ordes waarvan lidmaatschap verplicht is om op wettige wijze het beroep uit te oefenen: voor de artsen de Orde der artsen, en voor de apothekers de Orde der apothekers.
- 18 Zie hierover: K. GEENS, Het vrij beroep. Enkele theoretische beschouwingen aan de hand van een rechtsvergelijkende studie naar Belgisch recht van de reglementering ter zake van de beroepen van arts, advocaat, architect en bedrijfsrevisor, doctoraatsthesis, KU Leuven, 1986, 74-75.
- 19 K. GEENS, o.c., 474-514.
- 20 Behoudens beperkingen opgelegd krachtens de wet.
- 21 Artikel 6 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt (hierna: "Patiëntenrechtenwet"); artikel 3 Eerstelijnsdecreet.
- 22 Ontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, Memorie van Toelichting, Vlaams Parlement 2003-2004, nr. 1882/1, 12.
- 23 Wet van 8 december 1992 betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, BS 18 maart 1993.
- 24 Beschermd in artikel 458 Strafwetboek.
- 25 Artikel 7, § 2 a) Privacywet.
- 26 <https://www.ehealth.fgov.be/idp/Authn/Profile?language=nl>.
- 27 <http://www.vitalink.be>.
- 28 Artikel 1, §8 Privacywet.
- 29 Artikel 7, §2 f) Privacywet.
- 30 Artikel 7, §2 j) Privacywet.
- 31 Artikel 7, §4 Privacywet.
- 32 Artikel 16, §1, lid 1 Eerstelijnsdecreet.
- 33 Artikel 4 Privacywet.
- 34 Artikel 16, §4 Privacywet.
- 35 Decreet van 25 april 2014 betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg, BS 20 augustus 2014.
- 36 Artikel 6 Decreet van 25 april 2014 betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg, BS 20 augustus 2014.

- 37 Artikel 9 Decreet Gegevensdeling.
- 38 Artikel 31 Wet van 10 mei 2015 en artikel 73 Wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, BS 27 augustus 1994.
- 39 Artikel 38 Wet van 10 mei 2015.
- 40 T. VANSWEEVELT, "Het recht op een honorarium" in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), Handboek Gezondheidsrecht, deel I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 1149.
- 41 Artikel 17 Wet van 10 mei 2015.
- 42 In hoofde van de arts, de tandarts en de apotheker wordt het verbod van ereloonverdeling tussen beoefenaars van verschillende gezondheidszorgberoepen ook strafrechtelijk gesanctioneerd met een geldboete van € 26,- tot € 500,-. Deze bedragen moeten worden vermenigvuldigd met 6 (wettelijke opdecimen). Artikel 122, §1, 5° Wet van 10 mei 2015.
- 43 Artikelen 1131 en 1133 Burgerlijk Wetboek.
- 44 Artikel 43, §6 Wet 10 mei 2015.
- 45 Artikel 46, §1, 2° en 3° Wet van 10 mei 2015.
- 46 Zie hierover: K. GEENS, o.c., 515-536.
- 47 Artikel 57 Code van farmaceutische plichtenleer.
- 48 Artikel 177 Code van geneeskundige plichtenleer.
- 49 Artikel 173 Code van geneeskundige plichtenleer.
- 50 Gegarandeerd in onder meer de artikelen 27 en 178 Code van geneeskundige plichtenleer en de artikelen 50 en 58 Code van farmaceutische plichtenleer.
- 51 Artikel 21 Code van Farmaceutische Plichtenleer.
- 52 Artikel 178 laatste lid Code van Geneeskundige Plichtenleer.
- 53 Artikel 92 Code van Farmaceutische Plichtenleer.
- 54 Artikel 22 Code van Farmaceutische Plichtenleer respectievelijk Titel II, hoofdstuk V van de Code van Geneeskundige Plichtenleer.
- 55 Nationale Raad van de Orde der Artsen, advies van 25 oktober 2014: "Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België", <https://ordomedic.be/nl/adviezen/advies/gentegreerde-visie-op-de-zorg-voor-chronisch-zieken-in-belgie>.
- 56 Artikel 76 Code van farmaceutische plichtenleer. De Nationale Raad van de Orde der apothekers herhaalt dit verbod in een advies van 23 februari 2015.
- 57 Artikel 58 Code van farmaceutische plichtenleer en artikelen 80 en 81 Code van geneeskundige plichtenleer.
- 58 Artikel 36 Code van geneeskundige plichtenleer.
- 59 Artikel 58 Code van farmaceutische plichtenleer.
- 60 Artikel 178, lid 2 Code van Geneeskundige Plichtenleer.
- 61 Artikel 5 Code van farmaceutische plichtenleer en onder meer artikel 9 Code van geneeskundige plichtenleer.
- 62 Artikel 3 Code van farmaceutische plichtenleer en artikelen 136 tot en met 139 Code van geneeskundige plichtenleer.
- 63 Zie Koninklijk besluit nr. 79 van 10 november 1967 betreffende de Orde der artsen en Koninklijk besluit nr. 80 van 10 november 1967 betreffende de Orde der apothekers.
- 64 Mur-Veeman, Ingrid en Mark Govers. Cooperation from an integrated care chain perspective as a key success factor for managing patient flows. Journal for Integrated care, July 2011.
- 65 Een aantal van deze condities tot samenwerking komen uit: Ontwerpnota Federatie Vrije Beroepen, Associations for care, organisatienetwerken volgens zelfstandige zorgverstrekkers, juni 2016.
- 66 binnen de wettelijke mogelijkheden
- 67 Cfr. Zorgpoort => vanaf 35 patiënten per dag een extra arts aanwerven
- 68 De term "associatie" verwijst hier naar een samenwerkingsverband, niet naar een juridische associatie
- 69 Deze visie is niet noodzakelijk die van de ondertekenaars van dit document.
- 70 Cortex-onderzoek, Zorgintegratie organiseren, p.22, Agentschap innoveren en ondernemen, november 2016
- 71 De termen "samenwerkingsverband" en "netwerk" worden hier door elkaar gebruikt.
- 72 D.i. zorg op zo minst mogelijk gespecialiseerd niveau en dus zo dicht mogelijk bij de burger.
- 73 Zoals bijvoorbeeld Vitalink
- 74 Ontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, Memorie van Toelichting, Vlaams Parlement 2003-2004, nr. 1882/1, 15.
- 75 Tenzij uiteraard in noodgevallen.
- 76 Artikel 8 Wet van 10 mei 2015 en artikelen 21 en 27 Koninklijk Besluit van 21 januari 2009 houdende onderrichtingen der apothekers, BS 30 januari 2009.
- 77 Artikel 9 Wet van 10 mei 2015 en Koninklijk Besluit van 25 september 1974 betreffende de opening, de overbrenging en de fusie van voor het publiek opengestelde apotheken, BS 5 oktober 1974.



federatievrijebroepen.be



facebook.com/federatievrijebroepen



#vrijebroepen
@vrijebroepen



Federatie Vrije Beroepen



info@federatievrijebroepen.be
02 21 22 504



Willebroekkaai 37
1000 Brussel

“Op één lijn
voor een sterke
eerste lijn”