



Geïntegreerde zorg en denken in zorgopdrachten

zorgnet

ICURO

Een 3D²-model als instrument

Colofon: Redactie: Tom Braes

Eindredactie: Filip Decruynaere (Zorgcommunicatie.be)
Lieve Dhaene (Zorgnet-Icuro)

Met dank aan: Nele De Bal

Vormgeving: www.dotplus.be

D/2018/12067/2
ISBN 9789491323300

2018©Zorgnet-Icuro vzw

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Citeren als: Braes, Tom. 2018. *Geïntegreerde zorg en denken in zorgopdrachten. Een 3D²-model als instrument*. Zorgnet-Icuro.

Zorgnet-Icuro vzw
Guimardstraat 1
1040 Brussel
post@zorgneticuro.be
www.zorgneticuro.be

GEÏNTEGREERDE ZORG EN DENKEN IN ZORGOPDRACHTEN

Een 3D²-model als instrument



Inhoud

Woord vooraf	5
Deel 1. Denken in zorgopdrachten	6
1.1. Het '3D-model' van een zorgopdracht	10
1.2. Het 3D ² -model: de 'amplitude' van zorgopdrachten als extra dimensie	13
1.3. ICF als gemeenschappelijke en verbindende taal/tool	14
1.4. Relatiestatus: 'het is ingewikkeld'	18
Deel 2. Naar een concretisering van het 3D²-model voor zorgopdrachten	23
2.1. Algemene beschouwingen	27
2.2. Uitgelicht: de 'fit' tussen cliënt en context	28
2.3. Uitgelicht: de 'fit' binnen en tussen organisaties	29
2.4. Uitgelicht: het 'fitten' van nieuwe zorgopdrachten binnen allianties	31
Besluit	34

Woord vooraf

Zorgorganisaties functioneren meer dan ooit in een turbulent zorglandschap. Rollen en opdrachten veranderen of verdwijnen, statussen wijzigen en nieuwe zorgentiteiten ontstaan. Het landschap is tegelijk gekarakteriseerd door een hoge mate van fragmentatie (in o.a. wetgeving, normering en financiering) én door ambitieuze regerings- en bevoegdheids-overstijgende gezondheidszorgdoelstellingen en -engagementen. Eén constante blijft: de beschikbare financiële middelen zijn beperkt en moeten in alle sectoren rationeel worden aangewend of zelfs herbestemd. Ook op maatschappelijk vlak wijzigen verwachtingen, verschuiven belangen en ervaren zorgactoren dat ze misschien een andere positie toebedeeld krijgen. De eigen criteria of ijkpunten over onder meer kwaliteit, veiligheid en billijkheid stemmen daarbij niet altijd overeen met wat 'de samenleving' als norm of maatstaf hanteert.

Die turbulentie kan resulteren in nieuwe opportuniteiten of uitmonden in disruptie (als gevolg van bv. passiviteit, statusangst, gebrek aan incentives of een gedeelde visie). Dat laatste scenario moeten we vermijden, omdat het kan uitmonden in immobilisme met de cliënt als belangrijkste benadeelde. Zorgorganisaties hebben er daarom alle belang bij om de turbulentie anticiperend en proactief aan te grijpen om het eigen 'zorgconcept' te evalueren en waar nodig bij te sturen. Zo kunnen ze werk maken van de zorg voor morgen. Dit vergt flexibiliteit, aanpassingsvermogen en creativiteit.

Geïntegreerde zorg is in de praktijk geen gemakkelijke opdracht om waar te maken. Hoe geef je dat als voorziening, als zorgaanbieder vorm? Hoe kan je daar conceptueel over nadenken? Met voorliggende publicatie wil Zorgnet-Icuro hiervoor een denkkader en een instrument aanreiken. We stellen voor om te gaan denken in 'zorgopdrachten'. Een zorgopdracht is het antwoord op een vraag en een nood van een cliënt. De verschillende dimensies en invalshoeken van de zorgopdrachten brengen we samen in een kubusmodel, het zogenaamde 3D²-model. Met dat model kan je gaan nadenken hoe je zorgopdrachten, ook complexe, kan gaan vormgeven. Zorgopdrachten zijn met andere woorden een mechanisme om het concept geïntegreerde zorg een meer pragmatische vorm te geven.

Met dit cahier wil Zorgnet-Icuro consequent verder bouwen aan een traject dat al eerder werd uitgestippeld, zowel in de diverse cahiers en boeken als in onze beleidsaanbevelingen en standpunten.

Margot Cloet
Gedelegeerd bestuurder

Etienne Wauters
Voorzitter



DEEL 1:
DENKEN IN ZORGOPDRACHTEN

Net als in de ons omringende landen wint het idee van 'geïntegreerde zorg' steeds meer aan relevantie in zowel beleid, praktijk als onderzoek. Geïntegreerde zorg is evenwel een veeleer diffuse en moeilijk te omschrijven betrachtning. In essentie komt de definitie neer op *het combineren van delen zodat ze als één geheel gaan werken (i.e. integratie) met als doel de zorg, het welzijn en de behandeling van personen te optimaliseren, daar waar fragmentatie resulteerde in een negatieve impact op ervaringen en resultaten.*¹ In België lopen momenteel diverse initiatieven en projecten, die aansluiten bij die idee van geïntegreerde zorg. Toch vallen niet alle zorgprogramma's per definitie onder het predicaat 'geïntegreerde zorg'. Pathologiegebonden zorgprogramma's missen vaak de holistische, patiëntgerichte filosofie eigen aan geïntegreerde zorg. Dat hiaat is onder meer te wijten aan het gebrek aan consensus over de kernwaarden van geïntegreerde zorg.

Om die reden definieerden de International Foundation for Integrated Care (IFIC) en de World Health Organization (WHO) **16 kernprincipes voor cliëntgerichte en geïntegreerde dienstverlening**. Het zijn werkbare, generiek geformuleerde principes, met de bedoeling ze toepasbaar te maken over sectoren, contexten en settings heen.

1. *Comprehensive* – a commitment to universal health coverage to ensure care is comprehensive and tailored to the evolving health needs and aspirations of people and populations
2. *Equitable* – care that is accessible and available to all
3. *Sustainable* – care that is both efficient, effective and contributes to sustainable development
4. *Co-ordinated* – care that is integrated around people's needs and effectively coordinated across different providers and settings
5. *Continuous* – continuity of care and services that are provided across the life course
6. *Holistic* – a focus physical, socio-economic, mental and emotional wellness
7. *Preventative* – tackles the social determinants of ill-health through intra- and inter-sectoral action that promote public health and health promotion
8. *Empowering* – supports people to manage and take responsibility for their own health
9. *Goal oriented* – in how people make health care decisions, access outcomes and measure success
10. *Respectful* – to people's dignity, social circumstances and cultural sensitivities
11. *Collaborative* – care that supports relationship-building, team-based working and collaborative practice across primary, secondary, tertiary care and other sectors
12. *Co-produced* – through active partnerships with people and communities at an individual, organisational and policy-level
13. *Endowed with rights and responsibilities* – that all citizens should expect, exercise and respect
14. *Governed through shared accountability* – between care providers for quality of care and health outcomes to local people
15. *Evidence-informed* – such that policies and strategies are guided by the best available evidence and supported over time through the assessment of measurable objectives for improving quality and outcomes
16. *Led by whole-systems thinking*

Kernprincipes cliëntgerichte en geïntegreerde dienstverlening (IFIC en WHO)

Zorgnet-Icuro onderschrijft dit idee van geïntegreerde zorg en hanteert de kernprincipes ervan als **onderbouw** voor het vormgeven van de gezondheidszorg. We kiezen hiermee resoluut voor de sectoroverstijgende zorgverlening, waarvan we sinds jaar en dag pleitbezorger zijn. In de memoranda van 2007, 2009 en 2014 vormde samenwerken het leidmotief. Het boek *Netwerkgorg* (2014) omschreef het als speerpunt voor goede zorg, met een expliciet pleidooi voor ontschotting en integratie in zowel acute als chronische zorg.

Een cruciaal startpunt is het erkennen, respecteren en waarderen van **sectorspecifieke competenties en karakteristieken**. Precies die heterogeniteit kunnen we complementair aanwenden om zorgvormen te ontwerpen die individuele sectoren of actoren onmogelijk alleen kunnen organiseren. Het is onze overtuiging dat zorg- en dienstverlening a priori geïntegreerd, intersectoraal of cross-sectoraal zal zijn. Zorgactoren kunnen ogenschijnlijk solitair en gefragmenteerd werken, maar ze doen dat nooit in een vacuüm. De initiatieven of strategieën van één organisatie zullen *altijd* van invloed zijn op andere actoren en sectoren. Er is een inherente, wederzijdse afhankelijkheid en beïnvloeding. De wijze waarop we omgaan met die afhankelijkheid, waarop we het intersectorale actief organiseren en invulling geven, zal doorslaggevend zijn.

1 Ferrer, L. & Goodwin, N. (2014). What are the principles that underpin integrated care? *International Journal of Integrated Care*, 14, e037.

Geïntegreerde zorg verlenen is complexe zorg verlenen. In welke verschijningsvorm dan ook: het gaat altijd om een **variatie** aan interventies, met een variatie aan disciplines, in een variatie aan contexten en financieringssystemen voor een variatie aan cliënten met een variatie aan zorgnoden. Geïntegreerde zorg heeft een hoog 'black box gehalte', wat het extra moeilijk maakt om beleidsmatige, operationele en strategische keuzes te maken. Het liefst zouden we gewoon investeren in de ons bekende componenten waarvan we weten dat ze werken en meerwaarde genereren, in afgebakende en afgelijnde handelingen of activiteiten. Die 'logica van aflijnen' botst echter met het willen aanbieden van **flexibele** zorgoplossingen en keuzemogelijkheden. Net dát ervaren we immers als essentieel voor de meerwaarde en validiteit van geïntegreerde zorg.

Als koepelorganisatie, maar ook als individuele sectoren en actoren, kunnen we niet anders dan een **verantwoord pragmatisme** hanteren. Het zorglandschap is dynamisch en turbulent. Wachten op volledige duidelijkheid, veiligheid of op hét draaiboek voor geïntegreerde zorg kan niet. Onderzoeksresultaten en praktijkervaring zullen moeten verstrengelen en interageren, *en cours de route*.

Voor zorgorganisaties moet geïntegreerde zorg vooral tastbaar, benoembaar en invulbaar genoeg zijn om ermee aan de slag te kunnen gaan. Dat vergt **zelfevaluatie**. Elke actor zal dat doen aan de hand van eigen ijk- en beslissingspunten, afhankelijk van de uitgangspositie, de beschikbare middelen, de cultuur, het organisatiemodel en de toekomstvisie, de organisatorische ademruimte enz.

Het is vanuit het perspectief van de individuele zorgactor dat we ook onze visie op zorgopdrachten een eerste keer willen toelichten. De zorgopdrachten in dit cahier vinden aansluiting bij de zorgopdrachten zoals we die terugvinden in de context van ziekenhuisnetwerken en -hervormingen. We hanteren het concept echter veel ruimer en gaan voorbij het louter opsplitsen in algemene en gespecialiseerde zorgopdrachten.

In onze visie is een **zorgopdracht**:

Een samengesteld geheel van interagerende activiteiten, rollen en attitudes die worden georganiseerd in een specifieke setting, voor een specifieke doelgroep(en) van cliënten om zo een individueel welzijns- of zorggeoriënteerd doel te kunnen realiseren. De setting heeft een eigen morfologie (grenzen, accenten, mogelijkheden en interacties) die op haar beurt bepalend zal zijn voor de concrete invulling, de intensiteit, de omvang en de tijdsduur van de zorg en ondersteuning.

In en achter de zorgnoden en zorgdoelstellingen van cliënten schuilt doorgaans een immense complexiteit aan subdoelen, onuitgesproken vragen en twijfels, mogelijk interfererende overtuigingen, persoonlijkheidskenmerken enz. Om een zo volledig mogelijk antwoord te kunnen bieden op die zorgnoden, zal het essentieel zijn om ze in al hun gelaagdheid te verbinden met de juiste expertise, kennis, zorgmedewerkers en setting. Het is met andere woorden een zoeken naar de meest aangewezen 'cliënt-context fit' (geïnspireerd op Edwards et al²).

Elke zorgvraag of -nood vergt een eigen, afgestemde setting. De setting is in deze definitie het best te lezen als de 'klassieke' sector, actor, voorziening of zorgvorm. Maar meer dan die termen wil setting verandering, adaptatie en verscheidenheid oproepen. Het is minder

2 Edwards, J., Caplan, R. & Harrison, R. (1998). Person-environment fit theory: Conceptual foundations, empirical evidence, and directions for future research. Theories of organizational stress. Oxford University Press.

statisch bedoeld en wil een louter fysieke locatie of connotatie overstijgen. Het is die setting, met een eigen morfologie, die invulling zal geven aan de wijze waarop zorg en ondersteuning (kan) worden ingevuld, afhankelijk van:

1. De **sector** (ouderenzorg, thuiszorg, ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg enz.) met de expertise, de eigenschappen en karakteristieken, maar ook met de beperkingen of afwijkingen die erin vervat zitten, bepaald door het 'sector-DNA'. Het personeelsbestand, de aanwezige expertise, de specialisatie, de uitrusting, het dominante zorgmodel en de financieringswijze kunnen voorbeelden zijn van zulke 'sectoreigen DNA-kenmerken'.
2. De **zorgvorm** (een lokaal dienstencentrum, een polikliniek, een revalidatiecentrum, een *outreach*-team enz.) die wordt bepaald door (de interacties tussen) de sector en de context.
3. De **context** (de locatie en sociaal-relatieve omgeving waar de zorg en ondersteuning wordt verleend, de doelgroep of cliënt met de precieze zorgvraag of nood aan zorg en ondersteuning) zal bepalend zijn voor de precieze weging, samenstelling en positionering van alle activiteiten, rollen, attitudes en interventies.

Deze definitie van zorgopdrachten zal er idealiter toe bijdragen dat **de juiste cliënten de juiste benadering ervaren op de juiste plaats en op het juiste moment**. Voor de verdere concretisering, zie deel 2 van dit cahier.

De definitie wil in elk geval:

- **Generiek** zijn: cliënt-, actor- en sectorneutraal;
- **Positief cliëntgericht** zijn: niet het gebrek of de aandoening maar wél het realiseren van de specifieke welzijns- of zorggeoriënteerde doelen van de cliënt staat centraal;
- **Dynamiek** accentueren: doelen passen zich aan, contexten fluctueren, resultaten wijzigen;
- **Realistisch** zijn: aan het realiseren van doelen zijn o.a. maatschappelijke, individuele, personele, financiële, juridische, normatieve, ethische en organisatorische mogelijkheden, moeilijkheden en beperkingen gekoppeld;
- **Pragmatisch** zijn: toepasbaar op zowel het niveau van een individuele organisatie als op het niveau van een netwerk(organisatie);
- **Caleidoscopisch** zijn: het stimuleert en faciliteert het schakelen tussen de perspectieven van de cliënt, de zorgverlener, de organisatie, de maatschappij en het beleid bij het maken van zorgkeuzes.

In deze invulling zijn zorgopdrachten relevant voor zowel **solitaire zorgorganisaties** als **netwerkorganisaties**. Aansluitend op de zelfevaluatie stimuleert het tot continue reflectie over het sectoreigen-DNA met de inherente talenten en beperkingen, de context, de zorgvragen van huidige én toekomstige cliënten en - daaruit voortvloeiend - de zorgopdrachten die haalbaar, wenselijk of mogelijk achterhaald zijn.

We zien in die zorgopdrachten vooral ook een **mechanisme** om het concept geïntegreerde zorg een meer pragmatische vorm te geven. Zorgopdrachten kunnen de complexiteit van geïntegreerde zorg enigszins bevattelijk maken: ze kunnen heel concreet ingevuld worden, er zijn te onderscheiden aspecten en afhankelijk van het perspectief (cliënt, zorgverlener, organisatie, beleid, maatschappij) kunnen meer of minder en *andere* details worden uitgelicht of besproken.

Die kenmerken maken zorgopdrachten ook **onderhandelbaar**. Ze kunnen aangewend worden om actief samenwerking op te zoeken, ze kunnen een **katalysator** zijn om nieuwe, waardecreërende allianties uit te bouwen. Die allianties (cf. infra) zijn essentieel om écht geïntegreerde zorg uit te bouwen en in stand te houden.

Het samenwerken zonder schotten en het verzekeren van vlote transities vergen uiteraard menselijk, financieel en – vooral – **relationeel kapitaal en vertrouwen**.³ Pragmatisme betekent moeilijkheden erkennen alsook de conflictkansen die hieraan verbonden zijn. Allianties, met onder meer aandacht voor governance, risico- en compensatieafspraken en een performantieplan moeten toelaten om die aspecten transparant aan te pakken. Alleen zo kunnen zorgopdrachten collectief worden ingevuld en kan een geïntegreerd zorgantwoord worden aangeboden.

Ten slotte willen we beklemtonen dat het **cliëntperspectief**, als uiteindelijke doel van geïntegreerde zorg, het overkoepelende, essentiële ijkpunt moet zijn. Het richtpunt dat de voorgaande redeneringen m.b.t. individuele of collectieve zorgopdrachten overstijgt. In elke zorgopdracht en in elke samenwerking zit immers het risico vevat dat de cliënt tussen de verschillende organisatiemodellen, doelstellingen en agenda's komt te vallen, dat samenwerking en zorgopdrachten halfslachtig blijven en organisaties zich hoogstens wat *buigen* om of rond de cliënt en zijn noden. Échte afstemming van het zorgaanbod, een écht antwoord zal in dat geval uitblijven.



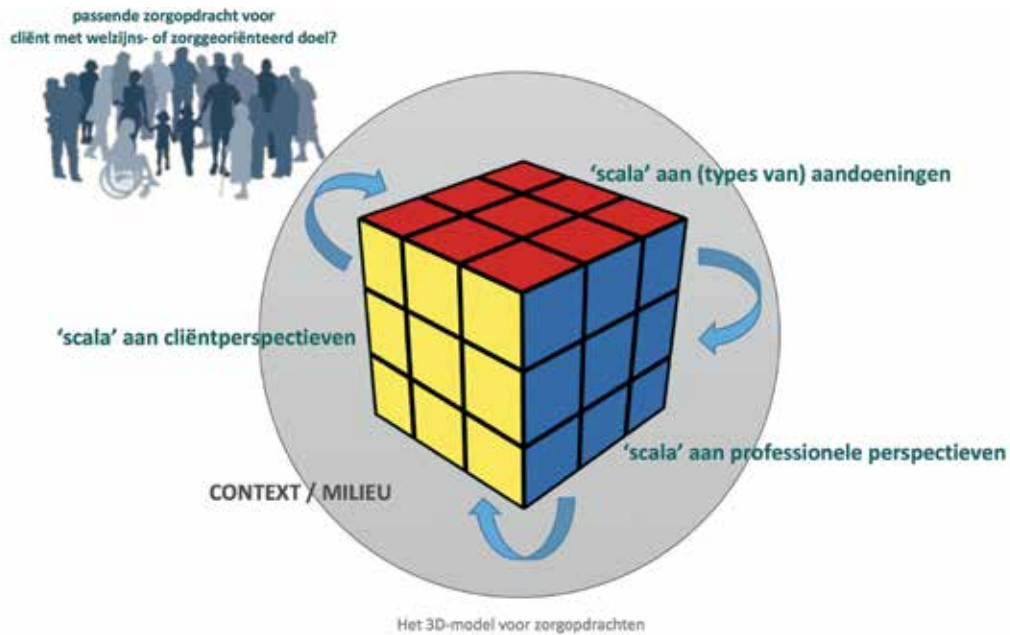
1.1. Het '3D-model' van een zorgopdracht

Met het 3D-model willen we een generieke, complementaire logica introduceren: het 3D-model is relevant voor élk type van zorgopdracht. Alle componenten van een zorgopdracht, zoals eerder in dit cahier gedefinieerd, zijn terug te vinden in het 3D-model en de redeneringen vallen samen of vullen elkaar aan. Het model visualiseert de dynamiek en de diversiteit in de wijze waarop naar afstemming kan worden gezocht tussen een cliënt met een zorg- en ondersteuningsnood en de best passende zorgopdracht, rekening houdend met álle perspectieven.

Cliëntgerichtheid en vraaggestuurde zorg vormen het vertrekpunt. Om een gecamoufleerd aanbodsdenken te vermijden, kiezen we er bewust voor om het element 'fysieke locatie' niet als dominante invalshoek te hanteren. De WAT-vraag (de eigenlijke zorgnood, de welzijns- en zorgdoelstelling) en de WAAR-vraag (de locatie waar die nood of doelstelling best beantwoord kan worden) worden uitgesplitst, zodat zorgnoden en -doelen worden geëvalueerd los van de associaties of de filters die een concrete, fysieke locatie met zich meebrengt (bv. in een woonzorgcentrum kan dit zéker niet, in een ziekenhuis moet dat wél). Idealiter creëert dit mogelijkheden voor een valide, échte keuze voor de cliënt, voor zorg op maat, voor innovatie en voor transparantie op vlak van kosten.

Aan de cliënt met een specifieke zorg- of ondersteuningsnood moet op die manier een in elkaar geklikte, afgestemde samenstelling van activiteiten, rollen en attitudes kunnen worden aangeboden, georganiseerd in een specifieke setting met een geheel eigen morfologie. De precieze samenstelling of **zorgsequentie** van de zorgopdracht zal finaal bepaald worden door de zorgvorm, als resultaat van de interactie tussen het sectoreigen-DNA en de contextinvloeden.

3 "...in order to win in the long term, companies have to build trust capital across the ecosystem". Uit: Is collaboration the new innovation? (A Harvard Business Review Analytic Services Report, 2017)



Beschouwingen bij het 3D-model:

Dé aandoening (bestaat niet)

Het verloop en de aard van de aandoening zijn uiteraard bepalend voor de invulling van de zorgopdracht, de gekoppelde verwachtingen en de frequentie waarmee doelstellingen moeten worden bijgestuurd. Het traject zal en móet anders lopen in geval van acute of chronische aandoeningen, in geval van polypathologie, bij lichamelijke versus mentale aandoeningen, bij aangeboren of verworven aandoeningen enz. Er wordt een verscheidenheid aan classificaties en opdelingen gebruikt in het spreken over ziekte en aandoeningen. Dat vraagt om een eenduidige semantiek. De WHO (2001) ontwikkelde daarom de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (cf. infra voor de link met ICF).

Hét professionele perspectief (bestaat niet)

Specialismen, disciplines, functies, organisaties en sectoren verschillen in de mate waarop ze aanleunen bij een veeleer medisch, probleem-georiënteerd model (medisch model) of een veeleer holistisch model (sociaal model). Noch het ene noch het andere ziektemodel kan 100% valide, sluitend en toepasbaar zijn in alle omstandigheden: ziek zijn is een complex proces met zowel medische als sociale componenten die aanpak en aandacht vereisen. Ook de diverse zorgprofessionals zelf zorgen o.a. vanuit hun opleiding, persoonlijkheid en achtergrond voor een breed en waardevol spectrum van accenten en zwaartepunten in de benadering van een cliënt.

Het cliëntperspectief (bestaat niet)

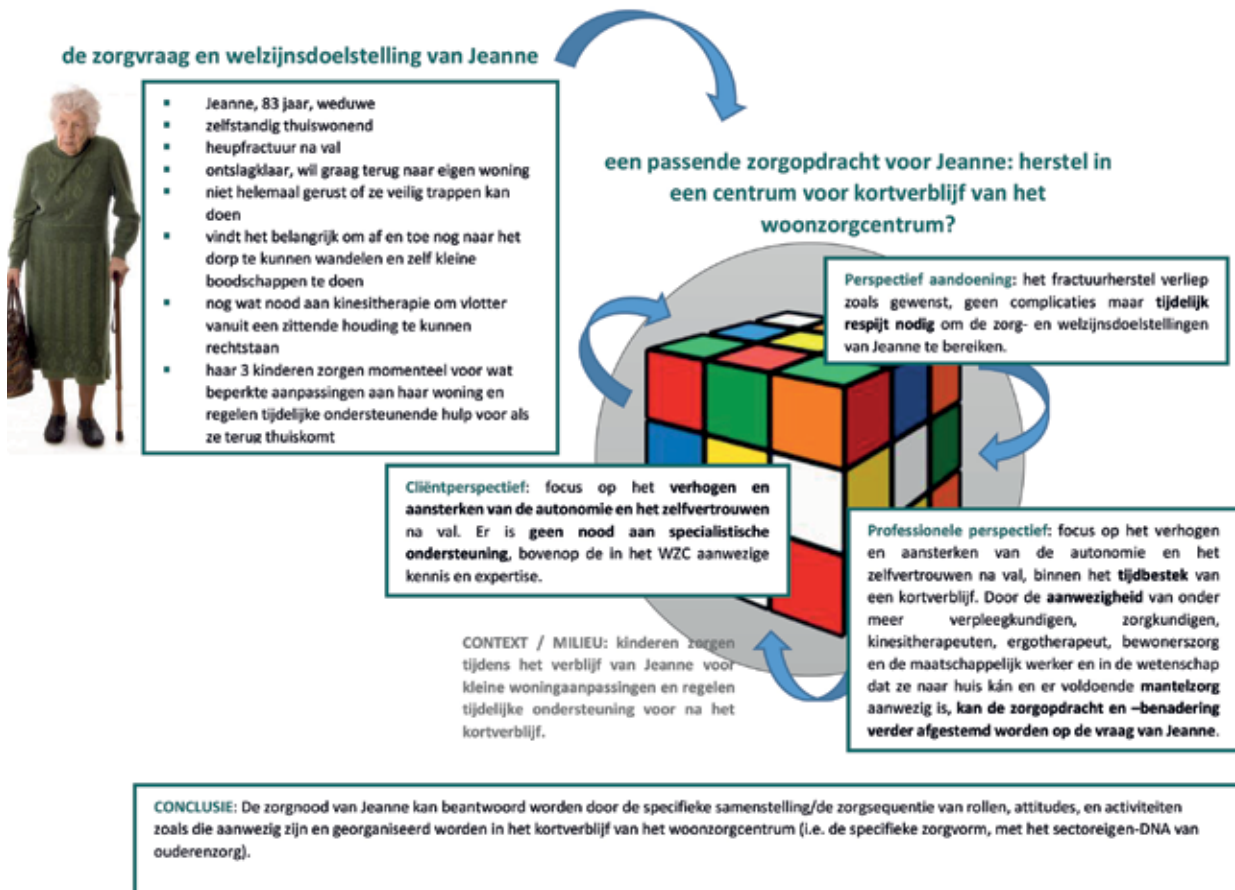
Ziekte, genezing, welbevinden of herstel zijn hoogst individueel. Het kan bijvoorbeeld een attitude, gevoel, ervaring, een levenswijze of visie zijn voor de ene cliënt of louter de afwezigheid van ziekte en symptomen voor de andere cliënt. Ook tal van andere persoonsgebonden, maatschappelijke, sociale en culturele factoren zullen van invloed zijn.

Interactie (is gelaagd)

Allereerst gaat het om de interactie tussen bovenstaande elementen en de wijze waarop ze een zorgopdracht kleuren. Eenvoudig gesteld: de zorgnood en de eigenheden van een cliënt, in interactie met het type aandoening, in interactie met de diverse zorgprofessionals en hun wereldbeeld geven een invulling aan de zorgopdracht. Verder gaat het om ziekte als het resultaat van interacties tussen een persoon en de sociale en fysieke omgeving. Het zoeken

naar de passende zorgopdracht, naar de cliënt-context fit, moet zich bijgevolg simultaan focussen op het individu en zijn omgeving, op het 'individu in interactie'. Reflectie over de combinatie en interactie van behandeling en ondersteuning die het best aangewezen is voor een herwonnen, zin- en betekenisvol leven zal daarbij richtinggevend zijn.

De toepassing van het 3D-model voor zorgopdrachten wordt verderop in het cahier uitgewerkt. Onderstaande figuur illustreert aan de hand van een eenvoudig voorbeeld alvast de logica.



HET 3D-MODEL VOOR ZORGOPDRACHTEN SAMENGEVAT

Een **persoon** is meer dan de aandoening en hij/zij heeft noden en wensen die verder reiken dan louter symptoomverlichting of het genezen van ziekte.

- Het **cliëntperspectief** moet expliciet worden opgenomen in de 'blik' van de zorgverlener, zodat aandacht en inspanningen zich verbreden van symptomen en ziekte naar de wijze waarop die symptomen en ziekte de persoon hinderen of belemmeren in functioneren en leven.
- De cliënt-context fit moet voor iedereen bereikbaar zijn. **Het individu is de eigen graadmeter** en maatschappelijke druk over de finaliteit en appreciatie van het juiste antwoord, de juiste fit moet worden vermeden.
- De rol van de **zorgverlener of zorgactor** is het creëren van het juiste **kader**, het zorgen voor support, faciliteren en relaties opbouwen om zo de kans op een fit of passend antwoord te maximaliseren. Wat ziekte, genezing, welbevinden of herstel in die **driedelige relatie** cliënt-omgeving-zorgverlener/zorgactor precies betekenen, en wat nodig is, zal fluctueren en variëren.

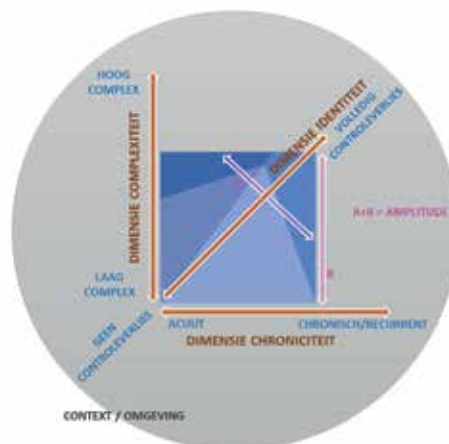
1.2. Het 3D²-model: de 'amplitude' van zorgopdrachten als extra dimensie

Voor het verder uitwerken van de idee van zorgopdrachten voegen we het aspect 'dimensies' aan het 3D-model toe. Drie **dimensies** kunnen mogelijk bijdragen tot het inschatten van de 'amplitude' (intensiteit en tijdsduur) van een zorgvraag of zorgnood:

- Dimensie **complexiteit** (laagcomplex tot hoogcomplex), waarbij vanuit het perspectief van 'de cliënt in interactie met zijn omgeving' een inschatting wordt gemaakt van de graad van complexiteit of de impact van de belemmeringen die een zorgvraag met zich meebrengt. Het effect van polyopathie en multiproblematiek moet hier mee worden opgenomen.
- Dimensie **chroniciteit** (acuut tot chronisch/recurrent), waarbij een beoordeling wordt gemaakt van de aard van de aandoening en de lange-termijnconsequenties. Gaat het om een episodisch, acuut ziektebeeld; gaat het om een chronische aandoening; gaat het om een recurrent ziektebeeld enz.
- Dimensie **identiteit** (geen controleverlies tot volledig controleverlies), waarbij wordt ingeschat of een cliënt tijdelijk of definitief in meer of mindere mate controle over meer of minder domeinen van zijn leven heeft verloren en in welke mate autonoom beslissen en functioneren dan noodgedwongen in handen van derden moeten komen te liggen.

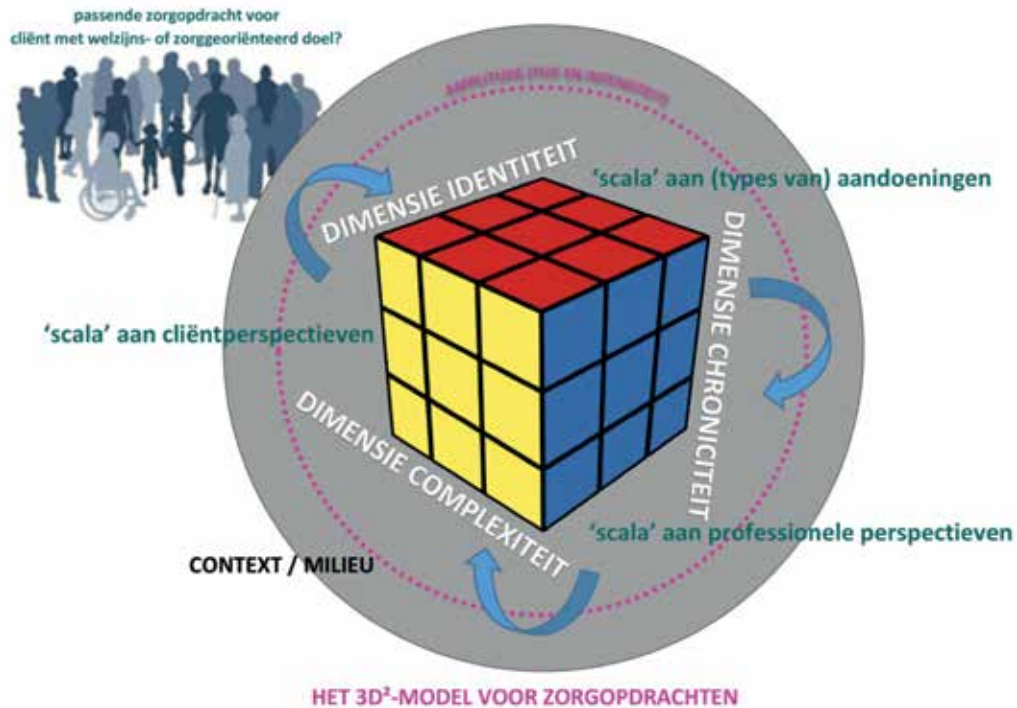
Voor elk van de dimensies is de cliënt met zorgnood het startpunt bij het maken van de afweging. Wat heeft hij/zij nodig? De inschatting kan vervolgens uitgezet worden op de drie assen van onderstaande figuur. De 'amplitude' van het vlak illustreert de eventuele tijdsduur en intensiteit van de te verwachten welzijns- of zorggeoriënteerde doelstellingen. Ook de contextinvloeden moeten worden meegenomen in het maken van de afwegingen.

De drie amplitude-bepalende dimensies zijn relevant voor elke zorgopdracht. In elke zorgopdracht wordt ingeschat wat de complexiteit is van de zorgnood, de chroniciteit van de welzijns- en zorgdoelstellingen en een beoordeling van de identiteit en autonomie van de cliënt. De afwegingen worden echter nog te vaak **eenzijdig en impliciet** gemaakt in heel **expliciete** beslissingen en keuzes naar onder meer zorgplan, woonvorm, zelfzorgmogelijkheden, verantwoordelijken en het maatschappelijk 'potentieel' van cliënten, al dan niet met onomkeerbare consequenties. In een streven naar kwaliteitsvolle, cliënt- en relatiegerichte zorg lijkt het aangewezen om ze nadrukkelijk naar boven te halen en te benoemen. De dimensies kunnen richting geven aan de 'draaibewegingen' die nodig zijn om in het 3D-model de zorgnood en het zorgantwoord passend af te stemmen.



De drie dimensies voor de amplitude van een zorgopdracht

In onderstaande figuur werden de drie dimensies toegevoegd aan het 3D-model. Het moet de essentiële, inherent dynamische aard van een zorgopdracht illustreren. Het zorgt voor een verdere verfijning van de oorspronkelijke perspectieven, waarin duidelijk wordt verwezen naar de interacties en dimensies die in de veelheid aan afwegingen tussen zorgnood en zorgopdracht aan bod moeten komen. Het wordt daardoor een **3D²-model** voor zorgopdrachten.



1.3. ICF als gemeenschappelijke en verbindende taal/tool

Semantiek draagt het risico in zich breuklijnen te creëren tussen disciplines en sectoren. De International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), bedoeld als valide classificatie, plannings- en beleidsinstrument, is daarom erg bruikbaar. De classificatie wil sector-, pathologie- en disciplinegebonden verschillen overstijgen door concepten **inclusief en in een gemeenschappelijke taal** te definiëren (zie infra, BOX2.1). De ICF focust op gezondheid en functioneren, veeleer dan op gebreken. Ook de impact van en interactie met omgevingsfactoren wordt erkend.

“We want to make ICF a tool for measuring functioning in society, no matter what the reason for one’s impairments. So it becomes a much more versatile tool with a much broader area of use than a traditional classification of health and disability (WHO, 2002)”.

De ICF vertrekt vanuit het idee dat iedereen een terugval of verminderde gezondheidstoestand kan ervaren en dus ook een of andere vorm van gebrek of belemmering kan ondervinden. Het wil die ervaring van gebrek en verminderd functioneren echter ‘nivelleren en normaliseren’: de ICF erkent het als een universeel menselijke ervaring. Door op die manier de aandacht te verleggen van oorzaak naar gevolg wil het alle aandoeningen op gelijke hoogte positioneren, zodat ze ook op een gelijke manier met elkaar kunnen worden vergeleken. In die vergelijking zullen functioneren en gezondheid fungeren als maateenheid/ijkpunt (WHO, 2002).

Volgens de WHO/ICF tonen studies aan dat een diagnose alleen onvoldoende is om zorgnoden, hospitalisatieduur, zorgzwaarte of de impact op iemands functioneren te voorspellen. Evenmin is de aanwezigheid van een stoornis of ziekte een accurate parameter om o.a. professionele en sociale (re)integratie en de eventuele moeilijkheden te voorspellen. Het louter hanteren van een medische diagnose of classificatie is volgens de WHO dan ook **onvoldoende voor zorgplanning** (cliëntniveau) en **zorgorganisatie** (niveau van instelling of beleidsniveau). Hiervoor ontbreekt het aan data over het niveau van functioneren, over de ervaren impact van een beperking of gebrek. De ICF wil een middel zijn om die data consistent en valide te verzamelen en te vergelijken.

De ICF-invalshoek is erg relevant in een Vlaamse context. De gedachtegang vormt een 'stijlbreuk' voor sectoren:

- waar lichamelijke aandoeningen als belangrijker of zwaarder worden ingeschat en ingeschaald;
- waar gebreken met een diagnostisch label meer of anders omkaderd worden dan moeilijk te diagnosticeren ziektebeelden met een mogelijke verlamme impact op iemands dagelijks functioneren;
- waar pathologiefinanciering primeert;
- waar een diagnose de fysieke (zorg)locatie stuurt en vastlegt.

BOX 2-1
Major Concepts in the International Classification of functioning, Disability and Health

Health condition: umbrella term for disease, disorder, injury or trauma
Functioning: umbrella term for body functions and structures, activities and participation
Disability: umbrella term for impairments, activity limitations and participation restrictions

Body function: physiological functions of body systems (including psychological functions)
Body structure: anatomical parts of the body such as organs, limbs and their components
Impairment: problems in body function or structure, such as significant deviation or loss

Activity: execution of a task or action by an individual
Activity limitations: difficulties that an individual may have in executing activities

Participation: involvement in a life situation
Participation restriction: problems that an individual may experience in involvement in life situations

Environment: the physical, social and attitudinal environment in which people live and conduct their lives

Personal factors: contextual factors that relate to the individual, such as age, gender, social status and life experiences

SOURCE: WHO (2001, pp. 10, 211-214).

In dit cahier kunnen we onmogelijk de ICF in zijn volledigheid toelichten. Toch is het belangrijk om de **toepassingsgebieden** te vermelden. Voor de WHO kan de ICF met zijn domeinen en diverse lagen op veel manieren worden aangewend. De toepassingen op het vlak van 'zorg en dienstverlening' worden vermeld in onderstaande tabel. De 'cliënt in interactie' vormt het zwaartepunt en omgevingsfactoren worden geclassificeerd op basis van hun ingeschat faciliterend of belemmerend karakter.

Verder zijn er de voordelen van een duidelijke, gestandaardiseerde, uniforme (meet)taal voor beleid bij economische analyses, bij interventiestudies en voor onderzoeksdoeleinden.

We stelden eerder dat zowel handelen vanuit een medisch wereldbeeld als handelen vanuit een sociaal wereldbeeld kunnen resulteren in een adequate, legitieme respons op ziekte(gerelateerde problemen), maar dat ze tegelijk geen van beide 100% valide of allesomvattend zijn. De combinatie van sterke punten van beide visies is ideaal, zonder het complexe concept ziekte te reduceren tot medisch of strikt sociaal van aard.

Voor de ICF zit deze combinatie in hun **biopsychosociaal model** vevat, met als kernideeën:

- Gezondheid en functioneren zijn het resultaat van **interactie** tussen ziekte, aandoening of trauma enerzijds en (intrinsieke en/of extrinsieke) contextfactoren anderzijds.
- Onder contextfactoren worden **omgeving** (architectuur, wetgeving, sociale attitudes en structuren, klimaat enz.), **persoonlijkheid** (geslacht, leeftijd, copingstijl, achtergrond, opleiding, beroep, gedragsstijl enz.) en alle andere factoren die de ervaring van gebrek initiëren of beïnvloeden gevat.
- Via **waarderingssleutels** (*qualifiers*) wordt de impact ingeschaald (intensiteit en aard).

De waarderingssleutels zorgen voor de concretisering. De achterliggende logica: aandoeningen worden op gelijke hoogte gepositioneerd, er wordt gefocust op de impact van een aandoening, en het is de impact op de gezondheid en het functioneren die als meetpunt fungeert. Dat meetpunt krijgt vorm via codering en een kwalificering naar aard en intensiteit. Vereenvoudigd: iemands **basisvermogen** wordt beoordeeld (de baseline, het inherente vermogen om te functioneren zonder ondersteuning) en iemands **prestatie** (tot wat is iemand in staat in zijn gebruikelijke omgeving, *real life*). Het is op dit mechanisme dat de diverse toepassingsgebieden van de ICF geankerd zijn.

De ICF heeft uiteraard zijn hiaten en uitdagingen, naast de initiële complexiteit en de openheid die nodig is om 'anders' naar ziekte en gezondheid te kijken. In het rapport *The future of disability in America* (Institute of Medicine, 2007) worden ze uitvoerig beproven: nood aan meer aandacht voor de kwaliteit van leven; nood aan expliciete aandacht voor secundaire pathologieën; nood aan inclusie van dynamiek in framework...

Toch leek het ons aangewezen om de waarde van de ICF te illustreren, wegens:

- De **universaliteit**:
Het biopsychosociale model wil paradigma's overstijgen. Het is dat paradigmadenken dat bijvoorbeeld vaak aan de basis ligt van discussie over de positionering van herstel en revalidatie.
- De **inclusiviteit**:
De classificatie vertrekt vanuit gezondheid en wil personen en hun 'functioneren-in-interactie' labelen, niet de ziekte.
- De **pariteit**:
Er wordt gebruikgemaakt van het parapluconcept *disability*/het ervaren gebrek om zo verschillen tussen aandoeningen te nivelleren. Er is geen expliciete of impliciete opdeling meer in lichamelijke of mentale aandoeningen, geen differentiatie naar etiologie.
- De **neutraliteit**:
De ICF hanteert een gemeenschappelijke taal, zonder positieve of negatieve waarderingen.
- De **opportuniteit**:
De ICF kan een zinvolle bijdrage leveren in de debatten over een Vlaamse sociale bescherming, een uniforme indicatiestelling, pathologiefinanciering versus behoeftefinanciering, de nood aan gemeenschappelijke taal en ijkpunten in pilootprojecten...

Met het oog op de tot dusver voorgestelde redeneringen in dit cahier, is de ICF ook waardevol wegens de **validiteit**. We zien in de ICF de hoofdlijnen en kernprincipes van onze suggesties met betrekking tot de zorgopdrachten en (de dimensies en perspectieven van) het 3D²-model terugkomen. Die herkenbaarheid qua insteek en logica ervaren we als een bevestiging van hun validiteit.

Er is het loskomen van de diagnose als leidmotief en van (af- of aanwezigheid van) ziekte als belangrijkste ijkpunt. Een louter medisch, diagnostisch perspectief wordt als ontoereikend beschouwd voor een kwaliteitsvolle zorgplanning of -organisatie; in de opbouw van het 3D²-model wordt dit op eenzelfde manier geaccentueerd. Ook de invulling die het cahier geeft aan de dimensies 'chroniciteit', 'complexiteit' en 'identiteit' strookt met de ICF-filosofie. Het is telkens de 'cliënt-in-interactie' die de spil vormt. De impact op zijn functioneren en het daaruit voortvloeiende welzijns- of zorgverleningsdoel zal het zoeken naar een passende zorgopdracht sturen.

De WHO-classificatie wil sector-, pathologie- en disciplinegebonden verschillen overstijgen. Ook met de definitie van zorgopdrachten willen we die meervoudige neutraliteit nastreven. Het is een neutraliteit met een uitdrukkelijk erkennen van de impact van de context of setting. Die context lijkt in de ICF een extra schakering te krijgen: er wordt een onderscheid gemaakt tussen intrinsieke en extrinsieke factoren, tussen belemmerende en faciliterende omgevingsfactoren. In de definitie van zorgopdrachten zit dit impliciet vervat, maar het benoemen en uitsplitsen geeft meer diepgang en nuance. De aandacht wordt er expliciet op gevestigd, wat helpt zodra afwegingen en inschattingen moeten worden gemaakt. Het lijkt aangewezen om die schakeringen ook in de voorstelling van het 3D²-model op te nemen.

ICF Applications Service Provision

At the individual level

- For the assessment of individuals: *What is the person's level of functioning?*
- For individual treatment planning: *What treatments or interventions can maximize functioning?*
- For the evaluation of treatment and other interventions: *What are the outcomes of the treatment? How useful were the interventions?*
- For communication among physicians, nurses, physiotherapists, occupational therapists and other health works, social service works and community agencies
- For self-evaluation by consumers: *How would I rate my capacity in mobility or communication?*

At the institutional level

- For educational and training purposes
- For resource planning and development: *What health care and other services will be needed?*
- For quality improvement: *How well do we serve our clients? What basic indicators for quality assurance are valid and reliable?*
- For management and outcome evaluation: *How useful are the services we are providing?*
- For managed care models of health care delivery: *How cost-effective are the services we provide? How can the service be improved for better outcomes at a lower cost?*

At the social level

- For eligibility criteria for state entitlements such as social security benefits, disability pensions, worker's compensation and insurance: *Are the criteria for eligibility for disability benefits evidence based, appropriate to social goals and justifiable?*
- For social policy development, including legislative reviews, model legislation, regulations and guidelines and definitions for anti-discrimination legislation: *Will guaranteeing rights improve functioning at the social level? Can we measure this improvement and adjust our policy and law accordingly?*
- For needs assessments: *What are the needs of persons with various levels of disability - impairments, activity limitations and participation restrictions?*
- For environmental assessment for universal design, implementation of mandated accessibility, identification of environmental facilitators and barriers and changes to social policy: *How can we make the social and built environment more accessible for all person, those with and those without disabilities? Can we assess and measure improvement?*

1.4. Relatiestatus: 'het is ingewikkeld'

Na het uitklaren van de semantiek en het accentueren van de meerwaarde en de multi-dimensionale aard van een denken in termen van zorgopdrachten, sluiten we dit deel van het cahier graag af met enkele aanbevelingen, stimulerende denkpistes en mogelijke provocaties m.b.t. netwerkzorg. Het sluit aan bij de ideeën en concepten zoals ze werden uitgewerkt in het boek *Netwerkzorg* (2014). Het perspectief en het toepassingsgebied worden wel verruimd van een initiële focus op personen met een complexe, langdurige zorg- en ondersteuningsvraag naar een focus op alle cliënten met élk type van zorg- en ondersteuningsvraag.

We zijn ervan overtuigd dat:

- Geïntegreerde zorg boven alles **genetwerkte** zorg is;
- Zorgopdrachten het **mechanisme of vehikel** kunnen zijn om de waarde van geïntegreerde zorg haar praktische vorm te geven;
- Het realiseren van **zorgopdrachten** steeds vaker **partnerschappen en allianties** behoeft;
- De intrinsieke sectorgebonden heterogeniteit (het sectoreigen-DNA, de variatie op eenzelfde wereldbeeld) een **meerwaarde** is die een netwerk zal verrijken door de complementariteit in kennis, mogelijkheden, competenties en karakteristieken;
- Alleen in die 'genetwerkte heterogene complementariteit' het noodzakelijke **adaptatie- en innovatievermogen** zal vervat zitten om tijdig de gepaste, toekomstbestendige zorgopdrachten te kunnen organiseren.

Ecosystemen, fluïditeit en positieve instabiliteit

Zonder er in dit cahier te uitgebreid op te willen ingaan, is het belangrijk om op te merken dat een aantal managementdenkers en organisatie modellen de laatste jaren steeds vaker de (noodzakelijke) dynamiek en de continue status van 'flux' van organisaties beklemtonen. Er is het denken over organisaties als **complex adaptieve systemen**, met focus op niet-lineariteit, zelfregulatie, het configureren van onderlinge samenwerking en het willen begrijpen van connectiviteit en diversiteit. Er is de visie van een organisatie(netwerk) als **ecosysteem**: een dynamisch, grensoverschrijdend netwerk van met elkaar verbonden organisaties, die coöperatief en competitief samenwerken o.v.v. dienstverlening, productie en innovatie.

Beide perspectieven komen tegemoet aan een hiaat dat soms aanwezig is in zowel theoretische organisatie modellen als in wetenschappelijke modellen voor geïntegreerde zorg: het veeleer statische karakter van het denkkader, het gebrek aan aandacht voor het iteratieve, evolutieve karakter van organisatiedynamieken, dienstverlening en - bij uitbreiding - de zorgnoden van de cliënt en de mogelijke zorgopdrachten.

Die 'infusie' van dynamiek en **positieve instabiliteit** kan de netwerkmodellen mogelijk bevattelijker en realistischer maken. Het is een noodzakelijke aanvulling voor het zorg- en organisatieperspectief. Onze organisaties lijken zich immers nog te vaak te baseren op een sequentiële strategie van 'voorspellen en controleren'.⁴ Ze streven naar stabiliteit, naar gecentraliseerd controleren en aanbieden, naar een inperking van variatie en deviatie. Het zijn niet altijd écht adaptieve of flexibele organisaties.

Het wat **archaische organisatie model** is ideaal in een statische en eenvoudige omgeving, maar door een te starre focus op de eigen interne organisatie kan de fluïditeit van de buitenwereld

4 Robertson, B. (2015). *Holacracy : the new management system for a rapidly changing world*. New York: Henry Holt and Company.

gemist of verkeerd worden ingeschat. En die buitenwereld is intussen geëvolueerd naar een toegenomen complexiteit, een verhoogde (eis tot) transparantie, een grotere connectiviteit en kent een beperktere tijdshorizon, een grotere economische instabiliteit en een ruimere betrokkenheid van stakeholders (Hinssen, 2015; Robertson, 2015; Klijn & Koppenjan, 2016).^{5,6} Met de ideeën van eco- en adaptieve systemen in het achterhoofd, lijken de traditionele methodes van probleemaanpak en dienstverlening dan ook niet langer toekomstbestendig.

In hun boek *Building the future: big teaming for audacious innovation* beschrijven ook Edmondson & Reynolds⁷ de opmars en waarde van ecosystemen en het belang van het samenbrengen van mensen en competenties vanuit verschillende invalshoeken en disciplines. Het gaat niet meer over één actor die alles doet; allianties, organisaties en individuen die kunnen overbruggen, worden cruciaal. Het netwerkidee kan hierop een antwoord zijn, het vehikel om aan de gewijzigde noden op het vlak van dienstverlening, kennisdeling en kwaliteitsverbetering tegemoet te komen. En dit zowel tussen sectoren als over sectoren heen.

“We moeten in gezondheidszorg uit de ‘ME TOO-zone’ geraken en partners zoeken. Niet iedereen moet alles en kan alles blijven aanbieden. We moeten op zoek naar ketenpartners en onderaannemers”. – Hennie Brons, CEO Groenhuysen

In dit cahier kunnen we niet ingaan op de evidentie, de diverse verschijningsvormen en kenmerken van netwerken. Hiervoor verwijzen we naar o.a. Malby & Anderson-Walace.⁸ Belangrijk is de ‘overgang’ van een hiërarchie naar een netwerk. Het zal uiteraard altijd over een zachte, iteratieve overschakeling gaan: hiërarchieën en netwerken moeten als ‘operationeel systeem’ naast en door elkaar kunnen bestaan in functie van de taken en doelstellingen.



Aandacht voor synergie, open communicatie, reciprociteit, interafhankelijkheid en **waarde** is daarbij belangrijk. Dit begrip vormt het zwaartepunt in het boek *Redefining Health Care*.⁹ De auteurs hebben het over de waardeketen in zorg (*care delivery value chain*), waarbij zowel de cliënt als de organisatie in de afwegingen worden meegenomen. Om tot die waardeketen te komen, suggereren ze enkele fundamentele evaluaties die elke organisatie allereerst zélf kan maken. Ook op het niveau van een nieuwe entiteit, het consortium van partners waaruit een alliantie of netwerk kan bestaan, zijn de reflecties noodzakelijk om efficiënt, effectief en cliëntgericht zorgopdrachten te kunnen ontplooiën. Ter illustratie van zo'n baseline-portfolio-evaluatie, vermelden we enkele mogelijke toepassingen/interpretaties:

- 5 Hinssen, P. (2015). *The network always wins : how to influence customers, stay relevant, and transform your organization to move faster than the market*. New York: McGraw-Hill.
- 6 Klijn, E., Koppenjan, J. (2016). *Governance networks in the public sector*. Abingdon: Routledge.
- 7 Edmondson, A. & Reynolds, S. (2016). *Building the Future: Big Teaming for Audacious Innovation*. Oakland: Berrett-Koehler Publishers.
- 8 Malby, R & Anderson-Walace, M. (2016). *Networks in Health Care: Managing Complex Relationships*. Bingley: Emerald Publishing Limited.
- 9 Porter, M. & Teisberg, E. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston, Mass: Harvard Business School Press.

- **Reeks en volgorde van activiteiten**

Is het traject dat cliënten doorlopen het meest aangewezen parcours? Zijn er doublures, hiaten in aanbod, kunnen activiteiten anders gecombineerd of eventueel verplaatst worden?

- **Locatie en setting**

Het subsidiariteitsprincipe is idealiter doorslaggevend bij die afweging. Werd de organisatie gericht, doordacht en efficiënt uitgebouwd en worden de activiteiten verricht in de meest geschikte setting en locatie? Of is de organisatie organisch en incrementeel uitgedijd? Of om Kernick¹⁰ en zijn garbage can model te parafaseren: gaat het veeleer om “een verzameling van problemen die oplossingen zoeken, oplossingen die problemen zoeken en medewerkers die daarin werk zoeken”.

- **Gelinktheid**

Op welke manier beïnvloeden activiteiten de uitkomsten en kosten van andere activiteiten? Meer of andere inspanningen/investeringen voor de ene activiteit kunnen van invloed zijn op de nodige inspanningen/investeringen voor andere activiteiten.

- **Skills Mix**

Heeft de organisatie de juiste skills mix? Zijn wijzigingen, investeringen of een andere aanpak nodig? Kunnen competenties elders gemakkelijker en goedkoper samengebracht of georganiseerd worden?

- **Reikwijdte en partners**

Welke andere, onafhankelijke (hiërarchisch gelijke) actoren of organisaties zijn betrokken, niet betrokken, kunnen worden betrokken? Moet de reikwijdte van de dienstverlening uitgebreider of moet er worden aanbesteed of ingekocht? Wat is of moet formeel geregeld worden, wat kan informeel?

Het waardenetwerk en meerpartijensamenwerking

In deze interpretatie van de waardeketen staat het aanbieden van optimaal geïntegreerde zorgoplossingen centraal. Spreken over een ‘waardeketen’ lijkt echter nog een enigszins ‘solosectorale’, mono-organisatorische bijklank te hebben. Gezien semantiek de rode draad vormt in dit cahier, kan misschien gesproken worden over het waardenetwerk.

Cruciaal in dit waardenetwerk lijkt ons de idee van en het debat over **multi-party collaboration**¹¹: meerpartijensamenwerking en/of -concurrentie als strategie om metaproblemen aan te pakken, in dit geval netwerkzorg of geïntegreerde zorg. Het verwijst naar het proces waarbij actoren of partijen die verschillende aspecten van eenzelfde probleem verschillend ervaren of inschatten, die verschillen gaan exploreren en zoeken naar oplossingen die hun eigen gelimiteerde kijk op mogelijkheden overstijgen. Het is zoeken naar een gemeenschappelijke taal en een generiek wereldbeeld om van daaruit voldoende eigen en wederzijdse meerwaarde te herkennen om collectief zorg- en dienstverlening te willen organiseren. Dit model van meerpartijensamenwerking en/of -concurrentie is pertinent voor het netwerkdenken, inclusief de hele onderstroom aan motieven, emoties, logica en percepties die eraan verbonden is. Het is gericht op het verzoenen van de rationale en strategie van competitie/concurrentie enerzijds en die van samenwerking anderzijds. Op het behouden van de eigen identiteit én op het uitbouwen van allianties. Op aanvaardbaar controleverlies én op rolduidelijkheid.

Het gaat om een **gezamenlijk beslissings- en onderhandelingsproces** tussen partners in een specifiek domein, met het oog op toekomstige ontwikkelingen van en in dat domein.

10 Kernick, D. (2004). Complexity and healthcare organisation, Oxford, Radcliffe Medical Press.

11 Huxham, C. & Vangen, S. (2005). Managing to collaborate: the theory and practise of collaborative advantage. Abingdon: Routledge.

Het is een verloop dat sowieso gekenmerkt wordt door een gepercipieerde interafhankelijkheid, verschillen constructief willen aanpakken, een gedeeld eigenaarschap en een gedeelde verantwoordelijkheid. Ook het **emergente karakter** van het hele proces is typerend (wat dan weer geheel aansluit bij denken in termen van netwerken, fluïde structuren, adaptiviteit enz.).

Dit soort van allianties vergt een andere, **discipline- en sectoroverschrijdende attitude**. Het vereist dat protectionistisch, louter opportunistisch denken in termen van 'eigen winst' en 'het verbeteren van eigen positie' ondergeschikt wordt aan het zoeken naar wat precies nodig is om een collectieve zorgopdracht te kunnen realiseren, om samen te kunnen slagen. Het moet starten met werken naar een gedeelde, positieve visie en met het uitbouwen van een solide platform dat partners stimuleert om te leren, te discussiëren, informatie uit te wisselen en trajecten te verkennen alvorens eigenaarschappen of winstdelingen te willen bespreken.

Dat vergt uiteraard vertrouwen. Het rapport van Harvard Business Review (*Is collaboration the new innovation?*, 2017) reikt daarvoor een atypische benadering aan. Er wordt geponeerd dat vertrouwen zal worden gestimuleerd door middel van twee fouten of vergissingen: vergissen ten voordele van vrijgevigheid (*error on the site of generosity*) en vergissen ten voordele van transparantie (*error on the site of transparency*). De achterliggende logica: door initieel voldoende, of net wat te veel, toegeeflijk en transparant te zijn over de eigen organisatie-middelen, -doelen en -mogelijkheden kunnen anderen je gemakkelijker begrijpen en kunnen ze correcter inschatten wat zij kunnen verbeteren, aanwenden of aanbrengen.

Wat (atypische) attitudes betreft, vormen ook de T-shaped skills (T-vormige vaardigheden) van Edmondson & Reynolds¹² een uitdagende, laatste insteek voor het denken over samenwerking. We trekken het idee hier door tot op het niveau van de organisaties zélf (waar de auteurs het voor het niveau medewerkers/personen beoogden). Die **idee van T-vormige organisaties** zou dan betekenen dat we voor het uitbouwen van allianties en zorgopdrachten nood hebben aan organisaties die enerzijds uitmuntende experts en centra van excellentie zijn binnen een eigen zorg- en welzijnsdomein (de I van de T) en anderzijds ook excelleren in het interageren, begrijpen en samenwerken met andere disciplines en organisaties (de — van de T). Dat vergt een flexibiliteit in rollen, een vermogen om diverse gezichtspunten in te nemen en het voeren van een actief én kritisch portfolio- en partnermanagement. Het is weten wat de eigen sterktes en zwaktes zijn en waar men aannemer, hoofdaannemer of onderaannemer zou kunnen zijn voor welk deelaspect, van welke zorgopdracht.

Over aannemers en zorg

Kan u als hoofdaannemer activiteiten in onderaanneming geven?

Kan u als organisatie onderaannemer zijn van activiteiten die anders in een andere setting worden verricht?

Welke partnerschappen vormen vanuit beide perspectieven 'synergie'?

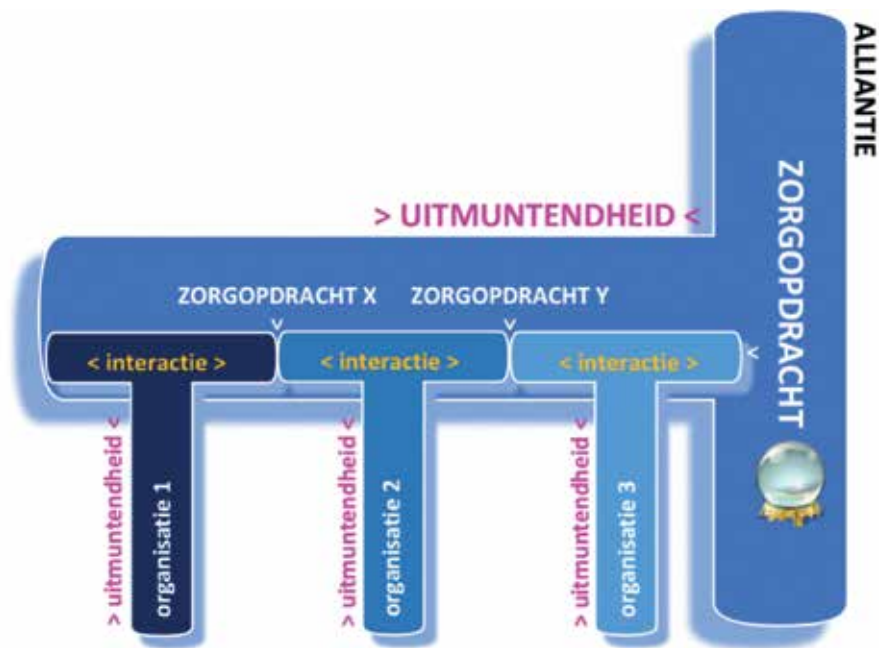
Waarin bent u 'hoofdaannemer'?

Wat is uw kernopdracht?

Waar hebt u partnerschappen of onderaannemers nodig?

Kan u zélf aantrekkelijke onderaannemer zijn voor één of meer opdrachten?

12 Edmondson, A. & Reynolds, S. (2016). Building the Future: Big Teaming for Audacious Innovation. Oakland: Berrett-Koehler Publishers.



Van T-vormige organisaties naar T-vormige alliantie?

Om de gedachtenoefening finaal door te trekken: misschien kan het samenwerken van dit soort T-vormige zorgorganisaties de katalysator zijn voor nieuwe T-vormige allianties die onontbeerlijk zijn om net dié vernieuwende, toekomstige zorgopdrachten vorm te geven die de competenties en mogelijkheden van individuele organisaties overstijgen.

Samenvattende beschouwingen

Dit deel van het cahier wil geenszins volledig zijn, noch een oordeel uitspreken over dé meest aangewezen vorm van samenwerking of het ideale organisatiemodel. De logica respecterend kan dat ook niet. Organisatie-ecosystemen zitten ingebed in een gelaagde politieke, culturele, sociale, juridische omgeving; de omgeving en het ecosysteem beïnvloeden elkaar. Dat zorgt voor structurele diversiteit en dat vereist dan weer samenwerken op maat. Het heeft wel als doel om andere perspectieven te schetsen. Om de idee van een waardenetwerk en de bijhorende reflecties te (her)introduceren als een manier waarop strategisch kan worden nagedacht, onderhandeld en samengewerkt rond zorgopdrachten. Die 'hardere' strategische aspecten zijn voor elke organisatie belangrijk en ze gaan hoe dan ook aan het daadwerkelijk realiseren van de eigenlijke zorgopdracht vooraf.

In zijn meest eenvoudige vorm zal het realiseren van een zorgopdracht immers een **tweezijdige** (doorgaans meerzijdige) **markt** creëren: het samenwerken wordt verondersteld een onderscheidende waarde en oplossing te realiseren voor elk van de betrokken organisaties. Elke 'zijde' of actor van die markt heeft mogelijks wel een eigen onderhandelingsvoordeel, maar om de gemeenschappelijke en individuele waardepropositie van een collectieve zorgopdracht te kunnen realiseren, zijn ze afhankelijk van elkaar.

Die afhankelijkheidspremissie staat centraal in de idee van **meerpartijensamenwerking**: verschillen worden verkend en er wordt gezocht naar een gemeenschappelijke taal en een gedeeld wereldbeeld, vanuit het besef dat samenwerken vanuit een eigen gedegen professionaliteit resulteert in complementariteit. En in een rijkere pool aan DNA waaruit kan worden geput voor het verwezenlijken van nieuwe en vernieuwende zorgopdrachten.



**DEEL 2:
NAAR EEN CONCRETISERING VAN HET
3D²-MODEL VOOR ZORGOPDRACHTEN**

Het 3D²-model is **generalistisch en generiek toepasbaar**. De afwegingen hebben hun waarde voor het exploreren van elke zorgopdracht en het uitdiepen van elk type van zorgnood of -doelstelling. Het model kan ook een **strategische betekenis** hebben, zowel voor individuele organisaties als voor organisaties in allianties. Het model resulteert idealiter in een gestandaardiseerde, meer uniforme invulling van een zorgopdracht, om tegelijk ook de ruimte en opportuniteit te creëren voor organisatiespecifieke bijsturing, nuancering en concretisering. Het is het verzoenen van een zekere standaardisatie van zorgopdrachten met de mogelijkheid tot verdere 'customisatie'/maatwerk. In het realiseren van die verscheidenheid (het 'customiseren') zien we de relevantie en het potentieel van sociaal ondernemerschap: zorgopdrachten die doorgroeien naar een variatie aan eigen ingevulde zorgproducten, -arrangementen, -ontwerpen of welke term een zorgorganisatie ook mag prefereren.

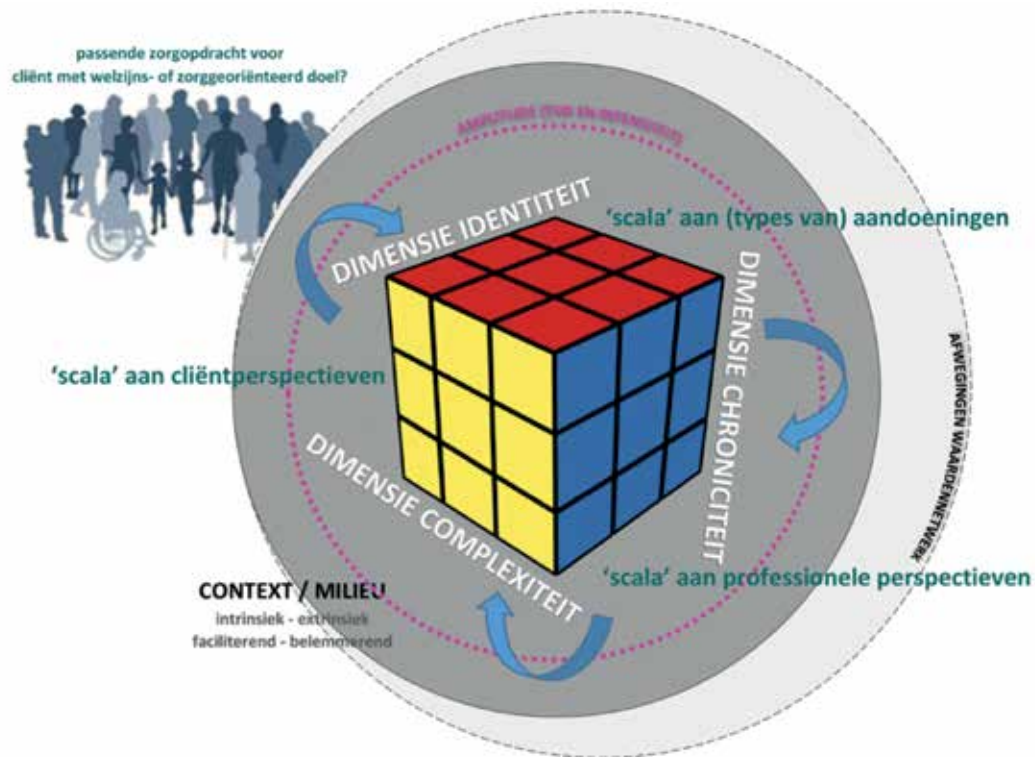
Als koepelorganisatie willen we ons in dit cahier beperken tot de neutrale uitgangssituatie, tot het chassis om een sprekend beeld uit het cahier *Vlaamse sociale bescherming* (2017) te hergebruiken.¹³ Vooraleer die uitgangssituatie verder vorm te geven en mogelijke toepassingen te verkennen, voegen we nog enkele aspecten toe aan de visualisatie van het 3D²-model voor zorgopdrachten. Zoals eerder aangehaald, lijkt het een meerwaarde om de opdeling tussen intrinsieke en extrinsieke factoren, tussen belemmerende en faciliterende omgevingsfactoren uit de ICF-logica mee te nemen.

Ook de idee van **codering en waardering** is relevant. Afwegen en inschatten heeft een veeleer kwalitatieve bijklank, maar kwantificeren en objectiveren is essentieel. Het moet onnodige 'volatiliteit' en onvoorspelbaarheid in zorg- en dienstverlening reduceren en het maken van weloverwogen keuzes garanderen, zowel vanuit het perspectief van de cliënt als dat van organisaties en beleidsmakers. De principes en logica van die idee werden in het cahier *Vlaamse sociale bescherming* grondig uitgewerkt en vertaald.

Het volstaat om te stellen dat het verbinden van een zorgnood met de passende zorgopdracht slechts kan worden onderbouwd en verantwoord als een **uniforme meettaal** wordt gebruikt die vertrekt van de zorgnood, voldoende differentiatie toelaat en expliciet aandacht heeft voor de omgevingsinvloeden. Het meten en vertalen moet tot slot ook periodiek geherevalueerd worden: noden en verwachtingen zijn niet statisch en continue afstemming moet worden verzekerd.

Het eerder beschreven **waardennetwerk** tot slot, kan een reflectiekader aanreiken dat het organisatieperspectief van het model verder uitdiept. De topics werden opgevat als fundamentele evaluaties die zowel op organisatie- als op samenwerkingsniveau kunnen helpen bij het efficiënt, effectief en cliëntgericht ontplooiën van zorgopdrachten.

13 p. 14: m.b.t. de persoonsvolgende financiering wordt gepleit voor generieke principes, nodig om de compatibiliteit, de toegankelijkheid en de eenvoud te bewaren. "...in de autowereld hebben wagens van verschillende merken toch eenzelfde onderbouw, het **chassis**. Hoewel hun uitzicht, rijcomfort en andere functionaliteiten kunnen variëren, hebben ze dezelfde basis".



HET 3D²-MODEL VOOR ZORGOPDRACHTEN

STAPSGEWIJS NAAR EEN ZORGOPDRACHT: VAN  NAAR 

Om de definitie en de logica van de zorgopdrachten verder te verwezenlijken en om de validiteit ervan af te toetsen voor de verschillende sectoren, zal het aangewezen zijn om de dimensies van het model uit te vouwen.

De uitvouw zal allereerst dienen om het **bestaande** zorglandschap in kaart te brengen, inclusief 'klassieke' sectoren en gekende verschijningsvormen van zorg. Om er dan vervolgens andere parameters, ijkpunten en karakteristieken aan toe te voegen.

Het is echter belangrijk om in het achterhoofd te houden dat een uitvouwen per definitie zal resulteren in een reductie van complexiteit, maar ook in een zeker verlies van de stelselmatig opgebouwde nuance en gelaagdheid.

Aan de hand van volgend (fictief ingevuld) schema werd een eerste poging gedaan om de relevante perspectieven, dimensies en afwegingen uitgevouwen en schematisch weer te geven.

In onze visie is een zorgopdracht:

Het resultaat van een samengesteld geheel van interagerende activiteiten, rollen of attitudes die worden georganiseerd in een specifieke setting, voor een specifieke doelgroep(en) van cliënten om een specifiek welzijns- of zorggeoriënteerd doel te kunnen realiseren. De setting heeft een eigen morfologie (grenzen, accenten, mogelijkheden en interacties) die op haar beurt bepalend zal zijn voor de concrete invulling, de intensiteit, de omvang en de tijdsduur van de zorg en ondersteuning.

1	2	3	4	5	6	7		
CLIENTPOPULATIE	AARD VAN ZORGNOOD EN ZORGOELSTELLING(EN)	OMGEVINGSINVLOED	ingeschatte totale CHRONICITEIT / COMPLEXITEIT	RELEVANTE OMGEVING VOOR ZORGOEL(EN)	RELEVANTE SECTOR(EN)	RELEVANTE ZORGVORM(EN)		
oudere	PRIMAIR	KLINISCH	10	thuis	OUDERENZORG	WZC		
	SECUNDAIR			ambulant		... kortverblijf DVC LDC AW'en		
volwassene	TERTIAIR	MAATSCHAPPELIJK	8	semi-residentieel	GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	ziekenhuis		
		PERSONEEL				7	GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	PVT
		FUNCTIONEEL				6	ZIEKENHUISZORG	IBW
adolescent	PRIMAIR	KLINISCH	5	residentieel / 24/24 uursopvang	...	CGG		
						PERSONEEL	4	acut ZH
kind	SECUNDAIR	MAATSCHAPPELIJK	3	residentieel / 24/24 uursopvang	...	revalidatieZH		
						FUNCTIONEEL	2	polikliniek
	PRIMAIR	KLINISCH	1			...		

8 ZORGOPDRACHT?

2.1. Algemene beschouwingen

Om de **algemene beschouwingen** bij dit 'uitgevouwen schema' toe te lichten, kan een eenvoudig en fictief voorbeeld handig zijn:

- Zoals gezegd reduceert het schema complexiteit en geeft het gefaseerd en enigszins gefragmenteerd weer wat in werkelijk veeleer iteratief en minder afgelijnd verloopt of wordt uitgedacht.
- Het gaat om een visualisatie van het bestaande zorglandschap, met de vertrouwde actoren en gekende zorgvormen. Er werd nog geen rekening gehouden met innovatieve zorgontwerpen of toekomstige opportuniteiten: dat vergt een andere interpretatie van het model/schema (cf. infra).
- We vertrekken logischerwijze van het 'type' cliënt (stap 1) en zijn ervaren zorgnood. De gelaagdheid van die zorgnood verliest in het schema aan detail, maar vanuit pragmatisch oogpunt kan werken met **primaire, secundaire en tertiaire zorgnoden** een mogelijk compromis zijn (stap 2). Primaire zorgnoden zijn op te vatten als doelstellingen die aanpak vereisen alvorens secundaire of tertiaire doelstellingen haalbaar of bereikbaar worden. Afhankelijk van de interactie tussen onder meer de dimensies identiteit, complexiteit en de chroniciteit zullen zorgnoden wijzigen naar inschaling, belang en finaliteit (cf. sectie E). Een periodieke herevaluatie om vervolgens zorgantwoorden en zorgopdrachten bij te sturen of fijner af te stemmen, zal dan ook cruciaal zijn.
- Voor de opdeling van de zorgnoden of zorgdoelstellingen (klinisch, functioneel, persoonlijk, maatschappelijk) zochten we aansluiting bij de wijze waarop hersteldoelen werden onderscheiden in het cahier *Functie 3 in de netwerken geestelijke gezondheid voor volwassenen* (2017). In elke zorgnood, los van het achterliggende ziektebeeld, kunnen die typologieën in meer of mindere mate vervat zitten. Ze kunnen beperkt, afgelijnd en concreet aanwezig zijn; het kan uitgesproken of net moeilijk benoembaar zijn; het kan gaan om combinaties van zorgnoden die elkaar mogelijk versterken, afzwakken of zelfs opheffen. De  in het schema wil dan ook verwijzen naar enerzijds het belang van het cyclisch herevalueren van zorgnoden en anderzijds de fundamentele interactie tussen zorgnoden, en het eventuele effect hiervan.

Voorbeeld: een voorheen actieve cliënt van middelbare leeftijd (cliëntpopulatie) die moet worden behandeld voor een CVA (primaire klinische zorgnood), waarbij het motorisch revalideren (primaire functionele zorgnood) centraal staat om zo de vroegere autonomie te herwinnen, zijn zelfvertrouwen terug op te bouwen en betekenis te kunnen geven aan verlies (secundaire persoonlijke zorgnoden).
- In een derde stap trachten we zicht te krijgen op de relevante omgevingsinvloeden en hun impact op de cliënt, zijn functioneren en de ervaren impact van eventuele beperkingen en belemmeringen.

Voorbeeld: de cliënt heeft een ruim netwerk aan informele ondersteuning en zijn directe familieleden kunnen en willen actief betrokken worden in het realiseren van de diverse zorgdoelstellingen.
- Het inschatten van de complexiteit en chroniciteit (stap 4), bepalend voor onder meer de te verwachten intensiteit en tijdsduur (de amplitude) van de zorgopdracht, moet een eerste indicatie geven van de benodigde expertise, kennis, omkadering en flexibiliteit.

Voorbeeld: bij de cliënt met een CVA zal nood zijn aan zowel medische-specialistische kennis als aan intensieve multidisciplinaire, paramedische begeleiding. Ook psychologische ondersteuning is aangewezen.
- Vervolgens worden de verwachtingen en doelstellingen afgetoetst aan de verschillende sectoren, met hun sectoreigen expertise, specifieke eigenschappen, karakteristieken én beperkingen (stap 5 en 6).

Voorbeeld: voor de verwachtingen en doelstellingen van de cliënt zal het ziekenhuis initieel de meest geschikte omgeving zijn ('initieel', omdat bij gewijzigde doelen en zorgnoden mogelijk een andere omgeving en zorgvorm meer aangewezen kunnen zijn).

- De zorgopdracht die het best aansluit bij de noden, de doelstellingen en verwachtingen van de cliënt zal uiteindelijk de best passende zorgvorm bepalen (stap 7 en stap 8). De wijze waarop de activiteiten, rollen, attitudes en interventies er worden gewogen, samengesteld en gepositioneerd, is daarbij doorslaggevend (i.e. de zorgsequentie).

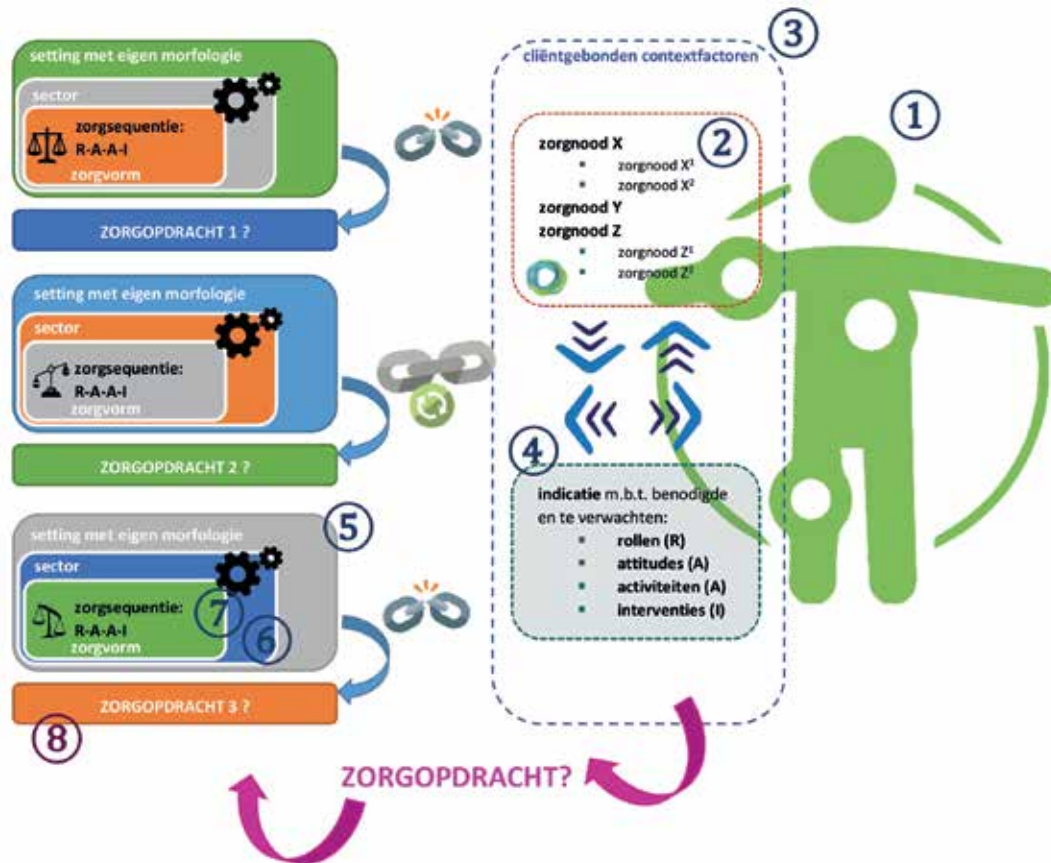
Voorbeeld: voor de cliënt zal de specificiteit van een revalidatieziekenhuis met zijn samengesteld geheel van interagerende activiteiten, rollen of attitudes en hun impact op de intensiteit omvang en tijdsduur van de zorg en ondersteuning de zorgopdracht zijn die het best past voor de zorgnood.

2.2. Uitgelicht: de 'fit' tussen cliënt en context?

Zoals eerder vermeld, schuilt achter de zorgnoden en -doelstellingen van cliënten vaak een immense complexiteit aan subdoelen, onuitgesproken vragen en twijfels, mogelijk interfererende overtuigingen, persoonlijkheidskenmerken enz. Het zal essentieel zijn om ze in al hun gelaagdheid te verbinden met de juiste expertise, kennis, zorgmedewerkers en faciliterende omgevingsfactoren. Het is de meest aangewezen 'cliënt-context fit'.

Die afweging vergt allereerst een betrouwbare en grondige evaluatie: zorgnoden moeten verantwoord ingevuld worden. Onderzorg is te vermijden, net zoals overzorg of additionele zorg (waar louter vervangende zorg had kunnen volstaan). Met de cliënt-context fit als invalshoek ontstaat onderstaande figuur. Het is een andere weergave waarin ook de stappen van het eerste schema werden opgenomen. De figuur brengt opnieuw meer dynamiek aan in de meer schematische en statische uiteenrafeling van de logica, dimensies, componenten en afwegingen van het 3D²-model.





2.3. Uitgelicht: de 'fit' binnen en tussen organisaties

Het zoeken naar een zo goed mogelijke afstemming tussen de zorgnoden van de cliënt en de best passende zorgopdracht raakt uiteraard ook aan de relaties tussen actoren en sectoren. Het vertrekt van de premisse dat organisaties tot voldoende zelfkritiek en zelfreflectie in staat zijn, dat het vanzelfsprekend is dat sommige zorgvormen a priori meer of minder aangewezen zijn om een specifieke zorgopdracht te realiseren. Niet iedereen kan alles of hoeft alles te kunnen. Actoren en sectoren verschillen o.a. naar competenties, klemtonen en omkadering. Die verschillen ervaren we allereerst als complementair en verrijkend; het is echter hun impact op de kernwaarden van zorg die doorslaggevend is. Het gaat dan om de impact van het sectoreigen-DNA op kernwaarden zoals de kwaliteit en veiligheid van zorg, de subsidiariteit, de mate waarin de inzet van personele, financiële en maatschappelijke middelen kan worden verantwoord...

In het verlengde daarvan kan het voor de klassieke zorgactoren, voor de gekende zorgvormen en sectoren belangrijk zijn om transparanter en bevattelijker te maken welke rijkdom aan zorgopdrachten en aan invullingen er precies bestaat. Het ontbreekt actoren en sectoren vaak aan kennis over elkaars wereldbeeld, karakteristieken en expertise. Blinde of vage vlekken bemoeilijken de samenwerking tussen organisaties en resulteren mogelijk ook in het verkeerd inschatten van zorgkeuzes, investeringen of opportuniteiten. Een gemeenschappelijke taal kan alvast helpen om meer en anders in dialoog te gaan.



Om samen te werken en in dialoog te gaan over zorgopdrachten, vermeldden we eerder al het waardenetwerk en de (illustratieve) reflecties voor een portfolio-evaluatie. Het zijn afwegingen die zowel door individuele organisaties als door allianties of 'entiteiten-in-wording' kunnen worden gemaakt met het oog op een efficiënter, effectiever en cliëntgerichter ontplooiën van zorgopdrachten.

Het schema en de bijhorende figuur van het 3D²-model kan bij dat soort evaluaties mogelijk strategisch aangewend worden. Waar eerst vertrokken werd van (de zorgnoden van) de cliënt, kunnen organisaties de gedachtegang achter het schema omdraaien. Op die manier toegepast, zijn relevante, organisatie-afwegingen:

- Welke zorgopdrachten zitten in de portfolio van mijn organisatie?
- Zijn zorgopdrachten te onderscheiden of zijn ze overlappend?
- Zijn overlappende aspecten voordelig, noodgedwongen of veeleer te vermijden?
- Is de invulling van de zorgopdracht nog afgestemd op de complexiteit en de chroniciteit van de zorgnoden en cliënten waarvoor die initieel werd georganiseerd?
- Beschikt de organisatie nog over de juiste competenties om de zorgnoden te beantwoorden?
- Is de organisatie nog afgestemd op het juiste type van cliënten?
- Welke toekomstige cliënten en zorgnoden zijn te verwachten en zijn organisatie en zorgopdracht voldoende toekomstbestendig?
- ...

Die **toekomstbestendigheid** vormt een eerste rode draad. In een turbulent zorglandschap zal het sowieso een streven zijn voor elke actor en elke sector. Vanuit die optiek wil dit cahier pogen om hulpmiddelen en handvatten aan te reiken.

Bovenstaande 'omgekeerde toepassing' van het schema leest veeleer **reactief** van aard: hoe kan een organisatie zich aanpassen aan gewijzigde noden, gepercipieerde hiaten of aan een ervaren mismatch tussen zorgnoden en zorgopdracht?

Het kan uiteraard ook meer **proactief** aangewend worden. Zelfkritiek en zelfevaluatie vormen daartoe opnieuw de basis. Het vergt een goed zicht op het sectoreigen-DNA en op de context waarin een organisatie actief is, maar vooral op de eigen zorgvormen: de mate waarin een organisatie in staat is om de aanwezige rollen, attitudes, activiteiten en interventies flexibel in te zetten, af te wegen en te combineren. Het is een correct waarderen en zelf inschatten van de variatie aan zorgsequenties waartoe de organisatie in staat zou kunnen zijn.

Met die inzichten als uitgangspunt kan worden nagegaan welke zorgnoden **nu** opgevangen worden, welke competenties worden aangewend en met welke intensiteit, welke opdrachten in portfolio zitten, waar mogelijk ruimte is voor innovatie en opportuniteit, welke investeringen eventueel aangewezen zijn en wat het zou betekenen voor het langetermijnperspectief van een organisatie. Het model proactief toepassen, zal resulteren in een organisatiespecifieke interpretatie. Elke actor zal eigen ijk- en beslissingspunten in rekening brengen, afhankelijk van de uitgangspositie, de beschikbare middelen, de cultuur, het dominante wereldbeeld, de experimenteerruimte die haalbaar is zonder andere activiteiten te hypothekeren...

2.4. Uitgelicht: het ‘fitten’ van nieuwe zorgopdrachten binnen allianties

De tweezijdige reactief/proactieve toepassing van het model en de achterliggende logica kan een hulpmiddel zijn voor het overleg tussen zorgactoren die door het vormen van allianties of partnerschappen bestaande zorgopdrachten willen optimaliseren, zorgopdrachten willen herbestemmen naar finaliteit of setting of nieuwe zorgopdrachten vorm willen geven. Naar die toepassingsmogelijkheden werd al enkele keren verwezen.

Het kan een communicatiemiddel zijn

Als de diverse actoren beschikken over een eigen reactieve/proactieve aanvangsevaluatie, dan resulteert dit idealiter in een transparanter communiceren over eigen doelen, wensen, breekpunten en mogelijkheden (cf. de vergissingen ten voordele van vrijgevigheid en transparantie). Het geeft individuele organisaties ook duidelijker zicht op de eigen grenzen en marges die haalbaar en leefbaar zijn binnen de ongekende context van een nieuwe en onzekere organisatie-entiteit.

Samen met de reflecties van het waardenetwerk (cf. supra) wordt ook de onderbouw gecreëerd voor een gemeenschappelijke taal en een generiek wereldbeeld. Elke parameter uit het schema zou herkenbaar moeten zijn voor elk van de betrokken partners.

Deze combinatie van een duidelijke en duidelijk gecommuniceerde aanvangsstatus met het kunnen beschikken over een gedeeld en begrepen conceptueel model en referentiekader moet bij het uitdenken van nieuwe, collectieve zorgopdrachten resulteren in het gericht afwegen van onder meer:

✓ De reeks en volgorde van activiteiten nodig voor de zorgopdracht:

Welke trajectvariaties zijn mogelijk binnen de alliantie? Zijn er doublures of hiaten in het collectieve aanbod, kunnen rollen, activiteiten en interventies anders gecombineerd of eventueel verplaatst worden?

✓ De locatie(s) en setting(s) relevant voor de zorgopdracht:

Het subsidiariteitsprincipe is doorslaggevend. Kan de zorgopdracht gericht, doordacht en efficiënt worden uitgebouwd, kan ze worden georganiseerd in de setting en locatie die de alliantiepartners als meest geschikt beoordelen? Of zijn architecturale, financiële of geografische elementen van invloed? Welke investeringen zouden noodzakelijk zijn?

✓ De gelinktheid van activiteiten, zorgopdrachten en organisaties

Op welke manier zal de nieuwe zorgopdracht de activiteiten, de uitkomsten en de kosten van de deelnemende actoren beïnvloeden?

✓ Skills Mix

Welke skills mix vergt het kunnen realiseren van de zorgopdracht? Welke actor beschikt over welk type van competenties, kennis en expertise? Waar is complementariteit en synergie mogelijk? Welke marge hebben organisaties om eigen vaardigheden en competenties ook binnen de alliantie aan te wenden en ter beschikking te stellen? Zijn collectieve investeringen nodig? Kunnen competenties elders of anders gemakkelijker en goedkoper samengebracht of georganiseerd worden?

✓ Reikwijdte en partners

Welke andere, onafhankelijke (hiërarchisch gelijke) actoren of organisaties worden momenteel betrokken, niet betrokken, of kunnen het best betrokken worden? Wat is of moet formeel geregeld worden, wat kan informeel?

Het kan een baken zijn bij overleg, onderhandelen en verkennen van scenario's

We zien 'het instrumentarium' ook als vehikel om de complexiteit te reduceren, bevattelijk en hanteerbaar te houden, om gedeelde waardeproposities te expliciteren, om conflicten door te komen en de focus of finaliteit doorheen het traject te bewaken (i.e. een collectief willen organiseren van een nieuwe zorgopdracht). Vanuit dat oogpunt heeft het model ook als meerwaarde dat kan worden geschakeld tussen de verschillende perspectieven die essentieel zijn voor elke zorgopdracht. Het draagt bij tot het begrijpen van wereldbeelden en verhoogt het inlevingsvermogen. Die complexiteit is een **tweede rode draad**. Van geïntegreerde zorg als complexe interventie, over organisaties als complex adaptieve systemen tot de complexiteit van zorgnoden met hun inherent gelaagde en interagerende karakter.

Een cliënt met een zorgvraag in verbinding brengen met de voor hem meest geschikte zorgopdracht is de concrete veruitwendiging van die veelvuldige compliciteit. Modellen en schema's kunnen dit niet sluitend bevattelijk of representatief krijgen. Zorgopdrachten als antwoord op zorgnoden zijn uiterst complexe zorgvragen. Ze zijn een schoolvoorbeeld van een venijnig vraagstuk (*wicked problem*). Hun invulling zal nooit strikt objectiveerbaar of meetbaar goed of fout zijn, hoogstens 'beter' of 'slechter' (dan het alternatief). Voor zorgactoren en -organisaties zal het dan ook bijzonder moeilijk zijn om écht te oordelen of een invulling van een zorgopdracht, of een nieuwe zorgopdracht, voldoende aansluit bij een zorgnood. Er zal finaal steeds een kwalitatief waarden en appreciëren aan te pas komen.

Alle kenmerken van venijnige vraagstukken¹⁴ zijn dan ook van toepassing:

- Zorgaspecten zijn nooit volledig kwantificeerbaar;
- Er zitten altijd onzekerheden aan vast, waarover nooit duidelijkheid zal zijn;
- Zorgnoden kunnen niet causaal worden gemodelleerd of gesimuleerd om er vervolgens oplossingen tegenover te plaatsen;
- Er zal altijd een kwalitatief, subjectief oordeel noodzakelijk zijn. Een niet kwantificeerbaar inschalen van de consistentie en validiteit (van de invulling van een zorgopdracht).

Louter benoemen van de hoge mate van complexiteit en venijn van zorgopdrachten lijkt echter afronden in mineur. Voor zowel een ver doorgedreven verkennen van nieuwe mogelijkheden en zorgopdrachten als het experimenteel beoordelen van bestaande of nieuwe zorgopdrachten, vermelden we graag toch de principes van 'geforceerde combinaties' en 'morfologische analyse'¹⁵.

DE MEERWAARDE VAN 'GEFORCEERDE COMBINATIES'?

Naar aanleiding van de vaststellingen m.b.t. complexe problemen en hun karakteristieken, ontstond de idee van het morfologisch analyseren van oplossingen of combinaties van oplossingen. Het gaat in wezen om het maken van geforceerde combinaties, zodat alternatieven kunnen worden beoordeeld en de best passende oplossing of het meest geschikte antwoord kan worden geïdentificeerd. Het morfologisch analyseren of het geforceerd combineren start met het selecteren van relevante parameters of dimensies, om ze een waardering of weging te kunnen toekennen. In een volgende stap worden de parameters, dimensies en waarden gecombineerd om de verscheidenheid aan mogelijke configuraties te identificeren. Die configuraties worden uiteindelijk op hun waarde en validiteit beoordeeld.

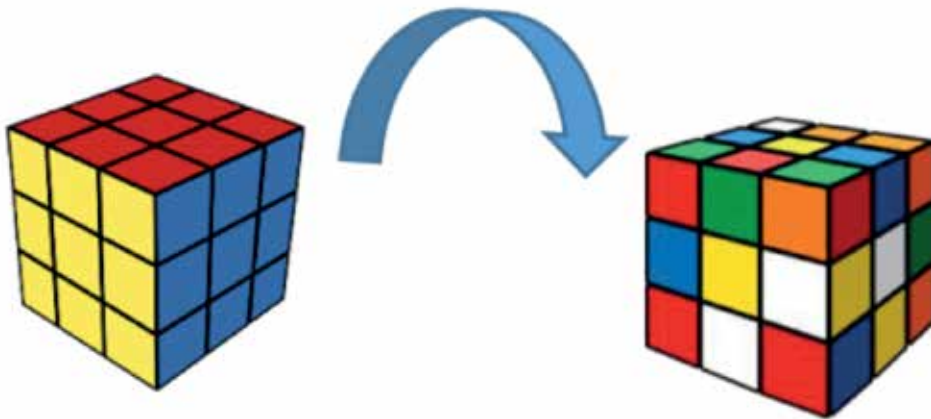
14 Ritchey, T. (2011) *Wicked Problems – Social Messes: Decision support Modelling with Morphological Analysis*. Berlin: Springer.

15 Zwicky, F. (1969) *Discovery, Invention, Research - Through the Morphological Approach*, Toronto: The Macmillan Company.

"...general morphological analysis is a method for identifying and investigating the total set of possible relationships or "configurations" contained in a given problem complex." (Swedish Morphological Society, 2013)

"...to study the more abstract structural interrelations among phenomena, concepts, and ideas, whatever their character might be.." (Zwicky, 1966)

Voor zorgopdrachten maakt de kubus uit het 3D²-model de idee aanschouwelijk: alle dimensies, perspectieven en componenten (de vlakken van de kubus) worden gedraaid met de bedoeling nieuwe configuraties van zorgopdrachten te identificeren.



Ook het schema is – voor dit gedachte-experiment – relevant: het is de matrix waarin alle relevante parameters, relaties, dimensies en componenten vervat zitten. Ze zouden een weging en waardering kunnen krijgen, afhankelijk van het beoogde zorgdoel, de zorgopdracht of de organisatieaccenten. Door het geforceerd combineren van alle elementen van het schema moeten dan nieuwe configuraties ontstaan. Configuraties die onder meer variëren naar weging, naar samenstelling van rollen, attitudes, activiteiten, interventies, configuraties met atypische combinaties van sectoren of zorgvormen enz. Voor elke geforceerde combinatie en de hieruit voortvloeiende configuratie kan dan worden afgetoetst of ze enige waarde kunnen hebben vanuit cliënt-, organisatie-, netwerk- of beleidsperspectief.

We beseffen uiteraard dat de idee van het morfologische analyseren van zorg érg abstract en conceptueel is. Toch duikt de logica ervan frequent op in andere sectoren, als middel om creatieve oplossingen uit te werken, innovatie te ontlokken of onzekere initiatieven veilig te exploreren.

Het lijkt dan ook waardevol voor een sector waar flexibiliteit, snelle adaptatie en tijdige innovatie steeds crucialer worden.

Besluit

We ontwikkelden het 3D²-model om het denken en de dialoog over zorgopdrachten en geïntegreerde zorg op gang te brengen. Die dialoog start intern; vooraleer scenario's uit te werken en samenwerkingsverbanden te sluiten, staat een organisatie best stil bij de eigen visie en strategie, de eigen competenties, waarden en ambities en bij de globale 'organisatieconditie'. Het 3D²-model wil die reflectie concreet maken, met een correct waarden en inschatten van de variatie aan zorgsequenties waartoe de organisatie is en kan zijn.

Die 'blik naar binnen' is slechts het vertrekpunt: het is een stilvallen om dán zelfzeker en onderbouwd te kunnen ondernemen. Het model wil dan hulpmiddel zijn voor overleg tussen zorgactoren die bestaande zorgopdrachten willen optimaliseren, zorgopdrachten willen herbestemmen naar finaliteit of setting of nieuwe zorgopdrachten vorm willen geven. Het reikt een generiek wereldbeeld en een gemeenschappelijke taal aan, het maakt schakelen tussen essentiële perspectieven mogelijk en kan een framework zijn voor de analyse van zowel individuele organisaties als partnerschappen. Net in die combinatie van zelfreflectie en reflectie-in-partnerschap, in het kiezen en nadenken in termen van zorgopdrachten, zit voor ons de meerwaarde. Het is een goede basis om samenwerking doordacht uit te bouwen. Die kan dan resulteren in professionele complementariteit, in een rijkere pool aan DNA waaruit kan worden geput voor het verwezenlijken van nieuwe en vernieuwende zorgopdrachten.

Zorgnet-Icuro vzw
Guimardstraat 1
1040 Brussel
post@zorgneticuro.be
www.zorgneticuro.be

