

Geïntegreerde zorg als normatief kompas

Beleidslogica's en spanningen in België

Maartje Reyniers

r0820201

Masterproef aangeboden tot het behalen van de graad

MASTER IN DE SOCIOLOGIE

Promotor: Prof. Dr. Anja Declercq

Verslaggever: Janne Eijckmans

Academiejaar: 2025-2026

Word count: 23.587

Geïntegreerde zorg als normatief kompas

Beleidslogica's en spanningen in België

Maartje Reyniers

r0820201

Masterproef aangeboden tot het behalen van de graad
MASTER IN DE SOCIOLOGIE

Promotor: Prof. Dr. Anja Declercq
Verslaggever: Janne Eijckmans
Academiejaar: 2025-2026
Word count: 23.587

Inhoud

Lijst van tabellen	iii
Lijst van figuren.....	ix
Voorwoord	xi
Samenvatting	xii
Abstract (NL).....	xiii
Abstract (ENG)	xiv
1 Inleiding	1
1.1 Geïntegreerde zorg als beleidsconcept	1
1.2 Institutionele context van het Belgische zorgsysteem	2
1.2.1 Algemene kenmerken	2
1.2.2 Politieke bevoegdheden	3
1.2.3 Ontwikkeling van geïntegreerde zorg	4
1.3 Beleidsmatige probleemdefiniëring	4
2 Theoretisch kader en onderzoeksvragen	7
2.1 Organisatie-theoretische benadering	7
2.2 Sextuple Aim als mogelijke prestatie-eisen	8
2.3 Onderzoeksvragen	9
3 Analyse beleidsdocumenten	11
3.1 Algemeen onderzoeksdesign.....	11
3.2 Methodologische aanpak van de documentanalyse	11
3.3 Analyse van de beleidsdocumenten	12
3.3.1 Gemeenschappelijke Verklaring (De Block et al., 2015)	12
3.3.2 Beleidsverklaring Volksgezondheid (Vandenbroucke, 2025)	15
3.3.3 Beleidsnota 2024–2029 (Gennez, 2024)	17
3.4 Spanningen in de invulling van geïntegreerde zorg.....	22
3.4.1 Prestatie-eisen	22
3.4.2 Doelgroepen	23
3.4.3 Bestuursniveau	24
3.4.4 Zorgarchitectuur en samenwerkingsstructuren	24
3.4.5 Digitale infrastructuur en gegevensdeling.....	25
3.4.6 Kwaliteitsbewaking en toezicht	25
3.4.7 Innovatie	26
3.5 Voorlopige conclusie: beleidslogica's	27
3.5.1 Bijgestuurde onderzoeksvragen	28
4 Methodologie interviewstudie	30
4.1 Onderzoeksopzet en methodologie	30
4.2 Steekproefselectie.....	30
4.3 Dataverzameling	31
4.4 Analyse.....	32
4.5 Betrouwbaarheid en validiteit	32
4.6 Ethische overwegingen	33

5	Resultaten	34
5.1	<i>Probleemdefiniëring</i>	34
5.2	<i>Conceptualisering van geïntegreerde zorg</i>	35
5.3	<i>Invulling van geïntegreerde zorg</i>	39
5.3.1	Prioritering in prestatie-eisen	39
5.3.2	Vergelijkende patronen in prioritering	41
5.3.3	Invulling van prestatie-eisen	42
5.3.4	Vergelijkende patronen in invulling	44
5.3.5	Doelgroepen	45
5.3.6	Plaats voor acute zorgnoden	46
5.3.7	Zorgarchitectuur en samenwerkingsstructuren	47
5.3.8	Bestuursniveau	49
5.3.9	Digitale infrastructuur en gegevensdeling	50
5.3.10	Kwaliteitsbewaking en toezicht	50
5.3.11	Innovatie	51
5.4	<i>Barrières tot hervorming</i>	52
5.5	<i>Toekomstperspectief</i>	53
5.6	<i>Conclusie interviewstudie</i>	56
5.6.1	Dominante beleidslogica's	56
5.6.2	Vergelijkende patronen in dominante beleidslogica's	59
6	Discussie en conclusie	61
6.1	<i>Discussie</i>	61
6.1.1	Interpretatie en variatie in prestatie-eisen	61
6.1.2	De vertaling van prestatie-eisen naar organisatie	62
6.1.3	Geïntegreerde zorg als spanningsveld	62
6.1.4	Verschillen tussen actoren en beleidslogica's	63
6.1.5	Afstemming van beleidslogica's in een gelaagde bestuursstructuur	64
6.1.6	Hybride logica's en implementatiepraktijken	64
6.1.7	Theoretische implicaties voor het socio-technisch kader	65
6.2	<i>Sterktes en beperkingen</i>	65
6.3	<i>Implicaties voor onderzoek</i>	67
6.4	<i>Conclusie: geïntegreerde zorg als normatief kompas</i>	68
6.4.1	Prestatie-eisen als gedeeld maar open referentiekader	68
6.4.2	Prioritering zonder expliciete hiërarchie	69
6.4.3	Spanningen als structureel onderdeel van geïntegreerde zorg	69
6.4.4	Implicaties voor de organisatie en vormgeving van zorg	70
6.4.5	Beleidslogica's: van analytische typologie naar empirische hybriden	71
6.4.6	Geïntegreerde zorg als normatief kompas	72
7	Algemeen besluit	75
8	Referenties	77
9	Bijlagen	81
	<i>Bijlage 1: Formulier geïnformeerde toestemming</i>	81
	<i>Bijlage 2: Interviewleidraad</i>	83
	<i>Bijlage 3: Codeboom op basis van literatuurstudie</i>	85
	<i>Bijlage 4: Codeboom na analyse van interviews</i>	88
	<i>Bijlage 5: GenAI verklaring</i>	94

Lijst van tabellen

Tabel 1

Overzicht van de spanningen in prestatie-eisen tussen De Block et al. (2015), Vandenbroucke (2025) en Gennez (2024)

	De Block et al. (2015)	Vandenbroucke (2025)	Gennez (2024)
Prioritering en betekenis van de prestatie-eisen	1. Patiëntgerichte zorg en kwaliteit: continuïteit (administratief, informatief, zorginhoudelijk en relationeel), zelfzorg/ empowerment en mantelzorg 	Kosteneffectiviteit/ doelmatigheid: financieel- en performantiegestuurde sturing (HTA, DRG, P4P), transparantie 	Inclusie (sociale grondrechten): transversaal armoedekader (toeleiding/ outreach, automatische rechten, basisdienstverlening) 
	2. Populatiegezondheid: preventie en vroegdetectie, collectieve lokale benadering, ongelijkheid reduceren 	Gezondheidsgelijkheid: betaalbaarheid en tarieven (MAF, derdebetalersregeling, beperkingen supplementen, conventie/ tariefzekerheid) 	Kwalitatieve zorg: relationeel (nabijheid, participatie, zorgzame buurten) en structureel (kwaliteitskader, kwaliteitsdecreet handhaving, toezicht, zorginspectie) 
	3. Toegankelijkheid: financieel en geografisch 	Populatiegezondheid: preventie-agenda (tabak, voeding, alcohol, obesitas), vaccinaties, GGZ, klimaatdeterminanten 	Populatiegezondheid: sociale en omgevingsdeterminanten (lucht, groen, mobiliteit, armoede), GGZ-bevordering 
	4. Efficiënt middelengebruik: procesdoelmatig 	Kwaliteit: via richtlijnen/ indicatoren, P4P-koppelingen 	Duurzaamheid: structureel (VIPA/ DBFM en Green Deal Duurzame Zorg), en via leefomgevingsdeterminanten 
	5. Welzijn van zorgmedewerkers: impliciet via taakverdeling en nieuwe rollen 	Welzijn van zorgmedewerkers: werkbaar werk, agressiebeleid, modernisering van beroepen 	Welzijn van zorgmedewerkers: retentie, taakorganisatie, regeldruk verlagen 
Doelgroepen	Chronische en complexe zorgnoden: chronisch zieken, multimorbiditeit, functionele beperkingen, zeldzame en	Specifieke zorgnoden: financieel kwetsbare personen, ernstige psychische aandoeningen, eerstelijnspsychologie,	Sociale kwetsbaarheid: armoede, woonomstandigheden, digitale en gezondheidsvaardigheden, migratieachtergrond, leeftijd

	mentale aandoeningen, levenseinde (+ mantelzorgers)	ontwikkelingsstoornissen, kanker en zeldzame ziekten, risicogroepen	
Bestuursniveau	Interfederaal (gelaagde bestuursstructuur)	Federaal gestuurd, met interfederale afstemming	Vlaams (mesoniveau) met sterke lokale verankering (ELZ/zorgraden)
Zorgarchitectuur en samenwerkings-structuren	- Ontschotting en samenwerking over zorglijnen - Nieuwe rollen en taakverdeling - Locoregionale netwerken - Health in All Policies	- Coördinatie via kwaliteits- en financieringsmechanismen (kwaliteitsindicatoren, P4P, conventiebeleid, multidisciplinaire waardeschaal) - Datasturing en monitoring (indicatoren, transparantie) - Health in All Policies	- Vermaatschappelijking via zorgzame buurten - ELZ / zorgraden als coördinatieplatform - Health & (Mental) Wellbeing in All Policies
Digitale infrastructuur en gegevensdeling	- Gedeeld elektronisch dossier - e-health - Technologische ondersteuning van geïntegreerde zorg en samenwerking - Digitale instrumenten voor case management	- Digitale transitie en datasturing - e-health - Cybersecurity en dataveiligheid - EHDS en BIHR - Koppeling digitale gegevens aan financiering en kwaliteit (P4P, indicatoren) - Digitale zorginnovaties (telemonitoring, teleconsultatie)	- Vitalink, Alivia, BelRAI, ZADP - Interoperabiliteit met federale bronnen - Only-once gegevensdeling - GDPR-proof data-uitwisseling - Digitale inclusie
Kwaliteitsbewaking	- Kwaliteitscultuur, indicatoren (proces en uitkomst) - Wetenschappelijke opvolging	- Kwaliteitsindicatoren - Audit- en handavingsmechanismen - Koppeling aan financiering (P4P)	- Doelregelgeving - Kwaliteitsdecreet - Zorginspectie 3.0
Innovatie	Ondersteunend voor samenwerking en geïntegreerde zorg	Technologische en organisatorische innovatie, zorginnovatie en klinische innovatie	Ingebed in buurtstructuren en werkbaarheid
Beleidslogica	Relationeel-integratief	Instrumenteel-sturend	Sociaal-contextueel

Noot. Symbolen zoals weergegeven in Figuur 1.

Tabel 2

Overzicht van de respondenten en hun institutionele kenmerken

Code	Niveau	Rol	Ervaring
R1	Federaal	Politiek-administratief	Lang
R2	Federaal	Politiek	Middellang
R3	Vlaams	Projectmatig	Kort
R4	Vlaams	Politiek	Middellang
R5	Vlaams	Politiek-administratief	Lang
R6	Vlaams	Veldorganisatie	Lang

Tabel 3

Overzicht van de structuur en invulling van geïntegreerde zorg op basis van de interviews

	R1: federaal, politiek-administratief, lang	R2: federaal, politiek, middellang	R3: Vlaams, projectmatig, kort
Prioritering en betekenis van de prestatie-eisen	1. Populatiegezondheid: collectieve lokale benadering, preventie (o.a. door sensibilisering) 	Zorgkwaliteit: continuïteit (incl. levensloopbenadering, zolang als nodig) 	Zorgkwaliteit: patiëntgericht (o.b.v. noden, holistisch) + continuïteit 
	2. Zorgkwaliteit: patiëntgericht (comprehensive, agency, i.f.v levensdoelen), continuïteit (incl. levensloop-benadering), zelfzorg 	Populatiegezondheid: preventie 	Welzijn zorgmedewerkers: werkbaar werk, taakverdeling 
	3. Doelmatigheid 	Doelmatigheid 	Populatiegezondheid: collectieve lokale benadering 
	4. Gezondheidsgelijkheid en -inclusie: financiële toegankelijkheid, outreach 	Welzijn zorgmedewerkers: correcte financiering voor tijd die men aan patiënt besteed 	Doelmatigheid 
	5. Welzijn zorgmedewerkers: werkbaar werk 	Gezondheidsgelijkheid en -inclusie: vaardigheden (bv. digitaal, zorgnavigatie) 	Gezondheidsgelijkheid en -inclusie: geografische toegankelijkheid 
	6. <i>Duurzaamheid (kritisch ingevuld: niet de taak van zorgbeleid)</i> 		
Doelgroepen	Zorgnood	Sociale - en toegankelijkheidslogica	Zorgnood
Acute zorgnoden	/	/	Aparte stroom binnen geïntegreerde zorg
Bestuursniveau	Interfederaal met regionale verschillen	Interfederaal	Lokaal naar federale en terug
Zorgarchitectuur & samenwerkings-structuren	Zorgcoördinatie en case management; gegevensuitwisseling en gedeeld zorgplan	/	Ruimtelijke nabijheid; overleg; gezamenlijke multidisciplinaire consultatie
Beleidslogica	Sociaal-transformatief, met efficiëntiecomponent	Zorgcoördinerende efficiëntie	Relationeel-afstemmend

Tabel 3 (vervolg)

	R4: Vlaams, politiek, middellang	R5: Vlaams, politiek-administratief, lang	R6: Vlaams, veldorganisatie, lang
Prioritering en betekenis van de prestatie-eisen	1. Zorgkwaliteit: patiëntgericht (i.f.v. noden en doelen), relationeel, buurtgeorganiseerd 	Zorgkwaliteit: patiëntgericht (i.f.v. levensdoelen, holistisch), continuïteit (incl. levensloopbenadering) 	Zorgkwaliteit: patiëntgericht, toegankelijk, met mantelzorgers en omgeving 
	2. Welzijn zorgmedewerkers: taakverdeling, minder werk door preventie, financiering voor coördineringsrol 	Gezondheidsgelijkheid en -inclusie: financiële toegankelijkheid, vaardigheden 	Gezondheidsgelijkheid en -inclusie: financieel en geografisch toegankelijk, vaardigheden 
	3. Populatiegezondheid: preventie, sociale determinanten aanpakken 	Welzijn zorgmedewerkers: taakverdeling (incl. coördinatietijd), werkbaar werk, correcte financiering 	Populatiegezondheid: preventie, sociale en klimaat- en omgevingsdeterminanten aanpakken 
	4. Gezondheidsgelijkheid en -inclusie: outreach 	Populatiegezondheid: klimaat- en omgevingsdeterminanten aanpakken, preventie, collectieve lokale benadering 	Welzijn zorg-medewerkers: taakverdeling en administratieve overlast verlagen 
	5.	Doelmatigheid 	<i>Doelmatigheid (kritisch ingevuld: niet als besparing op zorg)</i> 
	6.	Duurzaamheid: leefomgevingsdeterminanten proactief aanpakken 	
Doelgroepen	Zorgnood	Zorgnood	Zorgnood, sociale - en toegankelijkheidslogica
Acute zorgnoden	Apart behouden, maar waar ligt de grens?	Apart behouden, maar ook hervormen	Apart behouden, maar toch alle zorg geïntegreerd maken
Bestuursniveau	Lokaal naar interfederaal	Interfederaal met regionale verschillen, naar lokaal	Lokaal en federaal
Zorgarchitectuur & samenwerkings-structuren	Zorgcoördinatie en case management; casusgebonden samenwerking; beperkt overleg; gedeeld dossier en zorgplan	Zorgcoördinatie; overleg; lokaal netwerk van medewerkers	Ruimtelijke nabijheid; overleg; gedeeld behandelplan
Beleidslogica	Relationeel-afstemmend, met sociaal element	Hybride integratielogica	Sociaal-transformatief

Noot. Symbolen zoals weergegeven in Figuur 1. *Schuin gedrukt: kritisch ingevulde prestatie-eisen.*

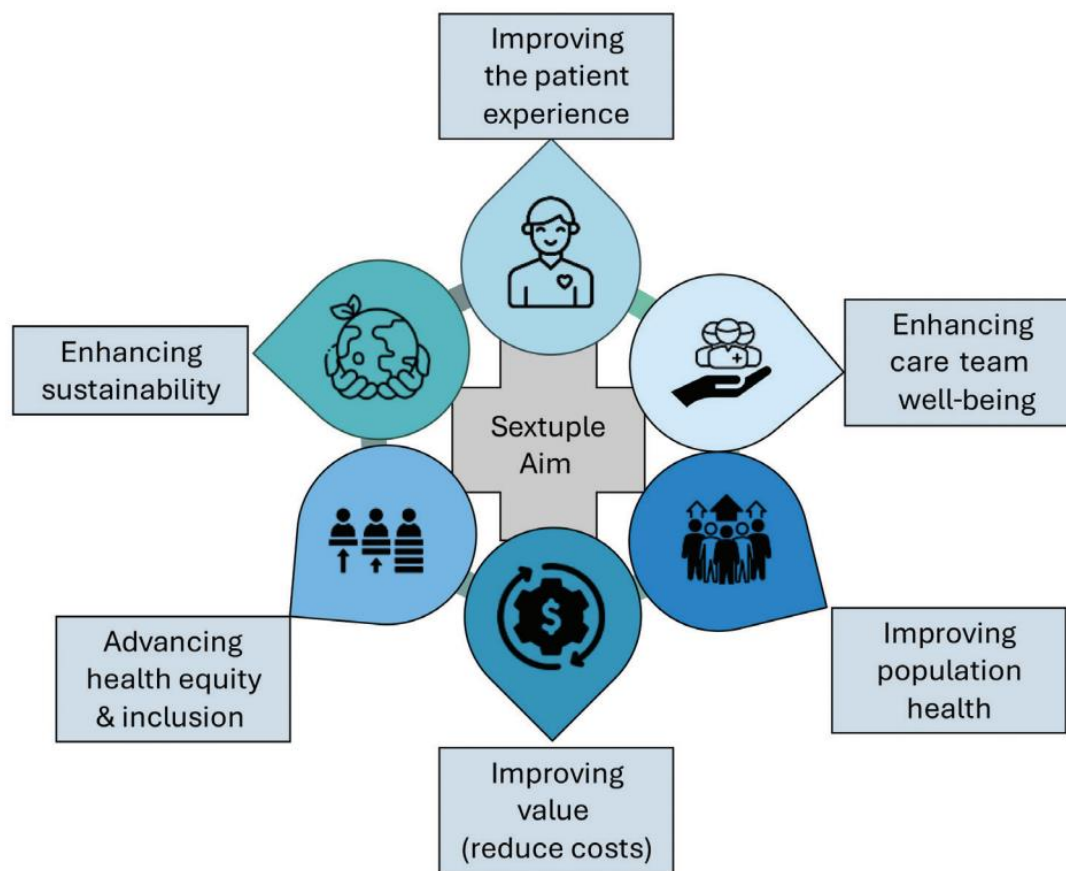
Tabel 4*Overzicht beleidslogica's op basis van de interviews*

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Niveau	Federaal	Federaal	Vlaams	Vlaams	Vlaams	Vlaams
Rol	Politiek-administratief	Politiek	Projectmatig	Politiek	Politiek-administratief	Veldorganisatie
Ervaring	Lang	Middellang	Kort	Middellang	Lang	Lang
Focus zorgbenadering	Populatie/preventie	Systeem-performantie	Patiëntgericht	Patiëntgericht	Patiëntgericht	Populatie/preventie
Zorgvisie	Sociaal en contextueel	Organisatorisch/sturend	Relationeel en lokaal	Relationeel, lokaal en maatschappelijk ingebed	Relationeel en systemisch geïntegreerd	Sociaal en contextueel
Hervormingsvisie	Systeem herdenken richting samenleving	Huidige structuur verbeteren	Zorg herorganiseren	Zorg herorganiseren	Integratie en balans tussen doelstellingen	Systeem herdenken richting samenleving
Beleidslogica	Sociaal-transformatief, met efficiëntie-component	Zorgcoördinerende efficiëntie	Relationeel-afstemmend	Relationeel-afstemmend, met sociaal element	Hybride integratielogica	Sociaal-transformatief

Lijst van figuren

Figuur 1

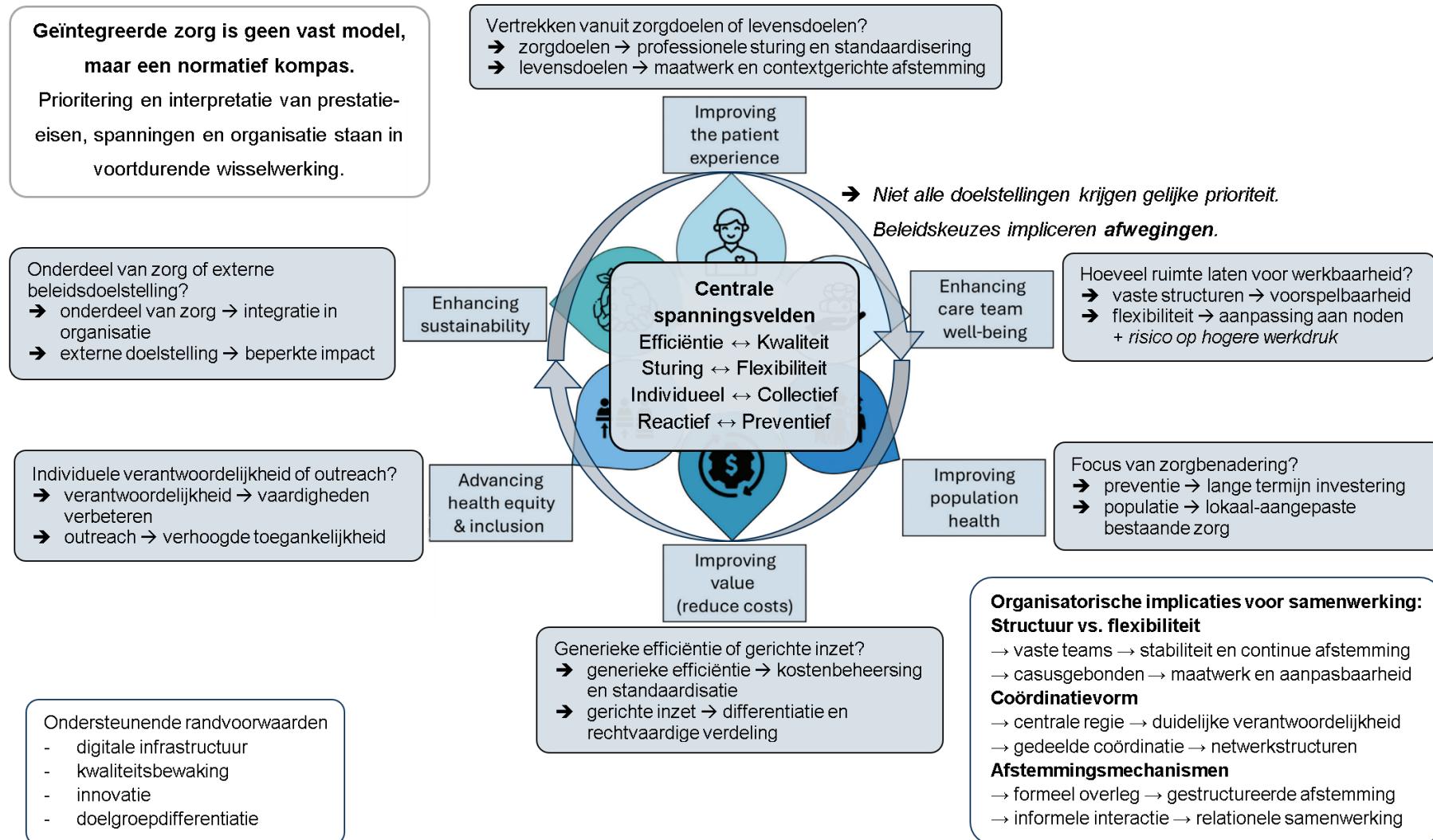
Sextuple Aim



Noot. Figuur overgenomen uit *Canadian Rheumatology Association guidance for developing and endorsing quality measures to support learning health systems* Githumbi, R. et al. (2025, p. 2). *The Journal of Rheumatology*. <https://doi.org/10.3899/jrheum.2024-1065>

Figuur 2

Geïntegreerde zorg als normatief kompas: spanningsvelden, afwegingen en organisatie van zorg



Noot. Eigen bewerking en uitbreiding op basis van Figuur 1.

Voorwoord

Het onderwerp van deze masterproef was niet mijn eerste keuze. In een tweede selectieronde, waarin het aanbod beperkter was, koos ik voor dit onderzoeksthema. Die keuze werd in eerste instantie niet gedreven door een uitgesproken inhoudelijke interesse, maar door mijn positieve ervaring met het vak Medische Sociologie, gedoceerd door prof. dr. Anja Declercq. Haar lessen wisten mij te boeien en motiveerden mij om onder haar begeleiding aan deze masterproef te werken.

Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek ontstond echter al snel een meer persoonlijke en intrinsieke betrokkenheid bij het thema. Als endometriosepatiënt heb ik zelf ervaren hoe complex en versnipperd het huidige zorg- en ondersteuningssysteem kan zijn. Deze ervaringen gaven een extra laag van betekenis aan dit onderzoek en vormden een belangrijke drijfveer om me grondig in het onderwerp te verdiepen.

Het onderzoeksproces zelf verliep overwegend positief en leerrijk. In het bijzonder ben ik dankbaar voor de zes respondenten die hun tijd en inzichten hebben gedeeld. Hun bereidheid om open te spreken over hun ervaringen en perspectieven vormde een essentieel onderdeel van deze studie. Daarnaast wil ik mijn oprechte dank uitdrukken aan mijn promotor, prof. dr. Anja Declercq, voor haar begeleiding, constructieve feedback en vertrouwen gedurende dit traject. Haar ondersteuning heeft in belangrijke mate bijgedragen aan de totstandkoming van deze masterproef.

Tot slot heeft dit onderzoek mij niet alleen inhoudelijke inzichten opgeleverd, maar ook geholpen om mijn eigen interesses en sterktes verder te verduidelijken. Ik heb gemerkt dat ik graag werk rond complexe vraagstukken, waarin verschillende perspectieven samenkomen en niet eenvoudig tot één oplossing te herleiden zijn. Het analyseren van spanningen zonder deze te vereenvoudigen ligt mij en vormt voor mij een betekenisvolle manier om naar beleid te kijken, met aandacht voor de concrete realiteit waarin mensen zich bewegen. Deze ervaring heeft mijn interesse in werken op beleidsniveau zeker bevestigd.

Hasselt, mei 2026

Maartje Reyniers

Samenvatting

Geïntegreerde zorg is een belangrijk begrip in de Belgische gezondheidszorg en welzijnssector. Het verwijst naar een betere samenwerking tussen zorgverleners en organisaties, zodat mensen meer samenhang ervaren in hun zorg en ondersteuning. Het gaat daarbij niet alleen om medische zorg, maar ook om hulp in het dagelijks leven, zoals ondersteuning vanuit sociale en welzijnsdiensten. Hoewel er brede overeenstemming bestaat over het belang hiervan, vullen mensen die betrokken zijn bij het beleid dit begrip in de praktijk verschillend in. Deze studie onderzoekt hoe zij geïntegreerde zorg begrijpen, welke doelen zij belangrijk vinden en hoe zij omgaan met spanningen tussen die doelen.

Hiervoor werd eerst gekeken naar belangrijke beleidsdocumenten over geïntegreerde zorg, gevolgd door gesprekken met beleidsactoren op Vlaams en federaal niveau. Op basis daarvan werd onderzocht welke accenten zij leggen en hoe zij hun keuzes toelichten.

De resultaten tonen dat vaak dezelfde doelen terugkomen, zoals zorgkwaliteit, betaalbaarheid, gelijke toegang tot zorg en ziektepreventie. Toch verschillen betrokkenen in welke doelstellingen ze het belangrijkste vinden en hoe ze die interpreteren. Sommigen leggen meer nadruk op efficiënt gebruik van middelen, terwijl anderen vooral focussen op toegankelijkheid of de wensen van de patiënt. Deze verschillen brengen spanningen met zich mee. Zo kan efficiëntie botsen met persoonlijke zorg, en kan centrale aansturing moeilijk samengaan met lokale flexibiliteit. In de praktijk worden deze spanningen niet opgelost, maar wordt gezocht naar manieren om verschillende benaderingen te combineren.

Deze manier van werken hangt samen met hoe geïntegreerde zorg in deze studie wordt begrepen, namelijk niet als één vast model met duidelijke regels, maar als een soort “kompas”. Dat kompas geeft geen vaste antwoorden en schrijft ook niet voor hoe keuzes moeten worden gemaakt. In plaats daarvan helpt het beleidsactoren om hun eigen ideeën, prioriteiten en manier van kijken op geïntegreerde zorg expliciet te maken en in verhouding tot elkaar te plaatsen.

Door deze verschillen zichtbaar te maken, wordt het eenvoudiger om ze te bespreken en beter te begrijpen hoe ze zich tot elkaar verhouden. In sommige gevallen kunnen verschillende visies elkaar versterken of aanvullen. In andere situaties is het nodig om een evenwicht te zoeken tussen uiteenlopende accenten. Het kompas helpt zo vooral om dit gesprek te structureren en om tot een meer gedeelde, maar niet noodzakelijk uniforme invulling van geïntegreerde zorg te komen. Op die manier biedt deze studie nieuwe inzichten in de uitdagingen en mogelijkheden van geïntegreerde zorg in België en in hoe samenwerking tussen zorg en ondersteuning in de praktijk vorm krijgt.

Abstract (NL)

Geïntegreerde zorg is uitgegroeid tot een centraal beleidsconcept binnen de Belgische gezondheidszorg. Hoewel er brede consensus bestaat over het belang ervan, blijkt de concrete invulling sterk te variëren tussen beleidsactoren, met name in de manier waarop verschillende beleidsdoelstellingen worden geïnterpreteerd en geprioriteerd. Deze studie onderzoekt hoe geïntegreerde zorg normatief wordt geconstrueerd in termen van prestatie-eisen, hun onderlinge verhouding en de implicaties daarvan voor de organisatie van zorg.

Het onderzoek hanteert een tweefasig kwalitatief design. In een eerste fase wordt een systematische analyse van beleidsdocumenten uitgevoerd, gevolgd door semigestructureerde interviews met beleidsactoren op federaal en Vlaams niveau. De analyse volgt een abductieve benadering, waarbij empirische bevindingen iteratief worden geïnterpreteerd in het licht van sociologische theorie.

De resultaten tonen dat beleidsactoren een gedeeld maar open referentiekader hanteren waarin verschillende prestatie-eisen worden erkend, maar uiteenlopend worden ingevuld en geprioriteerd. Deze variatie structureert zich aan de hand van onderliggende beleidslogica's, die zich manifesteren in spanningen, onder meer tussen individuele en populatiegerichte benaderingen, centrale sturing en lokale afstemming, en standaardisering en contextgevoeligheid. In de praktijk worden deze spanningen niet opgeheven, maar gehanteerd via hybride combinaties van logica's.

Deze studie concludeert dat geïntegreerde zorg niet kan worden begrepen als een eenduidig model, maar als een normatief kompas dat richting geeft aan beleidskeuzes binnen een complex en meerstemmig spanningsveld. Door deze spanningen expliciet te analyseren, draagt de studie bij aan een beter begrip van de normatieve fundamenteën van geïntegreerde zorg en de uitdagingen van implementatie in een gelaagde bestuursstructuur.

Abstract (ENG)

Integrated care has become a central policy concept within the Belgian healthcare system. Although there is broad consensus on its importance, its concrete interpretation varies across policy actors, particularly in how different policy objectives are interpreted and prioritized. This study examines how integrated care is normatively constructed in terms of performance requirements, their interrelations, and their implications for the organization of care.

The study adopts a two-phase qualitative research design. In the first phase, a systematic analysis of policy documents is conducted, followed by semistructured interviews with policy actors at the federal and Flemish levels. The analysis follows an abductive approach, in which empirical findings are iteratively interpreted in light of sociological theory.

The findings show that policy actors share a common but open reference framework in which multiple performance requirements are recognized, yet interpreted and prioritized in different ways. This variation is structured around underlying policy logics, which manifest themselves in tensions, including those between individual and population-based approaches, central steering and local coordination, and standardization and context sensitivity. In practice, these tensions are not resolved but handled through hybrid combinations of policy logics.

This study concludes that integrated care cannot be understood as a fixed model, but rather as a normative compass that guides policy choices within a complex and multi-voiced field of tension. By explicitly analyzing these tensions, the study contributes to a deeper understanding of the normative foundations of integrated care and the challenges of its implementation in a multi-level governance context.

1 Inleiding

1.1 Geïntegreerde zorg als beleidsconcept

Geïntegreerde zorg is uitgegroeid tot een centraal begrip in Belgische beleidsdocumenten over volksgezondheid. Op Vlaams niveau verscheen het concept voor het eerst expliciet in de Visienota: Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen onder minister Jo Vandeuren (Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin, 2012). Enkele jaren later kreeg het ook een plaats op federaal niveau, onder meer in de Gemeenschappelijke verklaring over de geïntegreerde zorg voor chronisch zieken (De Block et al., 2015).

De verdere uitwerking kreeg vorm in het Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2023). De agendapunten uit dit plan werden nadien opgenomen in zowel de federale Beleidsverklaring Volksgezondheid (Vandenbroucke, 2025) als de Vlaamse beleidsnota (Gennez, 2024). Dit traject toont hoe geïntegreerde zorg evolueerde van een visienota naar een structureel beleidskader.

De Wereldgezondheidsorganisatie definieert geïntegreerde zorg als volgt (World Health Organization Regional Office for Europe, 2016, p. 4):

Integrated health services delivery is defined as an approach to strengthen people-centred health systems through the promotion of the comprehensive delivery of quality services across the life-course, designed according to the multidimensional needs of the population and the individual and delivered by a coordinated multidisciplinary team of providers working across settings and levels of care. It should be effectively managed to ensure optimal outcomes and the appropriate use of resources based on the best available evidence, with feedback loops to continuously improve performance and to tackle upstream causes of ill health and to promote well-being through intersectoral and multisectoral actions.

Deze definitie benadrukt persoonsgerichtheid, multidisciplinaire samenwerking en afstemming over zorgniveaus heen. Geïntegreerde zorg draait om het verbinden van zorgdomeinen en het creëren van samenhangende trajecten. Zoals De Block et al. (2015) aangeven, vereist dit een diepgaande hervorming van het systeem: “ontschotting moet zowel plaatsgrijpen in de geesten van alle stakeholders als in de structuren en in de communicatie” (p. 5).

Tegelijk blijft geïntegreerde zorg een breed en normatief geladen concept (Noor et al., 2023). De invulling verschilt naargelang de betrokken actor. Gezondheidsprofessionals leggen vaak de nadruk op het continuüm van preventie, diagnose en behandeling. Beleidsmakers en managers focussen eerder op organisatorische afstemming en samenwerking, terwijl sociale wetenschappers de link tussen gezondheid en welzijn centraal stellen (Vandeurzen & Steyaert, 2022). Deze variatie weerspiegelt uiteenlopende prioriteiten op micro-, meso- en macroniveau.

Ook binnen het macroniveau bestaan er verschillen. Vlaamse beleidsdocumenten spraken aanvankelijk over “integrale zorg” (Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin, 2012), terwijl federaal later de term geïntegreerde zorg werd gehanteerd (De Block et al., 2015). Recente Vlaamse teksten gebruiken bovendien de formulering “geïntegreerde zorg en ondersteuning” (Gennez, 2024). Hoewel deze begrippen vaak door elkaar worden gebruikt, wijzen Vandeurzen en Steyaert (2022) erop dat ze verschillende accenten weerspiegelen. Deze terminologische variatie maakt onderliggende beleidslogica's zichtbaar, die in deze studie verder worden onderzocht.

Geïntegreerde zorg evolueert bovendien mee met maatschappelijke ontwikkelingen (National Research Council, 2015). Dit blijkt onder meer uit de uitbreiding van het Triple Aim-model (De Block et al., 2015) naar de Sextuple Aim (Vandenbroucke, 2025). Deze uitbreiding wijst op een verbreding van beleidsdoelstellingen en roept de vraag op hoe deze zich tot elkaar verhouden en welke prioriteit krijgen.

1.2 Institutionele context van het Belgische zorgsysteem

Om deze dynamieken te begrijpen, is inzicht nodig in de institutionele context waarin geïntegreerde zorg vorm krijgt. Deze context beïnvloedt hoe problemen worden gedefinieerd en welke oplossingen beleidsmatig naar voren komen. Eerst worden de algemene kenmerken van het zorgsysteem besproken, vervolgens de verdeling van bevoegdheden en ten slotte de ontwikkeling van geïntegreerde zorg.

1.2.1 Algemene kenmerken

Het Belgische zorg- en ondersteuningslandschap wordt gekenmerkt door een sterke differentiatie tussen sectoren, disciplines en organisatieniveaus (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2023). Deze differentiatie ligt mee aan de basis van de uitdagingen rond geïntegreerde zorg. De gezondheidszorg is georganiseerd in verschillende zorglijnen. De eerstelijnszorg omvat lokaal toegankelijke hulpverlening, zoals huisartsen, apothekers en eerstelijnspsychologen, die vrij te consulteren

zijn (Departement Zorg, z.d.). De tweede lijn bestaat voornamelijk uit algemene ziekenhuizen en arts-specialisten, terwijl de derde lijn hooggespecialiseerde en universitaire zorg omvat. Voor deze laatste twee niveaus is doorgaans een doorverwijzing vereist. Daarnaast wordt ook de nuldelijn onderscheiden, die verwijst naar informele zorg door familie, vrienden en mantelzorgers (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2017).

Het systeem beperkt zich echter niet tot de gezondheidszorg. Beleidsdocumenten verwijzen naar een brede waaier aan actoren, waaronder welzijnsorganisaties, sociale diensten, ziekenfondsen en residentiële voorzieningen (De Block et al., 2015). Elk van deze domeinen werkt met eigen doelstellingen, structuren en doelgroepen (Gerken & Merkur, 2020).

Daarnaast bestaat er een grote variatie in actoren en financieringsvormen. Zowel publieke als private organisaties en individuele professionals zijn actief. In de gezondheidszorg domineren principes zoals vrije keuze van zorgverlener, onafhankelijke beroepsuitoefening en prestatiegebonden financiering (Gerken & Merkur, 2024). In de welzijnszorg wordt vaker gewerkt met subsidies en programmatische financiering (Gerken & Merkur, 2020). Deze combinatie van sectorale scheidingen en uiteenlopende financieringslogica's leidt tot een gefragmenteerd systeem. Afstemming tussen actoren en niveaus verloopt daardoor niet vanzelf en vereist gerichte coördinatie.

1.2.2 Politieke bevoegdheden

Naast deze organisatorische differentiatie wordt het Belgische zorgsysteem gekenmerkt door een complexe bestuursstructuur (Belgium.be, z.d.). Op federaal niveau blijft een belangrijk deel van de gezondheidszorg georganiseerd, waaronder ziekenhuisfinanciering, regulering van gezondheidsberoepen en controle op medische activiteiten (Gerken & Merkur, 2024; Vlaanderen, z.d.). Tegelijk spelen de gemeenschappen een centrale rol in persoonsgebonden materies, zoals preventie, organisatie van voorzieningen en ondersteuning van kwetsbare groepen (European Observatory on Health Systems and Policies, 2020).

Lokale besturen vullen dit aan. Gemeenten organiseren lokale zorgvoorzieningen en sociale ondersteuning, terwijl provincies instaan voor bovenlokale initiatieven zoals gezondheidsbevordering en coördinatie (Belgium.be, z.d.). De spreiding van bevoegdheden over verschillende niveaus creëert een gelaagd en versnipperd bestuurlijk landschap. Samenwerking tussen overheden en sectoren is daardoor geen evidentie, maar een noodzakelijke voorwaarde voor hervormingen richting geïntegreerde zorg (Vandenbroucke et al., 2023). Deze masterproef focust op het Vlaamse en (inter)federale beleidsniveau. Andere

deelgebieden, zoals het Brusselse, Waalse en Duitstalige niveau, blijven buiten beschouwing om de analyse af te bakenen.

1.2.3 Ontwikkeling van geïntegreerde zorg

Binnen deze institutionele context werden de voorbije jaren verschillende initiatieven genomen om zorgintegratie te versterken. Een eerste belangrijke stap was het federale programma Prioriteit aan chronisch zieken in 2008 (Paulus et al., 2012), gevolgd door hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg vanaf 2010 (Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, 2010). In 2012 publiceerde het Federaal Kenniscentrum een position paper met concrete hervormingsvoorstellen voor chronische zorg (Paulus et al., 2012).

Een kantelpunt vormde de Gemeenschappelijke Verklaring over de geïntegreerde zorg voor chronisch zieken (De Block et al., 2015), die de basis legde voor pilootprojecten. De ervaringen uit deze projecten werden later opgenomen in het Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg (Vandenbroucke et al., 2023). Dit plan streeft naar een beter afgestemd en duurzamer zorgsysteem via horizontale en verticale integratie.

Ook op Vlaams niveau werden structurele initiatieven genomen. In 2020 werden eerstelijnszones opgericht om samenwerking te versterken en de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg te verbeteren. Binnen deze zones werken zorg- en welzijnsactoren samen via zorgraden, met ondersteuning van het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (WeCare, 2023). Deze ontwikkelingen wijzen op een duidelijke beleidsmatige verschuiving richting geïntegreerde zorg. Tegelijk blijven ze ingebed in een systeem dat gekenmerkt wordt door sectorale en bestuurlijke fragmentatie.

1.3 Beleidsmatige probleemdefiniëring

Vooraleer in te gaan op de doelstellingen van geïntegreerde zorg, is het nodig te verduidelijken hoe beleidsdocumenten zelf de probleemstelling formuleren waarop deze hervorming een antwoord moet bieden. In deze literatuurstudie worden drie beleidsteksten geanalyseerd die expliciet focussen op geïntegreerde zorg. De Gemeenschappelijke Verklaring over geïntegreerde zorg voor chronisch zieken (De Block et al., 2015) fungeert daarbij als historisch referentiepunt. Vervolgens wordt de Beleidsverklaring Volksgezondheid (Vandenbroucke, 2025) geanalyseerd om de evolutie van beleidsprioriteiten sinds 2015 te duiden. Ten slotte wordt de Beleidsnota 2024–2029 (Gennez, 2024) gebruikt om Vlaamse accenten te vergelijken met het interfederale beleid.

De drie documenten delen een gelijkaardige diagnose: het zorg- en welzijnssysteem staat zowel organisatorisch als financieel onder toenemende druk, waardoor de houdbaarheid op lange termijn in het gedrang komt. Vandenbroucke (2025) benadrukt daarbij specifiek de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) als afzonderlijk knelpunt, terwijl dit onderscheid minder expliciet aanwezig is in de andere documenten. Over de teksten heen keren drie centrale probleemclusters terug: (1) fragmentatie en coördinatieproblemen; (2) complexere zorgnoden en demografische druk; en (3) financiering en inefficiënt middelengebruik. In recentere documenten komen daar bijkomende accenten bij rond (4) organisatorische druk en (5) toegankelijkheidsproblemen.

Fragmentatie en coördinatie vormen de kern van de probleemdefinitie. Fragmentatie verwijst naar een systeem waarin zorgverleners en sectoren grotendeels autonoom opereren, met beperkte afstemming en frequent dubbel werk. Dit ondermijnt zowel de efficiëntie als de continuïteit van zorg. De Block et al. (2015) en Gennez (2024) koppelen dit aan parallelle structuren en versnipperde verantwoordelijkheden, terwijl Vandenbroucke (2025) fragmentatie vooral relateert aan kwaliteits- en doelmatigheidsverliezen.

Het coördinatievraagstuk krijgt een verschillende invulling. De Block et al. (2015) leggen de nadruk op de afstemming tussen federale en regionale bevoegdheden. Gennez (2024) situeert het probleem eerder op lokaal niveau, waar samenwerking tussen welzijn, gezondheid en lokale besturen tekortschiet. Vandenbroucke (2025) benoemt coördinatie niet als afzonderlijk probleem, maar wijst wel op de nood aan sterkere afstemming tussen niveaus en actoren, onder meer via gegevensdeling. Tegelijk wijzen alle documenten op een toenemende complexiteit van zorgnoden, gekoppeld aan vergrijzing en de groei van chronische aandoeningen. Deze evoluties vergroten de druk op het systeem, doordat langdurige en multidimensionale zorgvragen sneller toenemen dan de beschikbare capaciteit.

Ook het financieringsmodel fungeert als onderliggende probleemfactor. Hoewel financiële kwesties zelden als afzonderlijk knelpunt worden uitgewerkt, geven de documenten aan dat bestaande financieringsmechanismen onvoldoende afgestemd zijn op complexe en langdurige zorgtrajecten. Dit vertaalt zich in aandacht voor duurzaamheid (De Block et al., 2015), betaalbaarheid en efficiëntie (Vandenbroucke, 2025) en structurele budgettaire beperkingen (Gennez, 2024). Daarnaast wordt inefficiënt middelengebruik in alle documenten benoemd, hetzij expliciet, hetzij impliciet via verwijzingen naar versnippering en gebrek aan samenwerking.

Organisatorische druk krijgt vooral in recentere documenten meer aandacht. Gennez (2024) legt de nadruk op personeelstekorten en capaciteitsproblemen, terwijl Vandenbroucke (2025) wijst op administratieve lasten en de nood aan digitalisering. Toegankelijkheid wordt

eveneens explicieter geproblematiseerd. Vandenbroucke (2025) verwijst naar patiëntenstops, supplementen en tariefvariatie als bedreigingen voor gelijke toegang, terwijl Gennez (2024) de nadruk legt op uitsluiting door versnippering tussen diensten en doelgroepen. In De Block et al. (2015) blijft dit eerder impliciet aanwezig via het belang van tijdige en nabije zorg.

Samengevat delen de drie beleidsdocumenten een diagnose van een systeem onder structurele druk, maar leggen zij verschillende accenten in de concretisering ervan. De Block et al. (2015) benadrukken vooral structurele integratie en zorgcontinuïteit binnen chronische zorg. De federale beleidsverklaring (Vandenbroucke, 2025) legt de nadruk op efficiëntie, betaalbaarheid en kwaliteitssturing. De Vlaamse beleidsnota (Gennez, 2024) voegt daar een sociaal en contextueel perspectief aan toe, met aandacht voor toegankelijkheid, kwetsbare groepen en organisatorische druk.

Deze uiteenlopende probleemdefinities maken duidelijk dat geïntegreerde zorg vertrekt vanuit verschillende onderliggende beleidslogica's, die niet noodzakelijk op één lijn liggen. Dit leidt tot de vraag hoe deze logica's zich vertalen in concrete doelstellingen en prioriteiten. In het volgende hoofdstuk wordt daarom het theoretisch kader uiteengezet waarmee deze normatieve dimensie systematisch kan worden geanalyseerd.

2 Theoretisch kader en onderzoeksvragen

2.1 Organisatie-theoretische benadering

Binnen deze masterproef wordt geïntegreerde zorg benaderd als een organisatorisch hervormingsproject waarin verschillende doelstellingen samenkomen. De normatieve dimensie daarvan wordt geanalyseerd aan de hand van het socio-technisch kader van organisatieontwerp van Kuipers, Van Amelsvoort en Kramer (2018). Dit kader veronderstelt dat missie, visie, strategie en prestatie-eisen expliciet worden geformuleerd, omdat zij richting geven aan het uiteindelijke organisatieontwerp.

Kuipers et al. (2018) definiëren de missie als de bestaansreden van de organisatie, die verder wordt geconcretiseerd in een gewenste toekomsttoestand (visie). De strategie verwijst naar de manier waarop die visie wordt nagestreefd, terwijl prestatie-eisen specificeren welke resultaten gerealiseerd moeten worden. Het is daarbij belangrijk te benadrukken dat deze prestatie-eisen betrekking hebben op normatieve doelstellingen, en niet op de organisatorische middelen of structuren waarmee deze gerealiseerd worden. Tegelijk impliceren ze functionele vereisten die richting geven aan de concrete vormgeving van organisatorische elementen.

De auteurs benadrukken dat keuzes hierin onvermijdelijk zijn: niet alle doelstellingen kunnen gelijktijdig worden nagestreefd, en sommige kunnen onderling conflicteren of botsen met beperkte middelen. Dit impliceert dat actoren selecties maken en prioriteiten stellen binnen een geheel van mogelijke doelstellingen.

Hoewel dit kader oorspronkelijk ontwikkeld werd voor het (her)ontwerpen van organisaties, wordt het hier toegepast als analytisch instrument voor beleidsvorming rond geïntegreerde zorg. Het kan immers breder worden ingezet om transformatieprocessen te analyseren waarin actoren keuzes maken over doelstellingen en prestatiecriteria (Van Hoetegem, persoonlijke communicatie, 7 oktober 2025). Organisatorische keuzes worden daarbij opgevat als antwoorden op functionele vereisten die voortvloeien uit prestatie-eisen, zonder dat deze relatie noodzakelijk eenduidig of lineair is. Gelijkaardige prestatie-eisen kunnen dus leiden tot verschillende organisatorische oplossingen, afhankelijk van de gehanteerde beleidslogica en context.

Aangezien de focus ligt op de normatieve prioritering van doelstellingen, wordt de volledige ontwerpcyclus niet uitgewerkt. Andere organisatorische elementen worden enkel meegenomen voor zover zij relevant zijn voor de invulling van prestatie-eisen.

Deze studie heeft niet als doel om normatief te bepalen welke prioriteiten wenselijk zijn, noch om een eenduidige definitie van geïntegreerde zorg te formuleren. De analyse richt zich

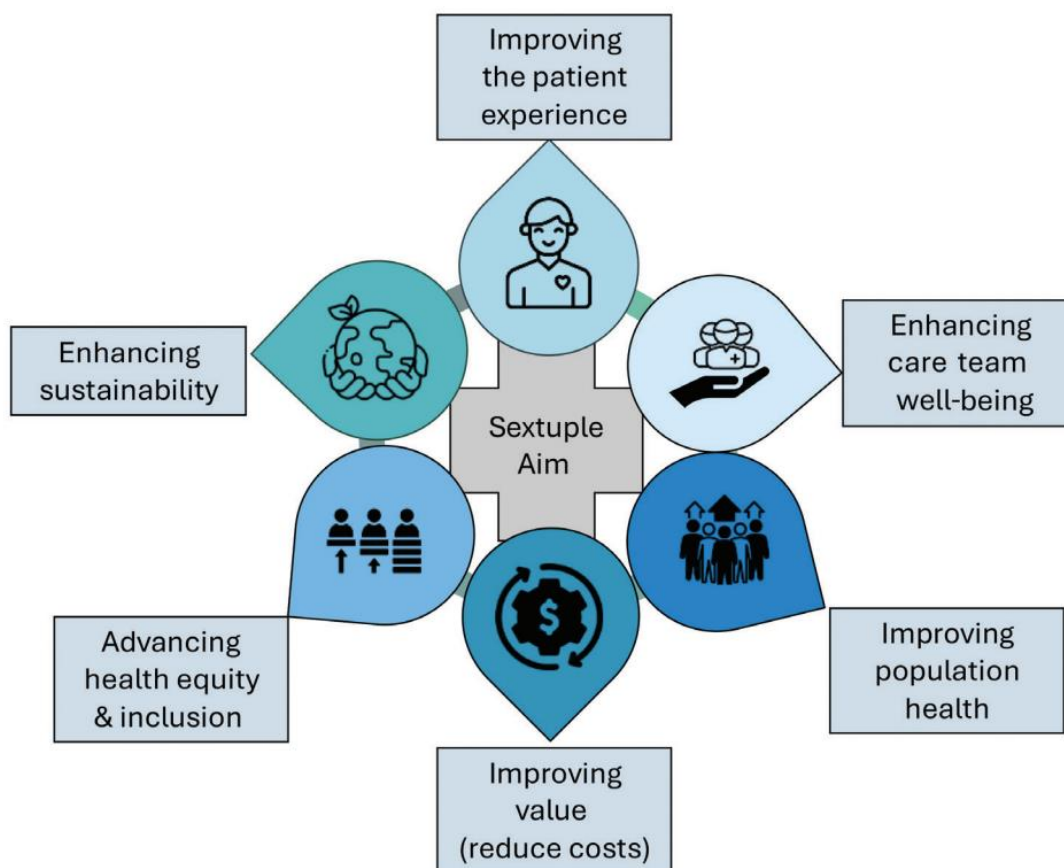
op de vraag welke prestatie-eisen beleidsactoren impliciet of expliciet prioriteren, en welke spanningen daarbij zichtbaar worden. Door deze normatieve keuzes systematisch te analyseren, beoogt deze studie inzicht te bieden in hoe geïntegreerde zorg beleidsmatig wordt geconstrueerd als doelstelling.

2.2 Sextuple Aim als mogelijke prestatie-eisen

Voor de systematische analyse van prestatie-eisen wordt gebruikgemaakt van de Sextuple Aim als analytisch kader. Dit raamwerk omvat zes doelstellingen die expliciet of impliciet terugkeren in beleidsdocumenten rond geïntegreerde zorg (zie o.a. De Block et al., 2015; Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2023; Gennez, 2024; Vandenbroucke, 2025).

Figuur 1

Sextuple Aim



Noot. Figuur overgenomen uit *Canadian Rheumatology Association guidance for developing and endorsing quality measures to support learning health systems* Githumbi, R. et al. (2025, p. 2). *The Journal of Rheumatology*. <https://doi.org/10.3899/jrheum.2024-1065>

De zes doelstellingen, zoals weergegeven in Figuur 1, zijn:

- 1) verbetering van de patiëntervaring (zorgkwaliteit);
- 2) verbetering van het welzijn van zorgmedewerkers;
- 3) verbetering van de populatiegezondheid;
- 4) waarde verhogen (kosten beperken, doelmatigheid of kostenefficiëntie);
- 5) bevordering van gezondheidsgelijkheid en -inclusie (zorggelijkheid);
- 6) versterking van (ecologische) duurzaamheid (Githumbi et al., 2025).

Het raamwerk heeft een evolutief karakter. Oorspronkelijk werd het ontwikkeld als Triple Aim, waarin patiëntenzorg, populatiegezondheid en kosten centraal stonden. In latere iteraties werden bijkomende dimensies toegevoegd, waaronder het welzijn van zorgmedewerkers, gezondheidsgelijkheid (Itchhaporia, 2021) en ecologische duurzaamheid (Githumbi et al., 2025). Deze uitbreiding weerspiegelt een bredere evolutie binnen het beleidsdiscours, waarin steeds meer dimensies van zorg en maatschappelijke verantwoordelijkheid worden geïntegreerd.

In deze studie wordt de Sextuple Aim niet gebruikt als normatief kader of als definitie van geïntegreerde zorg, maar als heuristisch instrument. Het fungeert als analytisch referentiepunt om uiteenlopende prestatie-eisen te identificeren en systematisch te vergelijken. Hierdoor wordt het mogelijk om te analyseren hoe beleidsactoren verschillende doelstellingen combineren, prioriteren en tegenover elkaar positioneren. Het raamwerk wordt gehanteerd als een open, maar afgebakende set van categorieën die toelaat verschillen en spanningen in betekenisgeving zichtbaar te maken. Tegelijk wordt erkend dat de Sextuple Aim ontwikkeld werd binnen een Noord-Amerikaanse context (Itchhaporia, 2021) en dus niet één-op-één overdraagbaar is naar de Belgische situatie. Dit vraagt een contextgevoelige interpretatie.

De formulering van doelstellingen sluit daarom niet noodzakelijk woordelijk aan bij de oorspronkelijke benamingen. Ze wordt afgestemd op de terminologie in beleidsdocumenten en interviews. Termen zoals zorgkwaliteit en zorgervaring, of doelmatigheid en kostenefficiëntie, verwijzen daarbij naar gelijkaardige doelstellingen binnen de Sextuple Aim, maar leggen verschillende accenten in hun invulling.

2.3 Onderzoeksvragen

Tegen de achtergrond van de probleemdefiniëring en het theoretisch kader luidt de centrale onderzoeksvraag: *Hoe worden normatieve beleidsvisies op geïntegreerde zorg gestructureerd in termen van prestatie-eisen, hun onderlinge prioriteiten en hun implicaties voor de organisatie van zorg?* Deze vraag vertrekt vanuit de veronderstelling dat beleidsvisies

keuzes maken tussen mogelijke prestatie-eisen, waarbij spanningen tussen doelstellingen kunnen optreden (Kuipers et al., 2018). Door systematisch te analyseren welke prestatie-eisen worden benadrukt, hoe deze worden geprioriteerd en welke organisatorische implicaties hieruit voortvloeien, kan inzicht worden verkregen in de wijze waarop geïntegreerde zorg beleidsmatig wordt vormgegeven.

De volgende deelvragen structureren de analyse:

- 1) Welke prestatie-eisen worden expliciet of impliciet gekoppeld aan geïntegreerde zorg binnen beleidsvisies?
- 2) Welke prioriteiten worden binnen deze prestatie-eisen naar voren geschoven, en hoe worden deze onderling gepositioneerd?
- 3) Welke spanningen tussen prestatie-eisen worden expliciet benoemd of impliciet zichtbaar, en hoe structureren deze spanningen de beleidsvisies?
- 4) Welke implicaties hebben deze prestatie-eisen en spanningen voor de organisatie en vormgeving van zorg?
- 5) In welke mate vertonen deze beleidsvisies overeenkomsten of verschillen, zowel in de tijd (2015–2025) als tussen federaal en Vlaams niveau?

3 Analyse beleidsdocumenten

3.1 Algemeen onderzoeksdesign

Dit onderzoek hanteert een tweefasig kwalitatief onderzoeksdesign, waarin verschillende analytische stappen worden gecombineerd om inzicht te verkrijgen in de wijze waarop geïntegreerde zorg normatief wordt ingevuld binnen het Belgische beleidsdiscours. Deze opzet maakt het mogelijk om zowel beleidsmatige conceptualisaties als de interpretaties van beleidsactoren systematisch in kaart te brengen.

In een eerste fase wordt een analyse uitgevoerd van beleidsdocumenten met betrekking tot geïntegreerde zorg. Deze documentanalyse vormt een eerste empirische en analytische stap en gaat verder dan een louter descriptieve literatuurstudie. Door beleidsdocumenten systematisch te vergelijken, wordt een thick description ontwikkeld waarin beleidskeuzes, prioriteiten en invullingen van prestatie-eisen in hun context worden geplaatst. Deze beschrijvende analyse wordt vervolgens verdiept via een analytische vergelijking tussen documenten, waarbij verschillen en spanningen in beleidslogica's zichtbaar worden. In een daaropvolgende stap worden deze patronen geconceptualiseerd tot overkoepelende beleidslogica's, die inzicht bieden in de onderliggende denkkaders over geïntegreerde zorg.

In een tweede fase worden semigestructureerde interviews afgenomen met beleidsactoren die betrokken zijn bij de ontwikkeling, sturing of implementatie van geïntegreerde zorg. Deze interviewstudie heeft als doel te analyseren hoe de in de eerste fase geïdentificeerde beleidslogica's vanuit verschillende institutionele posities worden geïnterpreteerd, ingevuld en geprioriteerd. Hiermee bouwt de tweede fase expliciet voort op de documentanalyse en laat zij toe om de bevindingen te verdiepen, te nuanceren en te confronteren met de perspectieven van betrokken actoren.

De combinatie van beide fasen sluit aan bij een abductieve onderzoekslogica, waarin theoretische concepten en empirische bevindingen iteratief op elkaar worden betrokken. Deze benadering maakt het mogelijk om niet alleen verschillen tussen beleidsdocumenten te identificeren, maar ook te begrijpen hoe deze verschillen betekenis krijgen binnen het beleidsveld.

3.2 Methodologische aanpak van de documentanalyse

In deze studie worden drie beleidsdocumenten geanalyseerd: de Gemeenschappelijke Verklaring over geïntegreerde zorg voor chronisch zieken (De Block et al., 2015), de

Beleidsverklaring Volksgezondheid (Vandenbroucke, 2025) en de Beleidsnota 2024–2029: Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding (Genez, 2024). Deze documenten werden geselecteerd omdat zij toelaten om beleidskaders rond geïntegreerde zorg in België te analyseren over verschillende beleidsniveaus en tijdsperiodes heen. De selectie maakt het mogelijk om zowel historische evoluties als verschillen tussen federale en Vlaamse beleidsvisies te analyseren. Daarnaast zijn deze documenten beleidsmatig richtinggevend voor de organisatie en hervorming van zorg, waardoor zij inzicht bieden in de normatieve fundamenteën van geïntegreerde zorg.

De analyse verloopt in drie opeenvolgende stappen. Eerst wordt nagegaan hoe in deze documenten missie, visie, strategische uitgangspunten en doelgroepen worden geformuleerd. Deze elementen geven richting aan de prioritering van beleidsdoelstellingen en vormen de basis voor een contextuele lezing van de documenten. Vervolgens worden de prestatie-eisen die aan geïntegreerde zorg worden gekoppeld systematisch in kaart gebracht. Hierbij wordt de Sextuple Aim gebruikt als heuristisch kader, zoals uiteengezet in het theoretisch kader. Dit kader fungeert als analytisch ordeningsinstrument om prestatie-eisen te identificeren en te vergelijken.

In een derde stap worden de beleidsdocumenten systematisch met elkaar vergeleken. Daarbij gaat bijzondere aandacht naar verschillen in de prioritering en invulling van prestatie-eisen, evenals naar spanningen tussen doelstellingen. Deze vergelijking gebeurt zowel in historisch perspectief als tussen beleidsniveaus. Deze analytische stap maakt het mogelijk om onderliggende patronen te identificeren en vormt de basis voor de verdere conceptualisatie van beleidslogica's.

3.3 Analyse van de beleidsdocumenten

3.3.1 Gemeenschappelijke Verklaring (De Block et al., 2015)

3.3.1.1 Missie

De Block et al. (2015) formuleren als centrale missie van geïntegreerde zorg het verbeteren van de levenskwaliteit van de bevolking, met bijzondere aandacht voor personen met chronische aandoeningen. Deze opdracht wordt voorgesteld als een interfederale verantwoordelijkheid. Daarbij wordt benadrukt dat burgers maximaal moeten kunnen functioneren in hun eigen leefomgeving, zoals thuis, op school, op het werk en binnen de bredere gemeenschap.

Daarnaast krijgt patiëntempowerment een centrale plaats. Patiënten worden geacht een actieve rol op te nemen in hun zorgproces en mee regie te voeren over beslissingen. De missie sluit aan bij het Triple Aim-model, waarin populatiegezondheid, zorgkwaliteit en efficiënt middelengebruik centraal staan. Binnen deze formulering lijken vier onderliggende uitgangspunten naar voren te komen: (1) zorgcontinuïteit via ontschotting, (2) toegankelijke en begrijpelijke zorg, (3) samenwerking over de volledige zorglijn (nulde tot en met derde lijn) en (4) een brede benadering waarin medische, psychosociale en welzijnsdimensies worden verbonden (De Block et al., 2015).

3.3.1.2 Visie

De visie van De Block et al. (2015) vertrekt vanuit een geïntegreerde benadering waarin medische, paramedische, psychosociale en welzijnscomponenten worden samengebracht in gecoördineerde zorgtrajecten over verschillende zorglijnen heen. Daarbij staan persoons- en populatiegerichtheid centraal, evenals doelgerichte zorgplanning in samenspraak met de patiënt en diens omgeving en een levensloopbenadering die reikt van preventie tot palliatieve zorg. Daarnaast wordt zelfzorg, samen met mantelzorg, gepositioneerd als een belangrijke eerste laag binnen het zorgsysteem. Tegelijk wordt aandacht besteed aan geografische en financiële toegankelijkheid, subsidiariteit en evidence-based werken.

Continuïteit van zorg vormt een kernonderdeel van deze visie en wordt uitgewerkt in vier dimensies. Administratieve continuïteit verwijst naar de afstemming van procedures en organisatorische processen. Informatieve continuïteit betreft het delen van relevante patiëntgegevens. Zorginhoudelijke continuïteit heeft betrekking op de samenhang van zorg doorheen de tijd en tussen actoren. Relationele continuïteit verwijst tot slot naar het opbouwen van een duurzame vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverlener.

Deze dimensies worden verbonden met multidisciplinaire samenwerking en aandacht voor de sociale en fysieke context van de patiënt. Tegelijk lijkt het document in te zetten op lijnoverschrijdende organisatie van zorg, met expliciete aandacht voor het vermijden van nieuwe vormen van segmentering en voor het ondersteunen van populaties als geheel.

3.3.1.3 Strategie

De hervormingsstrategie wordt voorgesteld als een gefaseerd proces met drie stappen: (1) een voorbereidende fase met inventarisatie en actieplanning, (2) de uitrol van locoregionale pilootprojecten en (3) de structurele verankering van geïntegreerde zorgprincipes in het systeem. De implementatie wordt gekoppeld aan verschillende organisatorische maatregelen, zoals multidisciplinaire samenwerking, taakherverdeling en de introductie van nieuwe zorgrollen, waaronder casemanagers en gespecialiseerde verpleegkundigen. Ook het gebruik

van e-health voor gegevensdeling krijgt een duidelijke plaats. Daarnaast lijkt de strategie in te zetten op netwerkvorming op locoregionaal niveau, evenals op de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en opleidingsinitiatieven (De Block et al., 2015).

3.3.1.4 Doelgroepen

De hervorming richt zich in eerste instantie op personen met complexe en langdurige zorgnoden. Hieronder vallen onder meer chronisch zieken, personen met multimorbiditeit, functionele beperkingen, zeldzame aandoeningen en mentale gezondheidsproblemen. Ook personen in de levensfase van het levenseinde worden expliciet benoemd. Daarnaast wordt de rol van mantelzorgers erkend als een essentieel onderdeel van het zorgnetwerk. Zij kunnen daardoor worden beschouwd als een belangrijke secundaire doelgroep binnen geïntegreerde zorg (De Block et al., 2015).

3.3.1.5 Prestatie-eisen

De Block et al. (2015) formuleren verschillende prestatie-eisen die richting geven aan de hervorming. Een eerste en meest prominente prestatie-eis betreft patiëntgerichte zorg en kwaliteit. Deze wordt ingevuld via relationele zorgverlening en verschillende vormen van continuïteit, waaronder administratieve, informatieve, zorginhoudelijke en relationele continuïteit. Daarnaast wordt ingezet op het versterken van zelfzorg en empowerment, evenals op de betrokkenheid van mantelzorgers binnen het zorgproces. Een tweede prestatie-eis betreft populatiegezondheid, met nadruk op preventie, vroegdetectie en een collectieve benadering van gezondheidsuitkomsten op lokaal niveau. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan het reduceren van ongelijkheden in de zorg (De Block et al., 2015).

Toegankelijkheid wordt eveneens als belangrijke doelstelling naar voren geschoven, zowel in financiële als geografische zin, met als doel tijdige en laagdrempelige toegang tot zorg. Een vierde prestatie-eis betreft efficiënt middelengebruik, dat voornamelijk procesmatig wordt ingevuld door in te zetten op het vermijden van duplicatie en fragmentatie. Dit wordt eerder geformuleerd als normatief uitgangspunt dan als concreet uitgewerkt financieringsmechanisme. Ten slotte lijkt ook het welzijn van zorgmedewerkers als prestatie-eis aanwezig, zij het eerder impliciet. Dit komt tot uiting in aandacht voor taakverdeling, samenwerking en nieuwe zorgrollen die de werkdruk beogen te verlichten en de continuïteit van zorg ondersteunen.

Op basis van de nadruk en structuur in het document kan volgende prioritering worden afgeleid:

- 1) Patiëntgerichte zorg en kwaliteit (continuïteit, relatie, empowerment);
- 2) Populatiegezondheid (preventie en ongelijkheidsreductie);
- 3) Toegankelijkheid (financieel en geografisch);

- 4) Efficiënt middelengebruik (procesmatig);
- 5) Welzijn van zorgmedewerkers (impliciet).

3.3.1.6 *Organisatorische randvoorwaarden*

Naast de prestatie-eisen benoemt De Block et al. (2015) verschillende organisatorische voorwaarden voor de implementatie van geïntegreerde zorg. Een centraal element is ontschotting, waarbij institutionele en sectorale grenzen worden doorbroken om samenwerking mogelijk te maken. Daarnaast wordt gewezen op het belang van nieuwe zorgfuncties en taakverdeling, zoals casemanagement, die de coördinatie en continuïteit in de praktijk kunnen ondersteunen. Ook interfederaal bestuur en afstemming tussen beleidsniveaus krijgen aandacht, waarbij geïntegreerde zorg als een gedeelde verantwoordelijkheid wordt gepositioneerd. Tot slot wordt mantelzorgversterking naar voren geschoven als een belangrijke voorwaarde voor het functioneren van het zorgsysteem. Deze elementen lijken te fungeren als randvoorwaarden voor de realisatie van prestatie-eisen, eerder dan als doelstellingen op zich.

3.3.2 **Beleidsverklaring Volksgezondheid (Vandenbroucke, 2025)**

3.3.2.1 *Missie*

Vandenbroucke (2025) formuleert de missie van het gezondheidsbeleid aan de hand van drie gezamenlijke gezondheidsdoelstellingen van de federale overheid en de deelstaten: (1) het verlengen van de levensduur in goede gezondheid, (2) het verminderen van gezondheidsongelijkheden en (3) het verzekeren van een zo gezond mogelijk leefmilieu. Deze doelstellingen fungeren als normatief vertrekpunt en worden gepositioneerd als een gedeelde verantwoordelijkheid van verschillende beleidsniveaus.

3.3.2.2 *Visie*

De visie van Vandenbroucke (2025) wordt gekaderd binnen het principe van Health in All Policies, waarbij gezondheid wordt benaderd als een transversale beleidsdoelstelling die ook welzijn en sociale determinanten omvat. Beleidsvoering wordt daarbij sterk geprofileerd als evidence-based en datagedreven, met nadruk op monitoring, transparantie en responsabilisering. Daarnaast worden betaalbaarheid en kwaliteit voorgesteld als complementaire basisvoorwaarden voor een rechtvaardig zorgsysteem. Geïntegreerde zorg wordt in deze visie ingebed in een bredere moderniseringsagenda, met aandacht voor digitale transitie, versterkte sturing en coördinatie, en interfederale en Europese afstemming.

3.3.2.3 *Strategie*

De strategie omvat een breed pakket van institutionele en beleidsmatige ingrepen. Dit omvat onder meer de oprichting van een Commissie Gezondheidszorgdoelstellingen,

begrotingssturing en responsabilisering via instrumenten zoals de groeिनorm, en hervormingen van financieringsmechanismen, waaronder de nomenclatuur en ziekenhuisfinanciering. Daarnaast wordt ingezet op een uitgebreide preventieagenda, met aandacht voor onder meer tabak, voeding en geestelijke gezondheid. Ook de versterking van digitale infrastructuur en data-uitwisseling, crisisparaatheid en maatregelen rond betaalbaarheid maken deel uit van de strategie. Deze strategie lijkt te wijzen op een uitgesproken nadruk op systeemsturing via financiële, organisatorische en digitale instrumenten (Vandenbroucke, 2025).

3.3.2.4 Doelgroepen

Vandenbroucke (2025) verwijst naar diverse doelgroepen met specifieke zorgneden, waaronder financieel kwetsbare groepen, personen met ernstige psychische aandoeningen, kinderen met ontwikkelingsstoornissen, kankerpatiënten en personen met zeldzame ziekten. Daarnaast worden ook specifieke risicogroepen, bijvoorbeeld in het kader van HIV-preventie, en gebruikers van bepaalde zorgvormen, zoals eerstelijnspsychologie, expliciet benoemd.

3.3.2.5 Prestatie-eisen

De beleidsverklaring legt sterk de nadruk op kosteneffectiviteit en doelmatigheid als centrale prestatie-eis. Deze wordt uitgewerkt via een sturingskader dat gebruikmaakt van instrumenten zoals Health Technology Assessment (HTA), diagnosegebonden financiering (DRG) en pay for performance (P4P). Deze instrumenten koppelen financiering aan meetbare prestaties en gezondheidswinst en beogen efficiëntie en verantwoording te versterken. Transparantie over kosten, kwaliteit en tarieven maakt hier integraal deel van uit.

Daarnaast krijgt gezondheidsgelijkheid een belangrijke plaats, voornamelijk ingevuld via maatregelen rond betaalbaarheid, zoals de maximumfactuur en de derdebetalersregeling. Deze worden gepositioneerd als instrumenten om sociaaleconomische verschillen te verkleinen en gelijke toegang tot zorg te ondersteunen. Populatiegezondheid wordt eveneens als belangrijke doelstelling naar voren geschoven, met nadruk op preventie en gezondheidsbevordering. Dit omvat onder meer beleid rond leefstijl, vaccinatie en geestelijke gezondheid, evenals aandacht voor klimaatgerelateerde gezondheidsdeterminanten (Vandenbroucke, 2025).

Kwaliteit van zorg wordt als afzonderlijke prestatie-eis uitgewerkt, met nadruk op standaardisering, meetbaarheid en handhaving via richtlijnen, audits en indicatoren. Binnen deze benadering wordt kwaliteit sterk gekoppeld aan transparantie en accountability. Ten slotte wordt ook het welzijn van zorgmedewerkers benoemd, met aandacht voor werkbaar werk, agressiepreventie en de modernisering van zorgberoepen. Dit wordt gepositioneerd als een voorwaarde voor het realiseren van kwalitatieve zorg.

Op basis van de nadruk en structuur in het document kan volgende prioritering worden afgeleid:

1. Kosteneffectiviteit en doelmatigheid (financiële en instrumentele sturing);
2. Gezondheidsgelijkheid (betaalbaarheid en tarifaire rechtvaardigheid);
3. Populatiegezondheid (preventie en gezondheidsbevordering);
4. Kwaliteit (standaardisering en meetbaarheid);
5. Welzijn van zorgmedewerkers (werkbaar werk en professionalisering).

3.3.2.6 Organisatorische randvoorwaarden

Naast de prestatie-eisen benoemt de beleidsverklaring verschillende organisatorische randvoorwaarden. Zo wordt ingezet op systeemsturing via kwaliteitsindicatoren, financieringsmechanismen en conventiebeleid, met als doel zorgactoren binnen een meer uniform kader te positioneren. Daarnaast wordt innovatie expliciet naar voren geschoven als sturingsprincipe, zowel op organisatorisch, technologisch als klinisch vlak (Vandenbroucke, 2025).

Een centraal element vormt de digitale transitie van de zorg, met aandacht voor e-health, gegevensdeling, cybersecurity en interoperabiliteit. Initiatieven zoals het Belgian Integrated Health Record (BIHR) en de aansluiting bij de European Health Data Space (EHDS) illustreren deze evolutie. Digitale toepassingen zoals telemonitoring en teleconsultatie worden bovendien gekoppeld aan financiering en kwaliteitssturing. Deze elementen kunnen worden geïnterpreteerd als instrumenten voor de realisatie van prestatie-eisen en wijzen op een sterk geïnstrumentaliseerde benadering van geïntegreerde zorg (Vandenbroucke, 2025).

3.3.3 Beleidsnota 2024–2029 (Gennez, 2024)

3.3.3.1 Missie

De Vlaamse beleidsnota van Gennez (2024) vertrekt vanuit sociale grondrechten als normatief uitgangspunt. Zorg en ondersteuning worden benaderd als rechten waarop elke burger aanspraak moet kunnen maken, met armoedebestrijding als transversale prioriteit. Tegen deze achtergrond wordt ingezet op toegankelijke, kwaliteitsvolle en samenhangende zorg en ondersteuning, georganiseerd nabij de leefwereld van burgers en met bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen. Daarnaast worden vijf prioritaire domeinen onderscheiden: kinderopvang, jeugdhulp, personen met een handicap, ouderenzorg en mentaal welzijn. Preventie maakt integraal deel uit van deze benadering, zowel in medische, sociale als omgevingsgerichte zin.

3.3.3.2 *Visie*

De visie legt een sterke nadruk op geïntegreerde en vermaatschappelijke zorg. Zorg wordt zoveel mogelijk georganiseerd in de leefomgeving van burgers, via buurtgerichte en laagdrempelige voorzieningen. Daarbij wordt bijzondere aandacht besteed aan relationele continuïteit en het wegwerken van financiële, digitale, culturele en administratieve drempels. De benadering is populatiegericht en wordt concreet vormgegeven via eerstelijnszones (ELZ) en zorgraden, waarin samenwerking tussen welzijn, gezondheid en lokale besturen centraal staat. Dit gebeurt binnen het principe van Health & (Mental) Wellbeing in All Policies. Daarnaast wordt aandacht besteed aan een gezonde leefomgeving en een klimaatbestendige zorgsector. Het document verwijst zowel naar de impact van klimaatverandering op gezondheid als naar de nood aan verduurzaming van de zorgsector zelf (Gennez, 2024).

3.3.3.3 *Strategie*

De strategische aanpak van Gennez (2024) wordt opgebouwd rond transversale doelstellingen binnen welzijn, volksgezondheid en gezin. Armoedebestrijding fungeert hierbij als horizontale prioriteit over beleidsdomeinen heen. Daarnaast worden zes strategische speerpunten onderscheiden: (1) geïntegreerde zorg en ondersteuning, (2) administratieve vereenvoudiging, (3) stroomlijning van het aanbod, (4) kwaliteit van zorg en ondersteuning, (5) armoedebestrijding en digitalisering en (6) versterking van het werken in de zorg- en welzijnssector. Deze strategie lijkt te wijzen op een nadruk op intersectoraal werken en het reduceren van structurele complexiteit.

3.3.3.4 *Doelgroepen*

De beleidsnota richt zich op een brede waaier aan doelgroepen die geconfronteerd worden met drempels tot zorg en ondersteuning. Dit omvat onder meer personen in armoede, kwetsbare gezinnen, personen met een handicap, kinderen en jongeren, dak- en thuislozen, personen met beperkte gezondheidsvaardigheden, digitaal kwetsbare groepen, personen met een migratieachtergrond en ouderen. Deze focus kan worden begrepen als een benadering waarin gezondheid en welzijn sterk worden gekoppeld aan leefomstandigheden en structurele ongelijkheden. Toegang tot zorg wordt daarbij actief drempelverlagend georganiseerd (Gennez, 2024).

3.3.3.5 *Prestatie-eisen*

De prestatie-eisen in de beleidsnota vertrekken vanuit een sociale rechtenlogica. De centrale doelstelling betreft gezondheidsgelijkheid en inclusie, ingebed in een armoedekader. Deze wordt geconcretiseerd via instrumenten zoals toeleiding, outreach, automatische rechten en basisdienstverlening. Een tweede prestatie-eis betreft kwaliteit van zorg en ondersteuning, die zowel relationeel als structureel wordt ingevuld. Relationeel ligt de nadruk op nabijheid,

participatie en zorgzame buurten. Structureel wordt kwaliteit verankerd via beleidsinstrumenten zoals het kwaliteitskader, het kwaliteitsdecreet en zorginspectie.

Daarnaast wordt populatiegezondheid benaderd vanuit sociale en omgevingsdeterminanten, waaronder huisvesting, mobiliteit, luchtkwaliteit en armoede. Mentale gezondheid krijgt hierbij expliciete aandacht. Ook duurzaamheid wordt als volwaardige prestatie-eis opgenomen, met zowel een ecologische als een leefomgevingsgerichte invulling. Ten slotte wordt het welzijn van zorgmedewerkers expliciet benoemd, met aandacht voor retentie, werkbaar taakorganisatie en het verminderen van regeldruk.

Op basis van de nadruk en structuur in het document kan volgende prioritering worden afgeleid:

1. Gezondheidsgelijkheid en inclusie (armoedekader en drempelverlaging);
2. Kwaliteit van zorg (relationeel en structureel);
3. Populatiegezondheid (sociale en omgevingsdeterminanten);
4. Duurzaamheid (ecologisch en leefomgevingsgericht);
5. Welzijn van zorgmedewerkers (werkbaarheid en retentie).

3.3.3.6 Organisatorische randvoorwaarden

Naast deze prestatie-eisen benoemt de beleidsnota verschillende organisatorische randvoorwaarden. Een centraal element is de vermaatschappelijking van zorg, waarbij ondersteuning zoveel mogelijk wordt ingebed in de leefomgeving en gedragen door een combinatie van formele en informele netwerken. Eerstelijnszones en zorgraden fungeren hierbij als belangrijke schaal voor samenwerking, terwijl lokale dienstencentra optreden als laagdrempelige toegangspunten.

Daarnaast wordt ingezet op digitale infrastructuur en gegevensdeling via systemen zoals BelRAI, Alivia, Vitalink en het ZorgAtlas Data Platform (ZADP). Deze systemen ondersteunen samenwerking en populatiegerichte planning en worden gekoppeld aan interoperabiliteit en het 'only once'-principe. Tot slot wordt administratieve vereenvoudiging nagestreefd, onder meer via doelregelgeving en digitale toepassingen die regeldruk moeten verminderen. Digitale inclusie wordt daarbij benoemd als voorwaarde voor gelijke toegang. Deze elementen kunnen worden gezien als ondersteunende mechanismen voor de realisatie van prestatie-eisen en wijzen op een context- en omgevingsgerichte benadering van geïntegreerde zorg.

Tabel 1

Overzicht van de spanningen in prestatie-eisen tussen De Block et al. (2015), Vandenbroucke (2025) en Gennez (2024)

	De Block et al. (2015)	Vandenbroucke (2025)	Gennez (2024)
Prioritering en betekenis van de prestatie-eisen	1. Patiëntgerichte zorg en kwaliteit: continuïteit (administratief, informatief, zorginhoudelijk en relationeel), zelfzorg/ empowerment en mantelzorg 	Kosteneffectiviteit/ doelmatigheid: financieel- en performantiegestuurde sturing (HTA, DRG, P4P), transparantie 	Inclusie (sociale grondrechten): transversaal armoedekader (toeleiding/ outreach, automatische rechten, basisdienstverlening) 
	2. Populatiegezondheid: preventie en vroegdetectie, collectieve lokale benadering, ongelijkheid reduceren 	Gezondheidsgelijkheid: betaalbaarheid en tarieven (MAF, derdebetalersregeling, beperkingen supplementen, conventie/ tariefzekerheid) 	Kwalitatieve zorg: relationeel (nabijheid, participatie, zorgzame buurten) en structureel (kwaliteitskader, kwaliteitsdecreet handhaving, toezicht, zorginspectie) 
	3. Toegankelijkheid: financieel en geografisch 	Populatiegezondheid: preventie-agenda (tabak, voeding, alcohol, obesitas), vaccinaties, GGZ, klimaatdeterminanten 	Populatiegezondheid: sociale en omgevingsdeterminanten (lucht, groen, mobiliteit, armoede), GGZ-bevordering 
	4. Efficiënt middelengebruik: procesdoelmatig 	Kwaliteit: via richtlijnen/ indicatoren, P4P-koppelingen 	Duurzaamheid: structureel (VIPA/ DBFM en Green Deal Duurzame Zorg), en via leefomgevingsdeterminanten 
	5. Welzijn van zorgmedewerkers: impliciet via taakverdeling en nieuwe rollen 	Welzijn van zorgmedewerkers: werkbaar werk, agressiebeleid, modernisering van beroepen 	Welzijn van zorgmedewerkers: retentie, taakorganisatie, regeldruk verlagen 
Doelgroepen	Chronische en complexe zorgnoden: chronisch zieken, multimorbiditeit, functionele beperkingen, zeldzame en mentale aandoeningen, levensende (+ mantelzorgers)	Specifieke zorgnoden: financieel kwetsbare personen, ernstige psychische aandoeningen, eerstelijnspsychologie, ontwikkelingsstoornissen, kanker en zeldzame ziekten, risicogroepen	Sociale kwetsbaarheid: armoede, woonomstandigheden, digitale en gezondheidsvaardigheden, migratieachtergrond, leeftijd
Bestuursniveau	Interfederaal (gelaagde bestuursstructuur)	Federaal gestuurd, met interfederale afstemming	Vlaams (mesoniveau) met sterke lokale verankering (ELZ/zorggraden)

Zorgarchitectuur en samenwerkings-structuren	- Ontschotting en samenwerking over zorglijnen - Nieuwe rollen en taakverdeling - Locoregionale netwerken - Health in All Policies	- Coördinatie via kwaliteits- en financieringsmechanismen (kwaliteitsindicatoren, P4P, conventiebeleid, multidisciplinaire waardeschaal) - Datasturing en monitoring (indicatoren, transparantie) - Health in All Policies	- Vermaatschappelijking via zorgzame buurten - ELZ / zorgraden als coördinatieplatform - Health & (Mental) Wellbeing in All Policies
Digitale infrastructuur en gegevensdeling	- Gedeeld elektronisch dossier - e-health - Technologische ondersteuning van geïntegreerde zorg en samenwerking - Digitale instrumenten voor case management	- Digitale transitie en datasturing - e-health - Cybersecurity en dataveiligheid - EHDS en BIHR - Koppeling digitale gegevens aan financiering en kwaliteit (P4P, indicatoren) - Digitale zorginnovaties (telemonitoring, teleconsultatie)	- Vitalink, Alivia, BelRAI, ZADP - Interoperabiliteit met federale bronnen - Only-once gegevensdeling - GDPR-proof data-uitwisseling - Digitale inclusie
Kwaliteitsbewaking	- Kwaliteitscultuur, indicatoren (proces en uitkomst) - Wetenschappelijke opvolging	- Kwaliteitsindicatoren - Audit- en handavingsmechanismen - Koppeling aan financiering (P4P)	- Doelregelgeving - Kwaliteitsdecreet - Zorginspectie 3.0
Innovatie	Ondersteunend voor samenwerking en geïntegreerde zorg	Technologische en organisatorische innovatie, zorginnovatie en klinische innovatie	Ingebed in buurtstructuren en werkbaarheid
Beleidslogica	Relationeel-integratief	Instrumenteel-sturend	Sociaal-contextueel

Noot. Symbolen zoals weergegeven in Figuur 1.

3.4 Spanningen in de invulling van geïntegreerde zorg

Hoewel De Block et al. (2015), Vandenbroucke (2025) en Gennez (2024) elk streven naar een beter afgestemd, toegankelijk en duurzaam zorgsysteem, bouwen hun beleidsvisies voort op een bredere traditie van hervormingsinitiatieven rond geïntegreerde zorg. Tegelijk vertonen zij duidelijke verschillen in accenten, invullingen en normatieve keuzes. In wat volgt worden deze verschillen systematisch vergeleken (zie Tabel 1), met aandacht voor spanningen in de prioritering en betekenis van prestatie-eisen, evenals in de organisatorische randvoorwaarden waarbinnen deze gerealiseerd worden. Deze spanningen kunnen niet uitsluitend worden herleid tot institutionele bevoegdheidsverdelingen, maar lijken samen te hangen met onderliggende verschillen in beleidslogica's.

3.4.1 Prestatie-eisen

3.4.1.1 Prioritering

De drie beleidsdocumenten verwijzen naar grotendeels gelijkaardige prestatie-eisen, maar kennen hieraan een verschillende prioriteit toe. In termen van de Sextuple Aim valt op dat populatiegezondheid in alle drie de documenten een middenpositie inneemt, terwijl het welzijn van zorgmedewerkers eerder beperkt naar voren komt.

De belangrijkste verschillen situeren zich bij zorgkwaliteit en kosteneffectiviteit. Zorgkwaliteit krijgt een centrale plaats bij De Block et al. (2015) en Gennez (2024), waar deze sterk relationeel en contextueel wordt ingevuld. Bij Vandenbroucke (2025) lijkt deze doelstelling minder prominent naar voren te komen. Kosteneffectiviteit vertoont een omgekeerd patroon en wordt bij Vandenbroucke (2025) gepositioneerd als een centraal uitgangspunt, terwijl deze bij De Block et al. (2015) eerder ondersteunend blijft en bij Gennez (2024) niet als afzonderlijke prestatie-eis wordt benoemd.

Ook gezondheidsgelijkheid wordt verschillend geprioriteerd. Deze krijgt een centrale plaats in de beleidsnota van Gennez (2024) en de beleidsverklaring van Vandenbroucke (2025), maar lijkt minder expliciet aanwezig in de prioritering van De Block et al. (2015). Ecologische duurzaamheid komt enkel als afzonderlijke prestatie-eis naar voren bij Gennez (2024).

Deze verschillen suggereren dat beleidsdocumenten uiteenlopende keuzes maken in de prioritering van prestatie-eisen, zoals ook beschreven door Kuipers et al. (2018), waarbij niet alle doelstellingen gelijktijdig maximaal kunnen worden nagestreefd. De waargenomen patronen lijken te wijzen op verschillende beleidslogica's, gekenmerkt door respectievelijk een nadruk op relationele continuïteit, op efficiëntie en performantie, en op rechten en inclusie.

3.4.1.2 Invulling

Naast verschillen in prioritering blijken prestatie-eisen ook inhoudelijk verschillend te worden ingevuld, zelfs wanneer dezelfde terminologie wordt gebruikt. Dit komt duidelijk naar voren in de invulling van kwaliteit en zorgervaring. Bij De Block et al. (2015) en Gennez (2024) krijgt kwaliteit een uitgesproken relationele invulling, met aandacht voor continuïteit (administratief, informatief, zorginhoudelijk en relationeel), samenwerking, mantelzorg, participatie en afstemming op de sociale context van de patiënt. Zorgervaring lijkt hier nauw verbonden met samenwerking en contextsensitiviteit. Vandenbroucke (2025) hanteert daarentegen een meer instrumentele benadering, waarbij kwaliteit wordt geoperationaliseerd via standaarden, evidence-based richtlijnen, tarifaire voorspelbaarheid en meetbaarheid.

Ook gezondheidsgelijkheid krijgt een verschillende betekenis. Gennez (2024) vertrekt vanuit sociale grondrechten en armoedebestrijding, terwijl Vandenbroucke (2025) gelijkheid voornamelijk benadert in termen van betaalbaarheid en tarifaire rechtvaardigheid. Beide benaderingen richten zich op het reduceren van ongelijkheden, maar doen dit vanuit verschillende vertrekpunten en via andere beleidsinstrumenten.

Daarnaast wordt populatiegezondheid op uiteenlopende manieren ingevuld. De Block et al. (2015) leggen de nadruk op preventie en vroegdetectie binnen lokale, collectieve benaderingen. Vandenbroucke (2025) focust eerder op medische en publieke gezondheidsinterventies, terwijl Gennez (2024) sterker inzet op sociale en omgevingsdeterminanten.

Ook de invulling van empowerment en informele zorg verschilt. Bij De Block et al. (2015) wordt zelfzorg en mantelzorg als structurele pijler gepositioneerd. Vandenbroucke (2025) benadert empowerment voornamelijk via patiëntenrechten en toegang tot zorg. Gennez (2024) benadrukt dat empowerment contextafhankelijk is en beleidsmatig ondersteund moet worden via instrumenten zoals toeleiding en outreach. Deze verschillen suggereren dat gelijkaardige prestatie-eisen in beleidsdocumenten verschillende betekenissen krijgen, wat wijst op onderliggende variatie in de conceptualisering van geïntegreerde zorg.

3.4.2 Doelgroepen

De selectie van doelgroepen verschilt duidelijk tussen de drie documenten. De Block et al. (2015) richten zich voornamelijk op personen met chronische en complexe zorgnoden. Vandenbroucke (2025) focust op personen met specifieke zorgnoden, waaronder financieel kwetsbare groepen en patiënten met een meer gespecialiseerde zorgvraag. Gennez (2024) vertrekt daarentegen vanuit sociale kwetsbaarheid, waarbij factoren zoals armoede en toegankelijkheid centraal staan.

Deze verschillen lijken samen te hangen met de uiteenlopende invullingen van prestatie-eisen, en in het bijzonder met hoe zorgervaring wordt begrepen: als continuïteit binnen chronische zorg (De Block et al., 2015), als onderdeel van een gestandaardiseerd en financieel toegankelijk systeem (Vandenbroucke, 2025), of als een vraag van toegang en participatie binnen een sociale context (Gennez, 2024).

3.4.3 Bestuursniveau

Een belangrijk spanningsveld situeert zich in de verdeling van sturing en coördinatie over beleidsniveaus. De Block et al. (2015) benaderen geïntegreerde zorg als een interfederale opdracht, waarbij samenwerking tussen niveaus centraal staat. Vandenbroucke (2025) vertrekt meer vanuit een federaal gestuurd model, met nadruk op uniformiteit, datasturing en responsabilisering. Gennez (2024) positioneert coördinatie sterker op het mesoniveau, via eerstelijnszones en zorgraden als organisatorische schaal voor lokale afstemming. Deze verschillen suggereren uiteenlopende opvattingen over waar besluitvorming en coördinatie idealiter plaatsvinden. Ze impliceren verschillende vormen van sturing, variërend van gedeelde verantwoordelijkheid tot centrale sturing en lokale verankering.

3.4.4 Zorgarchitectuur en samenwerkingsstructuren

De beleidsdocumenten verschillen ook in de manier waarop samenwerking binnen geïntegreerde zorg wordt georganiseerd. Deze verschillen hangen samen met hoe fragmentatie wordt begrepen en hoe continuïteit van zorg tot stand moet komen. De Block et al. (2015) benaderen samenwerking vanuit ontschotting, waarbij grenzen tussen zorglijnen, sectoren en disciplines actief worden doorbroken. Afstemming wordt hier ingevuld via netwerkvorming, taakverdeling en nieuwe rollen, zoals casemanagement.

Vandenbroucke (2025) conceptualiseert samenwerking eerder als resultaat van centrale sturing. Afstemming wordt hier vormgegeven via instrumenten zoals financiering, kwaliteitsindicatoren en datasturing, die actoren in dezelfde richting moeten sturen. Fragmentatie wordt minder gezien als een structureel probleem van schotten, en eerder als een probleem van onvoldoende afstemming. Gennez (2024) vertrekt vanuit een benadering waarin samenwerking vooral op lokaal niveau ontstaat, via vermaatschappelijking, zorgzame buurten en eerstelijnszones. Afstemming komt daarbij voort uit nabijheid en context, eerder dan uit centrale sturing.

Hoewel deze benaderingen sterk verschillen, kunnen ze worden opgevat als verschillende organisatorische invullingen van gelijkaardige vereisten, namelijk afstemming en coördinatie binnen een gefragmenteerd systeem. Ze impliceren verschillende opvattingen over hoe

continuïteit tot stand komt: via structurele integratie, centrale sturing of lokale verankering. Daarmee maken ze spanningen zichtbaar in de manier waarop geïntegreerde zorg beleidsmatig wordt georganiseerd en gecoördineerd.

3.4.5 Digitale infrastructuur en gegevensdeling

Ook op het vlak van digitale infrastructuur en gegevensdeling komen verschillen naar voren tussen de beleidsdocumenten, die kunnen wijzen op uiteenlopende opvattingen over de rol van digitalisering binnen geïntegreerde zorg. De nadruk op continuïteit, efficiëntie en afstemming impliceert een nood aan informatie-uitwisseling en gedeeld inzicht in zorgtrajecten, maar deze wordt in de verschillende beleidslogica's anders ingevuld. De Block et al. (2015) benaderen digitale systemen voornamelijk als ondersteunend voor samenwerking en continuïteit van zorg. Informatieve afstemming wordt hier ingevuld via e-healthtoepassingen en gedeelde patiëntendossiers, die samenwerking tussen zorgverleners faciliteren. Digitalisering lijkt in deze benadering vooral te functioneren als middel binnen bestaande zorgprocessen.

Vandenbroucke (2025) positioneert digitalisering eerder als een centraal sturingsinstrument. Afstemming en transparantie worden hier vormgegeven via datasturing en de koppeling van gegevens aan financiering en kwaliteitsmechanismen. Digitale infrastructuur krijgt daardoor een meer normerende rol, aangezien ze wordt ingezet om prestaties te meten, te vergelijken en te sturen. Gennez (2024) legt de nadruk op digitale systemen als ondersteuning voor lokale samenwerking, populatieanalyse en administratieve vereenvoudiging. Informatie-uitwisseling wordt hier ingevuld via gedeelde databanken en zorgplannen die samenwerking binnen eerstelijnszones en zorgnetwerken faciliteren, met aandacht voor toegankelijkheid en digitale inclusie.

Deze benaderingen suggereren dat dezelfde onderliggende vereiste van informatie-uitwisseling verschillende rollen kan aannemen: als ondersteunend instrument, als sturingsmechanisme of als facilitator van lokale samenwerking. Hoewel deze perspectieven elkaar niet noodzakelijk uitsluiten, lijkt hier een coördinatievraagstuk te ontstaan, waarbij afstemming tussen schaalniveaus nodig is om versnippering in datastromen, dubbele registratie en administratieve lasten te beperken.

3.4.6 Kwaliteitsbewaking en toezicht

Daarnaast verschilt ook de benadering van kwaliteitsbewaking en toezicht tussen de beleidsdocumenten, wat kan wijzen op uiteenlopende opvattingen over hoe kwaliteit binnen geïntegreerde zorg wordt gedefinieerd en aangestuurd. De nadruk op kwaliteit als prestatie-eis impliceert een nood aan monitoring, evaluatie en bijsturing van zorgpraktijken, maar de

invulling hiervan varieert. De Block et al. (2015) benaderen kwaliteit voornamelijk als onderdeel van een lerende kwaliteitscultuur, gebaseerd op monitoring, pilootprojecten en de gezamenlijke ontwikkeling van praktijken. Kwaliteitsverbetering wordt hierbij eerder opgevat als een proces van afstemming en geleidelijke ontwikkeling dan als het resultaat van formele controlemechanismen.

Vandenbroucke (2025) hanteert een meer gestandaardiseerde en controlegerichte benadering. Kwaliteitsborging wordt vormgegeven via indicatoren, audits en financiële prikkels zoals pay for performance, waardoor kwaliteit wordt gekoppeld aan meetbaarheid, transparantie en responsabilisering. Gennez (2024) vertrekt vanuit een contextgevoelige benadering, waarin relationele aspecten, toegankelijkheid en lokale werking centraal staan, in combinatie met structurele instrumenten zoals het kwaliteitsdecreet en Zorginspectie 3.0. Kwaliteitsbewaking wordt hier gepositioneerd als een praktijk die ingebed is in de sociale omgeving van zorggebruikers.

Deze benaderingen lijken spanningen zichtbaar te maken tussen een lerende kwaliteitscultuur, een gestandaardiseerd controlemodel en een contextgerichte aanpak. Ze kunnen worden opgevat als verschillende manieren om kwaliteitsborging organisatorisch vorm te geven, waarbij uiteenlopende verwachtingen bestaan over hoe kwaliteit wordt gestuurd, gemeten en verbeterd.

3.4.7 Innovatie

Ook de rol van innovatie varieert tussen de beleidsdocumenten, wat kan wijzen op verschillende opvattingen over systeemvernieuwing. De nadruk op verbetering van kwaliteit, efficiëntie en duurzaamheid impliceert een behoefte aan aanpassing en vernieuwing, maar deze krijgt een verschillende invulling binnen de beleidslogica's. Vandenbroucke (2025) positioneert innovatie expliciet als een belangrijke hefboom voor systeemvernieuwing, zowel technologisch als organisatorisch. Verbetering wordt hier nagestreefd via actieve inzet op nieuwe toepassingen en methoden die bijdragen aan efficiëntie, kwaliteit en performantie.

Gennez (2024) benadert innovatie voorzichtiger en benadrukt het belang van aansluiting bij bestaande lokale structuren en werkbaarheid. Vernieuwing wordt hier opgevat als een proces dat ingebed moet zijn in de concrete context van zorgverleners en zorggebruikers. De Block et al. (2015) behandelen innovatie minder expliciet en eerder impliciet als ondersteunend element binnen samenwerking en geïntegreerde zorgpraktijken, zonder dit uit te werken als afzonderlijke sturingslogica.

Deze verschillen suggereren een spanning tussen innovatie als instrument voor systemische verandering en de nood aan lokale verankering en praktische uitvoerbaarheid. Ze

kunnen worden begrepen als verschillende manieren om systeemaanpassing vorm te geven, waarbij de mate van centrale sturing en lokale inbedding varieert.

3.5 Voorlopige conclusie: beleidslogica's

Over de verschillende beleidsdocumenten heen kunnen drie beleidslogica's worden onderscheiden die relatief consistent terugkeren in de analyse. Deze beleidslogica's worden in deze studie opgevat als samenhangende manieren om geïntegreerde zorg te conceptualiseren, waarbij specifieke probleemdefinities, prestatie-eisen en organisatorische oplossingen met elkaar verbonden zijn. De logica's zijn niet rechtstreeks ontleend aan de beleidsdocumenten zelf, maar werden inductief afgeleid uit de vergelijkende analyse ervan. Ze fungeren als analytisch kader om onderliggende verschillen in de conceptualisering van geïntegreerde zorg zichtbaar te maken, zonder te pretenderen dat zij exhaustief of eenduidig zijn.

Een eerste logica komt vooral naar voren in de interfederale Gemeenschappelijke Verklaring van De Block et al. (2015) en kan worden omschreven als een relationeel-integratieve logica. Binnen deze benadering wordt geïntegreerde zorg opgevat in termen van continuïteit en samenhang in zorgtrajecten, met nadruk op relationele afstemming, patiëntgerichte zorg en het versterken van zorgrelaties. Fragmentatie wordt hierbij voornamelijk begrepen als een gebrek aan continuïteit en afstemming, en wordt benaderd via nabijheid, casusgerichte coördinatie en het verbinden van zorgactoren rond de patiënt.

Een tweede logica komt het meest expliciet naar voren in de federale Beleidsverklaring Volksgezondheid van Vandenbroucke (2025) en kan worden omschreven als een instrumenteel-sturende logica. Geïntegreerde zorg wordt hier vooral benaderd als een systeemvraagstuk dat wordt aangestuurd via doelmatigheid, meetbaarheid en financiële en organisatorische instrumenten. Fragmentatie wordt in deze logica eerder opgevat als een gebrek aan efficiëntie en afstemming op systeemniveau, en wordt aangepakt via gestandaardiseerde sturingsmechanismen zoals financiering, indicatoren en datasturing.

Een derde logica komt vooral tot uiting in de Vlaamse beleidsnota van Gennez (2024) en kan worden omschreven als een sociaal-contextuele logica. In deze benadering wordt geïntegreerde zorg opgevat als een vraag van toegankelijkheid, inclusie en sociale inbedding, met bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen en structurele ongelijkheden. Fragmentatie wordt hier begrepen als een gebrek aan aansluiting bij de leefwereld van burgers, en wordt benaderd via lokale verankering, drempelverlaging en contextgerichte ondersteuning.

Hoewel elke logica duidelijk verbonden lijkt met een specifiek beleidsdocument, mogen deze niet worden opgevat als strikt gescheiden of exclusieve categorieën. De beleidsdocumenten bevatten ook elementen die aansluiten bij andere logica's, maar leggen verschillende accenten. De onderscheiden beleidslogica's vatten deze dominante accenten samen en maken het mogelijk om systematische verschillen te analyseren.

Tegelijk moeten deze logica's worden begrepen als voorlopige analytische constructies. Ze bieden een eerste indicatie van onderliggende denkkaders binnen het beleidsdiscours, maar vormen geen vaststaande of exhaustieve categorieën. Ze fungeren eerder als heuristisch vertrekpunt voor verdere analyse. Opvallend is dat deze beleidslogica's zich niet beperken tot één dimensie, maar doorwerken in verschillende aspecten van beleid. Ze beïnvloeden de prioritering en invulling van prestatie-eisen, de selectie van doelgroepen en de vormgeving van organisatorische elementen zoals sturing en coördinatie, zorgarchitectuur, kwaliteitsbewaking, digitalisering en innovatie.

Deze organisatorische keuzes kunnen worden opgevat als verschillende invullingen van de functionele vereisten die voortvloeien uit de gekozen prestatie-eisen. Dit suggereert dat de geïdentificeerde spanningen niet louter het resultaat zijn van afzonderlijke beleidskeuzes, maar samenhangen met meer fundamentele verschillen in hoe geïntegreerde zorg wordt begrepen en hoe deze gerealiseerd zou moeten worden. Hoewel deze verschillen gedeeltelijk samenhangen met institutionele taakverdelingen tussen beleidsniveaus, lijkt dit slechts een deel van de verklaring te bieden. De variatie in nadruk op relationele afstemming, systeemsturing of sociale inbedding kan ook worden geïnterpreteerd als het resultaat van verschillende normatieve opvattingen over zorg, verantwoordelijkheid en de rol van beleid. Dit vertaalt zich in uiteenlopende organisatorische benaderingen voor gelijkaardige uitdagingen.

Tot slot maakt deze analyse duidelijk dat beleidsdocumenten slechts beperkt zicht bieden op hoe deze beleidslogica's in de praktijk worden geïnterpreteerd en geconcretiseerd. Ze leggen formele prioriteiten en instrumenten vast, maar geven minder inzicht in hoe beleidsactoren vanuit hun positie betekenis geven aan geïntegreerde zorg, welke accenten zij daarbij leggen en hoe zij beleidsdoelstellingen invullen. Hierdoor blijft onduidelijk welke prestatie-eisen beleidsactoren zelf centraal stellen, hoe zij deze begrijpen binnen hun beleidscontext en in welke mate hun interpretaties aansluiten bij, dan wel afwijken van, formele beleidsvisies.

3.5.1 Bijgestuurde onderzoeksvragen

Vanuit deze vaststelling ontstaan een aantal vragen die aansluiten bij het analytisch kader van deze studie:

- 1) Welke prestatie-eisen koppelen beleidsactoren expliciet of impliciet aan geïntegreerde zorg?
- 2) Hoe geven beleidsactoren, vanuit hun positie en ervaring, betekenis aan deze prestatie-eisen?
- 3) Welke accenten en prioriteiten leggen beleidsactoren in hun interpretatie van geïntegreerde zorg?
- 4) Welke spanningen tussen prestatie-eisen herkennen beleidsactoren, en hoe gaan zij hiermee om in hun visie op zorg?
- 5) Welke implicaties hebben deze interpretaties en spanningen voor de organisatie en vormgeving van zorg?
- 6) In welke mate sluiten de visies van beleidsactoren aan bij bestaande beleidsvisies zoals gearticuleerd in beleidsdocumenten, en waar wijken ze daarvan af?
- 7) Welke verschillen en gelijkenissen zijn zichtbaar tussen beleidsactoren op verschillende bestuursniveaus, rollen en ervaringsachtergronden?

Om inzicht te krijgen in deze vragen, wordt in het volgende deel van deze studie gebruikgemaakt van kwalitatieve interviews met beleidsactoren op federaal en Vlaams niveau. Deze empirische verdieping maakt het mogelijk om de beleidslogica's uit de documentanalyse te confronteren met de manier waarop actoren deze interpreteren, prioriteren en vormgeven in hun beleidspraktijk.

4 Methodologie interviewstudie

4.1 Onderzoeksofzet en methodologie

De interviewstudie vormt de tweede fase van dit onderzoek en bouwt voort op de inzichten uit de documentanalyse. In de eerste fase werden beleidslogica's geïdentificeerd via een systematische analyse van beleidsdocumenten. Deze bevindingen fungeren als analytisch vertrekpunt voor de verdere empirische verdieping via interviews.

De tweede fase maakt gebruik van een kwalitatief onderzoeksdesign op basis van semigestructureerde elite-interviews met beleidsactoren die betrokken zijn bij de ontwikkeling, sturing of implementatie van geïntegreerde zorg in België. Deze keuze sluit aan bij de aard van de onderzoeksvraag, die zich niet richt op het evalueren van concrete zorgpraktijken, maar op het analyseren van hoe geïntegreerde zorg normatief wordt ingevuld en geïnterpreteerd binnen verschillende beleidscontexten. De focus ligt daarbij niet op het vaststellen van één correcte definitie of hiërarchie van prestatie-eisen, maar op het analyseren van variatie in betekenisgeving en de manier waarop beleidsactoren, vanuit hun positie, accenten en prioriteiten formuleren, ook wanneer zij vergelijkbare terminologie gebruiken.

4.2 Steekproefselectie

De respondenten werden doelgericht geselecteerd via elite sampling, op basis van hun positie binnen het beleidsveld en hun betrokkenheid bij geïntegreerde zorg. Aangezien het onderzoek zich richt op beleidsmatige conceptualisaties, werd gefocust op actoren die betrokken zijn bij beleidsvorming of implementatie. Er werd gestreefd naar variatie in beleidsniveau, type actor en mate van betrokkenheid bij implementatie. De steekproef omvat actoren op federaal en Vlaams niveau, aangevuld met respondenten uit beleidsinnovatie- en implementatiecontexten waarin nieuwe vormen van geïntegreerde zorg worden ontwikkeld.

Respondenten worden in de analyse gepositioneerd binnen hun institutionele context, met aandacht voor beleidsniveau, rol en ervaringsduur. Dit laat toe om verschillen in normatieve conceptualisering van geïntegreerde zorg te analyseren in relatie tot institutionele positie en ervaringsachtergrond, zonder deze relaties deterministisch te interpreteren. De steekproef omvat zes beleidsactoren uit verschillende beleidsarena's. Twee respondenten situeren zich op federaal niveau en combineren politieke en administratieve rollen. Eén respondent brengt een langdurig historisch perspectief op hervormingen mee (R1), terwijl een andere zich eerder situeert in recentere beleidsontwikkelingen (R2).

Vier respondenten zijn actief op Vlaams niveau, met variatie in rol en ervaring. Eén respondent is betrokken bij projectmatige beleidsinnovatie en implementatie, met sterke nabijheid tot praktijktoepassingen (R3). Twee respondenten combineren beleidsontwikkeling met middellange (R4) tot lange ervaring (R5). Een laatste respondent vertegenwoordigt een veldorganisatie en biedt inzicht in de praktische implicaties van beleidskeuzes (R6).

Tabel 2

Overzicht van de respondenten en hun institutionele kenmerken

Code	Niveau	Rol	Ervaring
R1	Federaal	Politiek-administratief	Lang
R2	Federaal	Politiek	Middellang
R3	Vlaams	Projectmatig	Kort
R4	Vlaams	Politiek	Middellang
R5	Vlaams	Politiek-administratief	Lang
R6	Vlaams	Veldorganisatie	Lang

Twee bijkomende interviews met Vlaamse politieke actoren konden om praktische redenen niet doorgaan. Deze perspectieven hadden mogelijk bijkomend inzicht geboden in de historische en politieke verankering van geïntegreerde zorg en vormen daarom een beperking van de studie. De gerealiseerde variatie in beleidsniveau, rol en ervaring maakt het echter mogelijk om verschillen in betekenisgeving systematisch te verkennen. Gezien het exploratieve karakter van de studie werd de steekproef samengesteld op basis van expertise en ervaring, waardoor respondenten inzicht bieden in de normatieve conceptualisering van geïntegreerde zorg vanuit verschillende institutionele posities.

4.3 Dataverzameling

De dataverzameling verloopt via semigestructureerde interviews op basis van een vooraf opgestelde interviewleidraad (zie bijlage 2). Deze leidraad vertrekt vanuit het theoretisch kader en de bevindingen uit de documentanalyse, maar laat ruimte voor verdieping en nuancering. Tijdens de interviews wordt gepeild naar de betekenis die respondenten geven aan geïntegreerde zorg, de manier waarop zij prestatie-eisen interpreteren en prioriteren, de doelgroepen waarop zij zich richten en de organisatorische vormen van samenwerking die zij passend achten. Daarnaast wordt doorgevraagd naar onderliggende aannames en mogelijke spanningsvelden tussen doelstellingen, bijvoorbeeld tussen kwaliteit, doelmatigheid en werkbaarheid, of tussen beleidsniveaus. Deze spanningen worden niet opgevat als directe

ervaringscategorieën, maar als analytische insteek om variatie in betekenisgeving zichtbaar te maken.

4.4 Analyse

De analyse van het empirisch materiaal gebeurt via thematische codering in combinatie met een abductieve analysemethode. Er wordt vertrokken van een initiële codeboom gebaseerd op het theoretisch kader en de bevindingen uit de documentanalyse (zie bijlage 3), die vervolgens iteratief wordt aangepast op basis van de interviewdata. Concreet houdt dit in dat codes worden verfijnd, uitgebreid of herwerkt, terwijl nieuwe codes worden toegevoegd en andere wegvallen wanneer ze weinig empirische relevantie hebben. Op deze manier ontstaat een codeboom die zowel theoretisch onderbouwd is als empirisch wordt gevoed door de perspectieven van respondenten (zie bijlage 4).

Hoewel de analyse datagedreven vertrekt, worden de bevindingen in een abductief proces geïnterpreteerd in het licht van sociologische theorieën. Theorie wordt hierbij niet a priori opgelegd, maar gebruikt om empirische patronen te duiden en te conceptualiseren. De analyse is in de eerste plaats interpretatief, maar er wordt ook aandacht besteed aan hoe frequent bepaalde prestatie-eisen en thema's worden benoemd, als indicatie van het relatieve belang dat respondenten eraan toekennen. Deze frequentie wordt niet gebruikt voor statistische generalisatie, maar ter ondersteuning van de interpretatie.

Om de vergelijkbaarheid te waarborgen, wordt de analyse primair gebaseerd op expliciete fragmenten. Daarnaast wordt een systematische vergelijking gemaakt tussen respondenten op basis van beleidsniveau, rol en ervaringsachtergrond. Ervaring fungeert hierbij als analysecategorie om verschillen in perspectief te verbinden met historisch opgebouwde kennis en betrokkenheid bij hervormingen. Deze benadering maakt het mogelijk om variatie in betekenisgeving in relatie tot institutionele positie te analyseren.

4.5 Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid van de studie wordt ondersteund door een systematische en transparante analysemethode, waarbij coderingskeuzes expliciet worden gedocumenteerd en de analyse iteratief verloopt in wisselwerking met het theoretisch kader. Aangezien het onderzoek interpretatief van aard is, wordt geen statistische representativiteit nagestreefd, maar analytische diepgang. Bevindingen worden geformuleerd in termen van tendensen, accenten en mogelijke verbanden, eerder dan als definitieve uitspraken. Daarnaast wordt

aandacht besteed aan variatie en tegenvoorbeelden om een te sterke vereenvoudiging van verschillen te vermijden.

De validiteit wordt versterkt door de nauwe aansluiting tussen onderzoeksvraag, theoretisch kader en analysecategorieën, evenals door de systematische vergelijking van perspectieven tussen respondenten. Ook de combinatie van documentanalyse en interviews draagt bij aan de interne consistentie van de studie. De variatie in institutionele positie en ervaringsachtergrond verrijkt de analyse en maakt het mogelijk om betekenisgeving in context te interpreteren. De studie richt zich daarbij op analytische generaliseerbaarheid, waarbij de bevindingen relevant kunnen zijn voor vergelijkbare beleidscontexten.

4.6 Ethische overwegingen

Voor alle deelnemers werd geïnformeerde toestemming verkregen voor deelname aan het onderzoek en het gebruik van de data. In de meeste gevallen gebeurde dit voorafgaand aan het interview, in enkele gevallen werd dit nadien bevestigd. De gegevens worden verwerkt volgens de principes van vertrouwelijkheid en de GDPR. In de rapportage wordt gewerkt met volledige pseudonimiteit: er worden geen namen, functietitels of andere identificerende kenmerken opgenomen. Respondenten worden enkel aangeduid via brede contextkenmerken, zoals beleidsniveau of type rol. Deze aanpak maakt het mogelijk om de nadruk te leggen op inhoudelijke patronen en beleidslogica's, terwijl de anonimiteit van respondenten wordt gewaarborgd.

De meerwaarde van de interviews ligt in hun capaciteit om formele beleidsdiscoursen te verdiepen en te contextualiseren. Waar beleidsdocumenten vaak een gestileerde en consensusgerichte weergave bieden van doelstellingen, maken interviews het mogelijk om te analyseren hoe deze doelstellingen door beleidsactoren worden geïnterpreteerd en ingevuld vanuit hun positie. Op die manier draagt de empirische analyse bij aan een beter begrip van de normatieve fundamenteën van geïntegreerde zorg en van de variatie in beleidsvisies binnen een gelaagde bestuursstructuur.

5 Resultaten

Tabel 3 geeft per respondent weer welke prestatie-eisen prioriteit krijgen en hoe deze worden ingevuld. Elementen die door respondenten niet aan bod kwamen, zijn niet opgenomen. Daarnaast wordt weergegeven op basis van welke criteria respondenten hun doelgroepen impliciet afbakenen, evenals de plaats die zij, indien besproken, toekennen aan acute zorgnoden binnen geïntegreerde zorg. Verder wordt het voorkeursniveau van sturing en coördinatie bij hervorming weergegeven, evenals de gewenste zorgarchitectuur en samenwerkingsstructuren.

Niet alle organisatorische elementen werden opgenomen in de tabel. In het bijzonder bleken kwaliteitsbewaking, digitale infrastructuur en ruimte voor innovatie in de interviews minder uitgesproken variatie te vertonen. De plaats van acute zorgnoden wordt daarentegen wel opgenomen, aangezien dit thema in meerdere interviews expliciet naar voren kwam.

In wat volgt worden de bevindingen uit Tabel 3 thematisch geanalyseerd. Daarbij wordt eerst ingegaan op de probleemdefiniëring van het huidige zorgsysteem volgens de respondenten, gevolgd door hun conceptualisering van geïntegreerde zorg als antwoord hierop. Vervolgens wordt de structuur en invulling van geïntegreerde zorg besproken, met aandacht voor prestatie-eisen, doelgroepen, acute zorgnoden en organisatorische keuzes. Tot slot komen aanvullende thema's aan bod, met name barrières tot hervorming en toekomstperspectieven.

5.1 Probleemdefiniëring

De probleemdefiniëring die uit de interviews naar voren komt, vertoont een zekere mate van overeenkomst tussen de respondenten. Over beleidsniveaus, rollen en sectoren heen wordt het huidige zorgsysteem vaak gekarakteriseerd als versnipperd. Deze versnippering wordt niet enkel als een organisatorisch probleem beschreven, maar lijkt door respondenten ook te worden gezien als een structureel kenmerk dat de werking van het systeem beïnvloedt. Daarbij wordt regelmatig verwezen naar een gebrek aan aansluiting tussen de organisatie van zorg en de realiteit van hedendaagse zorgnoden. De ervaring van patiënten fungeert hierbij als belangrijk referentiepunt. Zoals R3 het verwoordt:

Ik denk dat een ziekenhuis is misschien het meest sprekende voorbeeld. Je hebt specialisten. En uw lijf is uw lijf. Ik bedoel als, als, als jij maar, als jij iets hebt van symptomen, denkt ge niet in functie van: wacht, dat is nu mijne vinger, dus ik moet naar

die persoon. En ik heb eigenlijk ook iets aan mijn neus, dus moet ik naar daar. Eigenlijk zeggen wij: "Ik voel mij niet goed en ik heb vooral last van dit, dat, zus en zo." [...] Afhankelijk van aan welk deel van uw lijf er iets is, wordt ge naar den ene, naar den andere gestuurd en ge hebt na een tijd een heel gefragmenteerd beeld. Terwijl ge u na een tijd de vraag kunt stellen: maar in essentie ben ik één persoon en kan iemand mij zo in de totaliteit een keer bekijken of advies geven?

Deze passage suggereert dat fragmentatie niet uitsluitend betrekking heeft op de organisatie van zorg, maar ook op de manier waarop zorg betekenis krijgt. Waar het systeem vertrekt vanuit opdeling in deelaspecten, lijkt de zorgvrager zichzelf eerder als één geheel te ervaren. Deze problematisering sluit aan bij de nadruk op fragmentatie in de geanalyseerde beleidsdocumenten.

Naast deze structurele fragmentatie wijzen verschillende respondenten ook op een mogelijke mismatch tussen het huidige zorgmodel en bredere maatschappelijke ontwikkelingen. Vergrijzing (R1, R2, R3 en R4), de toename van chronische aandoeningen (R4) en personeelstekorten (R1, R3, R4 en R5) worden genoemd als factoren die het bestaande systeem onder druk zetten. Dit lijkt erop te wijzen dat een model dat historisch sterk gericht was op acute zorg, minder goed aansluit bij complexe en langdurige zorgtrajecten.

In aansluiting hierop formuleren meerdere respondenten een kritiek op het overwegend reactieve karakter van het systeem. Volgens R1, R2 en R4 richt zorg zich vaak op het behandelen van bestaande problemen, terwijl er volgens hen nood is aan een meer proactieve benadering, met nadruk op preventie en vroegdetectie. Hier tekent zich een mogelijke spanning af tussen een reactieve zorglogica en een meer proactieve benadering. Deze spanning wordt niet altijd expliciet benoemd, maar lijkt impliciet aanwezig in verschillende probleemdefinities.

Samengevat lijkt er een zekere mate van overeenkomst in de perspectieven van respondenten rond drie elementen: structurele fragmentatie, een beperkte aansluiting bij complexe en chronische zorgnoden, en een overwegend reactieve logica. Deze gedeelde probleemdefiniëring vormt het vertrekpunt voor hun visie op geïntegreerde zorg.

5.2 Conceptualisering van geïntegreerde zorg

Wanneer respondenten de kern van geïntegreerde zorg beschrijven, komt samenwerking consequent naar voren als een centraal element. Deze samenwerking wordt breed opgevat en omvat interacties tussen disciplines, sectoren, organisaties en beleidsniveaus. Zoals R2 het verwoordt: "het centrale sleutelwoord is samenwerking op alle niveaus." Samenwerking wordt

daarbij minder voorgesteld als één specifieke organisatorische vorm, en eerder als een overkoepelend principe dat richting geeft aan de organisatie van zorg. Geïntegreerde zorg verschijnt in deze context minder als een afgebakend model, en eerder als een manier van denken over zorgorganisatie. Deze nadruk op samenwerking kan worden begrepen als een reactie op de ervaren fragmentatie en discontinuïteit in het systeem.

Tegelijkertijd wordt samenwerking niet als vanzelfsprekend of eenduidig voorgesteld. Verschillende respondenten wijzen erop dat samenwerking gepaard kan gaan met spanningen en conflicten. R5 verwoordt dit als volgt: “Geïntegreerde zorg en samenwerking is altijd meerstemmig. Betekent ook: je kan geen integratie hebben zonder dat je door conflict moet. [...] Ik vind dat geen teken van zwakte in ons beleid. Ik vind dat eerder een teken van maturiteit.” Deze passage suggereert dat samenwerking niet louter als een harmonieus proces wordt gezien, maar eerder als iets dat gepaard gaat met verschil en onderhandeling. Hier wordt een eerste spanning zichtbaar binnen het concept zelf: samenwerking veronderstelt zowel afstemming als het omgaan met uiteenlopende belangen en perspectieven.

Daarnaast wordt geïntegreerde zorg door sommige respondenten expliciet benaderd vanuit een bredere systeemlogica. Zo beschrijft R3 geïntegreerde zorg als een ecosysteembenadering, waarin verschillende actoren (zorggebruikers, professionals en beleidsmakers) in onderlinge relatie worden beschouwd. Deze benadering suggereert een verschuiving van een lineaire naar een meer relationele manier van denken over zorg, waarbij zorg niet wordt gezien als een reeks afzonderlijke interventies, maar als het resultaat van interacties binnen een breder geheel.

Samengevat lijkt er een relatief brede overeenstemming over het belang van samenwerking als kern van geïntegreerde zorg, maar wordt deze tegelijk erkend als complex en potentieel conflictueus. Geïntegreerde zorg kan daardoor moeilijk worden herleid tot één uniforme invulling, en wordt eerder benaderd als een dynamisch en meerstemmig organisatieprincipe. Tegelijk blijkt dat deze gedeelde nadruk op samenwerking geen eenduidige interpretatie impliceert. De interviews tonen dat respondenten dit principe op verschillende manieren invullen en verbinden met uiteenlopende accenten, prioriteiten en onderliggende aannames. De betekenis van geïntegreerde zorg lijkt daardoor niet binnen één coherent model te worden vastgelegd, maar vorm te krijgen via verschillende, deels overlappende beleidslogica's.

Tabel 3

Overzicht van de structuur en invulling van geïntegreerde zorg op basis van de interviews

	R1: federaal, politiek-administratief, lang	R2: federaal, politiek, middellang	R3: Vlaams, projectmatig, kort
Prioritering en betekenis van de prestatie-eisen	1. Populatiegezondheid: collectieve lokale benadering, preventie (o.a. door sensibilisering) 	Zorgkwaliteit: continuïteit (incl. levensloopbenadering, zolang als nodig) 	Zorgkwaliteit: patiëntgericht (o.b.v. noden, holistisch) + continuïteit 
	2. Zorgkwaliteit: patiëntgericht (comprehensive, agency, i.f.v levensdoelen), continuïteit (incl. levensloop-benadering), zelfzorg 	Populatiegezondheid: preventie 	Welzijn zorgmedewerkers: werkbaar werk, taakverdeling 
	3. Doelmatigheid 	Doelmatigheid 	Populatiegezondheid: collectieve lokale benadering 
	4. Gezondheidsgelijkheid en -inclusie: financiële toegankelijkheid, outreach 	Welzijn zorgmedewerkers: correcte financiering voor tijd die men aan patiënt besteed 	Doelmatigheid 
	5. Welzijn zorgmedewerkers: werkbaar werk 	Gezondheidsgelijkheid en -inclusie: vaardigheden (bv. digitaal, zorgnavigatie) 	Gezondheidsgelijkheid en -inclusie: geografische toegankelijkheid 
	6. <i>Duurzaamheid (kritisch ingevuld: niet de taak van zorgbeleid)</i> 		
Doelgroepen	Zorgnood	Sociale - en toegankelijkheidslogica	Zorgnood
Acute zorgnoden	/	/	Aparte stroom binnen geïntegreerde zorg
Bestuursniveau	Interfederaal met regionale verschillen	Interfederaal	Lokaal naar federale en terug
Zorgarchitectuur & samenwerkings-structuren	Zorgcoördinatie en case management; gegevensuitwisseling en gedeeld zorgplan	/	Ruimtelijke nabijheid; overleg; gezamenlijke multidisciplinaire consultatie
Beleidslogica	Sociaal-transformatief, met efficiëntiecomponent	Zorgcoördinerende efficiëntie	Relationeel-afstemmend

Tabel 3 (vervolg)

	R4: Vlaams, politiek, middellang	R5: Vlaams, politiek-administratief, lang	R6: Vlaams, veldorganisatie, lang
Prioritering en betekenis van de prestatie-eisen	1. Zorgkwaliteit: patiëntgericht (i.f.v. noden en doelen), relationeel, buurtgeorganiseerd 	Zorgkwaliteit: patiëntgericht (i.f.v. levensdoelen, holistisch), continuïteit (incl. levensloopbenadering) 	Zorgkwaliteit: patiëntgericht, toegankelijk, met mantelzorgers en omgeving 
	2. Welzijn zorgmedewerkers: taakverdeling, minder werk door preventie, financiering voor coördineringsrol 	Gezondheidsgelijkheid en -inclusie: financiële toegankelijkheid, vaardigheden 	Gezondheidsgelijkheid en -inclusie: financieel en geografisch toegankelijk, vaardigheden 
	3. Populatiegezondheid: preventie, sociale determinanten aanpakken 	Welzijn zorgmedewerkers: taakverdeling (incl. coördinatietijd), werkbaar werk, correcte financiering 	Populatiegezondheid: preventie, sociale en klimaat- en omgevingsdeterminanten aanpakken 
	4. Gezondheidsgelijkheid en -inclusie: outreach 	Populatiegezondheid: klimaat- en omgevingsdeterminanten aanpakken, preventie, collectieve lokale benadering 	Welzijn zorg-medewerkers: taakverdeling en administratieve overlast verlagen 
	5.	Doelmatigheid 	<i>Doelmatigheid (kritisch ingevuld: niet als besparing op zorg)</i> 
	6.	Duurzaamheid: leefomgevingsdeterminanten proactief aanpakken 	
Doelgroepen	Zorgnood	Zorgnood	Zorgnood, sociale - en toegankelijkheidslogica
Acute zorgnoden	Apart behouden, maar waar ligt de grens?	Apart behouden, maar ook hervormen	Apart behouden, maar toch alle zorg geïntegreerd maken
Bestuursniveau	Lokaal naar interfederaal	Interfederaal met regionale verschillen, naar lokaal	Lokaal en federaal
Zorgarchitectuur & samenwerkings-structuren	Zorgcoördinatie en case management; casusgebonden samenwerking; beperkt overleg; gedeeld dossier en zorgplan	Zorgcoördinatie; overleg; lokaal netwerk van medewerkers	Ruimtelijke nabijheid; overleg; gedeeld behandelplan
Beleidslogica	Relationeel-afstemmend, met sociaal element	Hybride integratielogica	Sociaal-transformatief

Noot. Symbolen zoals weergegeven in Figuur 1. *Schuin gedrukt: kritisch ingevulde prestatie-eisen.*

5.3 Invulling van geïntegreerde zorg

In wat volgt wordt geanalyseerd hoe respondenten geïntegreerde zorg concreet invullen. Daarbij wordt ingezoomd op de manier waarop zij verschillende prestatie-eisen interpreteren en prioriteren, en hoe deze invullingen zich vertalen in organisatorische keuzes (Tabel 3). Deze vertalingen verlopen via impliciete vereisten die voortvloeien uit verschillende invullingen van prestatie-eisen. De analyse suggereert dat ogenschijnlijk gedeelde begrippen uiteenlopende betekenissen krijgen en dat onderliggende spanningen in de conceptualisering van geïntegreerde zorg zich in deze invullingen manifesteren.

5.3.1 Prioritering in prestatie-eisen

5.3.1.1 *Afwijzing van expliciete hiërarchie*

Op expliciet niveau geven de meeste respondenten aan dat prestatie-eisen niet hiërarchisch geordend zouden moeten worden. Zij verwijzen daarbij naar modellen zoals de Sextuple Aim als kader waarin verschillende doelstellingen in balans worden nagestreefd. Zoals R1 stelt: “Dat past allemaal in die Quintuple Aim benadering, hoor [...], zonder dat daar een duidelijke ordening in staat of hiërarchie.” Ook R3 verwoordt een gelijkaardige positie: “we zouden nooit één specifieke doelstelling gaan kiezen omdat we vinden dat dat in balans moet zijn.” Dit wijst op een gedeeld normatief uitgangspunt waarin prestatie-eisen als onderling complementair worden voorgesteld, zonder expliciete rangorde.

5.3.1.2 *Zorgkwaliteit en welzijn van medewerkers*

Ondanks deze expliciete afwijzing van hiërarchisering lijkt uit de interviews dat er impliciet toch verschillen in gewicht worden toegekend aan de verschillende prestatie-eisen. Zorgkwaliteit komt bij vrijwel alle respondenten naar voren als een centrale doelstelling en kan daardoor worden gelezen als een dominante prioriteit in de praktijk. Deze positie gaat gepaard met een spanning. Zoals R3 aangeeft, kan een sterke focus op patiëntgerichtheid botsen met de werkbaarheid voor zorgverleners:

Je zou bijvoorbeeld kunnen zeggen: ‘We doen dit zodat die persoon centraal staat.’ [...] Maar natuurlijk, voor uw tevredenheid van uw job is dat ook niet wenselijk [...] dat je volledig ten dienste staat [...] van uw consument bij wijze van spreken.

Deze passage suggereert een spanning tussen zorgkwaliteit en het welzijn van zorgmedewerkers. Wat op conceptueel niveau als complementair wordt gepositioneerd, lijkt in de praktijk soms moeilijk combineerbaar. Dit wijst erop dat de nadruk op zorgkwaliteit implicaties kan hebben voor andere doelstellingen binnen het systeem.

5.3.1.3 Gezondheidsgelijkheid en populatiegezondheid

Naast zorgkwaliteit nemen gezondheidsgelijkheid en populatiegezondheid doorgaans een midden- tot lagere positie in, al vertonen zij aanzienlijke variatie tussen respondenten. Gezondheidsgelijkheid wordt slechts door enkele respondenten (R5 en R6) expliciet benadrukt, terwijl het bij andere respondenten minder prominent naar voren komt. Dit zou kunnen wijzen op een beperkte gedeelde urgentie rond gelijkheid in vergelijking met andere doelstellingen. Populatiegezondheid vertoont nog meer variatie. Enerzijds wordt deze door R1 als hoogste prioriteit gepositioneerd en ook door R2 sterk benadrukt. Anderzijds plaatsen R3, R4 en R5 deze eerder in het midden van hun prioritering.

Deze spreiding suggereert dat er geen duidelijke consensus bestaat over het gewicht van populatiegerichte benaderingen. Dit wijst mogelijk op een onderliggende spanning tussen een individuele, patiëntgerichte logica (zorgkwaliteit) en een meer collectieve en structurele oriëntatie (populatiegezondheid en gezondheidsgelijkheid). De relatief lagere en inconsistente prioritering van deze collectieve doelstellingen kan erop wijzen dat zij moeilijker verenigbaar zijn met een sterke focus op individuele zorgkwaliteit. Bij gezondheidsgelijkheid komt daar nog bij dat deze expliciet aandacht vraagt voor verschillen binnen populaties, wat een bijkomende spanning kan genereren met een universele zorglogica.

5.3.1.4 Doelmatigheid

Doelmatigheid wordt doorgaans lager gepositioneerd en door verschillende respondenten kritisch benaderd. Zo stelt R6 dat besparingen op zorg problematisch zijn, terwijl R5 aangeeft dat doelmatigheid eerder als gevolg dan als vertrekpunt moet worden beschouwd: “als je die zorgcontinuïteit en die werkbaarheid structureel gaat verbeteren, dan gaat doelmatigheid automatisch volgen [...] het omgekeerde is zelden waar.” Deze uitspraken suggereren een spanning tussen doelmatigheid als expliciete beleidsdoelstelling en als impliciet resultaat van andere verbeteringen. Doelmatigheid lijkt hierdoor eerder een ondersteunende dan een sturende rol te krijgen binnen de conceptualisering van geïntegreerde zorg.

5.3.1.5 Duurzaamheid

Duurzaamheid komt in de interviews nauwelijks expliciet aan bod. R1 geeft aan dat dit thema volgens hem minder binnen geïntegreerd zorgbeleid thuishoort, aangezien het sterk verweven is met andere beleidsdomeinen. Dit kan wijzen op een spanningsveld tussen de

verbreding van beleidsdoelstellingen, zoals zichtbaar in kaders zoals de Sextuple Aim, en de nood om geïntegreerde zorg beleidsmatig af te bakenen. Duurzaamheid lijkt daardoor slechts beperkt aanwezig in de prioritering van respondenten.

5.3.1.6 Samenhang

Tegelijk benadrukken respondenten dat de verschillende prestatie-eisen onderling samenhangen. Zoals R2 stelt: “de sterkte is dat ze natuurlijk onderling samenhangen en dat elke dimensie zijn belang heeft.” Deze nadruk op samenhang kan worden begrepen als een tegengewicht voor impliciete hiërarchieën, zonder dat deze volledig verdwijnen. De prioriteringen impliceren immers dat bepaalde vereisten voor de organisatie (zoals afstemming, efficiëntie of werkbaarheid) meer of minder nadrukkelijk naar voren komen.

5.3.2 Vergelijkende patronen in prioritering

Wanneer de prioriteringen tussen respondenten worden vergeleken, lijken deze niet willekeurig verdeeld, maar samen te hangen met institutionele positie. Een eerste onderscheid situeert zich op het bestuursniveau. Federale respondenten lijken doelmatigheid vaker hoger te positioneren dan Vlaamse respondenten. Vlaamse actoren leggen daarentegen vaker nadruk op het welzijn van zorgmedewerkers en gezondheidsgelijkheid. Dit kan wijzen op een spanningsveld tussen een meer instrumentele benadering op federaal niveau en een meer sociaal-contextuele benadering op Vlaams niveau.

Daarnaast vertonen de federale respondenten onderling relatief gelijkaardige prioriteringen, waarbij populatiegezondheid en zorgkwaliteit consequent hoger worden geplaatst. Vlaamse respondenten tonen meer variatie, maar delen wel een grotere aandacht voor werkbaarheid en gelijkheid. Wanneer ook ervaring wordt meegenomen, komt geen eenduidig lineair patroon naar voren. Wel lijkt de combinatie van bestuursniveau en ervaring relevant. Zo vertonen Vlaamse respondenten met langere ervaring onderling meer consistentie, terwijl minder ervaren actoren ook overeenkomsten vertonen, zij het met enkele verschuivingen in accenten.

Deze bevinding suggereert dat niet één afzonderlijke factor doorslaggevend is, maar dat de combinatie van institutionele positie en ervaring mogelijk samenhangt met verschillen in de prioritering van prestatie-eisen.

5.3.3 Invulling van prestatie-eisen

5.3.3.1 Zorgkwaliteit

Hoewel respondenten vaak dezelfde terminologie hanteren, suggereert de analyse dat de concrete invulling van prestatie-eisen uiteenloopt. Deze variatie komt in het bijzonder naar voren bij zorgkwaliteit. Hoewel deze door vrijwel alle respondenten als patiëntgericht wordt beschreven, krijgt deze patiëntgerichtheid verschillende betekenissen.

Een eerste onderscheid situeert zich in de manier waarop patiëntgerichtheid wordt begrepen. R1 en R3 benadrukken een meer holistische benadering van de patiënt, terwijl R3 en R4 patiëntgerichtheid explicieter invullen in termen van zorgnoden en -doelen, waarbij zorg en ondersteuning afgestemd moeten worden op concrete behoeften. R1 en R5 vertrekken daarentegen sterker vanuit levensdoelen. R5 maakt hierbij een onderscheid tussen professioneel gedefinieerde zorgdoelen en de ervaren noden van patiënten:

[J]e moet ook reële noden vaststellen. [...] Ik hoef niet voor u te zeggen welke zorg en ondersteuning jij nodig hebt. Jij moet een reële nood voelen en dan ga je daarmee aan de slag. [...] Je vertrekt vanuit het levensdoel dat die persoon [...] heeft [...] en dan moet je de zorgdoelen daar ondergeschikt aan maken.

Dit wijst op een spanningslijn tussen een invulling van patiëntgerichtheid die vertrekt vanuit professionele kaders en een benadering die deze expliciet ondergeschikt maakt aan de leefwereld van de patiënt.

Daarnaast wordt zorgkwaliteit geconcretiseerd via dimensies zoals continuïteit en empowerment. Continuïteit wordt door meerdere respondenten benadrukt, maar lijkt verschillend te worden geïnterpreteerd. Waar sommige respondenten (R1, R3) focussen op afstemming binnen één zorgtraject, koppelen anderen (R2, R5) dit aan opvolging over de levensloop. Dit suggereert een onderscheid tussen continuïteit als trajectcoördinatie en als langetermijnnoriëntatie.

Ook bij empowerment komt een spanningsveld naar voren. R2 benadrukt het belang van zelfredzaamheid, maar wijst tegelijk op de grenzen ervan. Dit wijst op een afweging tussen autonomie en ondersteuning. Daarnaast breiden sommige respondenten zorgkwaliteit uit naar relationele en contextuele dimensies. R4 benadrukt het belang van zorgrelaties en buurtgerichte organisatie, terwijl R6 verwijst naar toegankelijkheid en de rol van de omgeving en mantelzorgers. De focus verschuift daarmee van de individuele zorgrelatie naar een bredere sociale inbedding van zorg.

Deze variatie suggereert een spanning binnen het begrip patiëntgerichtheid zelf: enerzijds als individuele afstemming op noden en levensdoelen, anderzijds als onderdeel van een bredere relationele en contextuele benadering.

5.3.3.2 *Populatiegezondheid*

Binnen populatiegezondheid komt een tweede, meervoudig spanningsveld naar voren. Enerzijds benadrukken verschillende respondenten (R1, R2, R4, R5, R6) het belang van preventie. Anderzijds vullen sommige respondenten (R1, R3, R5) populatiegezondheid in als een kader om zorg collectief te organiseren rond bestaande noden op populatieniveau. Dit wijst op een verschil tussen populatiegezondheid als preventieve strategie en als organiserend principe voor zorg. R3 verwoordt dit als volgt: “wat zijn noden in de buurt? Kijk naar uw populatie [...] en dat op elkaar te gaan enten.” Tegelijk wijst R3 op de beperkingen van veralgemening, wat een spanningsveld suggereert tussen standaardisering en individuele afstemming.

Daarnaast wordt populatiegezondheid concreet gemaakt via de organisatie van zorgstromen. R3 benadrukt dat deze moeten vertrekken vanuit patiëntennoden, maar in balans moeten blijven met werkbaarheid. Dit wijst op een spanning tussen patiëntgerichte organisatie en praktische uitvoerbaarheid. Verder wordt populatiegezondheid ingevuld via sociale, omgevings- en klimaatgebaseerde determinanten (R4, R5, R6), wat wijst op een verbreding naar structurele benaderingen van gezondheid. Tegelijk merkt R5 op dat preventie vaak minder aandacht krijgt omdat effecten zich pas op langere termijn manifesteren.

Samengevat lijken binnen populatiegezondheid verschillende spanningen samen te komen: tussen preventie en reactie, tussen standaardisering en flexibiliteit, en tussen korte- en langetermijnnoriëntatie.

5.3.3.3 *Gezondheidsgelijkheid en -inclusie*

Gezondheidsgelijkheid en -inclusie worden eveneens verschillend ingevuld. Sommige respondenten focussen op financiële toegankelijkheid (R1, R5), andere op geografische toegankelijkheid (R3), terwijl anderen meerdere dimensies combineren (R6). Daarnaast koppelen sommige respondenten (R2, R5, R6) deze doelstelling aan vaardigheden, zoals digitale geletterdheid of het vermogen om te navigeren binnen het zorgsysteem.

Hier ontstaat een spanningsveld tussen twee benaderingen: enerzijds het versterken van individuele capaciteiten om toegang te krijgen tot zorg, en anderzijds het aanpassen van het zorgaanbod via outreach en structurele maatregelen. Hoewel deze prestatie-eis inhoudelijk aansluit bij populatiegezondheid, lijkt zij geen eenduidige centrale plaats in te nemen binnen de invulling van geïntegreerde zorg, en blijft zij eerder tussen verschillende benaderingen gepositioneerd.

5.3.3.4 Welzijn van medewerkers

Het welzijn van zorgmedewerkers wordt door respondenten ingevuld via aspecten zoals taakverdeling, werkbaar werk, financiering en administratieve lasten. Taakverdeling wordt door meerdere respondenten (R3–R6) gezien als een belangrijke hefboom, gebaseerd op complementariteit tussen actoren. Tegelijk lijkt hier een temporele spanning aanwezig: samenwerking vraagt initiële inspanning, terwijl voordelen zich pas later manifesteren. Daarnaast wordt werkbaar werk expliciet in relatie gebracht met grenzen aan patiëntgerichtheid. R3 suggereert dat een doorgedreven focus op zorgkwaliteit het systeem onder druk kan zetten wanneer werkbaarheid onvoldoende wordt meegenomen.

Financiering en administratieve lasten worden benoemd als cruciale randvoorwaarden. Een correcte vergoeding voor overleg en het beperken van administratieve lasten worden gezien als noodzakelijk om samenwerking haalbaar te maken. De spanningen situeren zich minder in het belang van deze elementen, waar een zekere consensus over bestaat, en meer in de manier waarop zij concreet worden ingevuld.

5.3.3.5 Doelmatigheid

Doelmatigheid wordt erkend als een noodzakelijk principe, maar krijgt een specifieke invulling. Respondenten lijken dit minder te verbinden met besparingen, en eerder met het vermijden van inefficiënties. Zoals R2 aangeeft: “je wordt geconfronteerd met een stijgende zorgnood [...] die niet in verhouding blijft staan tot de middelen.” Hier ontstaat een spanning tussen een generieke efficiëntielogica en een meer gerichte inzet van middelen, gericht op groepen met de grootste noden. Daarnaast blijft de spanning met zorgkwaliteit aanwezig: efficiëntie mag niet ten koste gaan van toegankelijkheid of kwaliteit. Doelmatigheid lijkt daardoor eerder een ondersteunende dan een sturende rol te krijgen binnen de conceptualisering van geïntegreerde zorg.

5.3.3.6 Duurzaamheid

Duurzaamheid komt slechts beperkt aan bod in de interviews. Wanneer het wordt vermeld, gebeurt dit vooral in relatie tot leefomgevingsdeterminanten. De beperkte aanwezigheid van dit thema kan wijzen op een spanning tussen de theoretische verbreding van doelstellingen en de praktische afbakening van geïntegreerde zorg. Hoewel duurzaamheid inhoudelijk aansluit bij populatiegezondheid, wordt het niet systematisch als kerncomponent opgenomen.

5.3.4 Vergelijkende patronen in invulling

In de concrete invulling van prestatie-eisen zijn eveneens enkele terugkerende patronen zichtbaar. Deze lijken minder samen te hangen met bestuursniveau of rol, en eerder met werkervaring in het veld. Zorgkwaliteit vertoont over respondenten heen een relatief grote

inhoudelijke overeenkomst. Het wordt vrijwel unaniem geassocieerd met patiëntgerichtheid, vaak in combinatie met een holistische of levensloopgerichte benadering. Verschillen situeren zich eerder in de mate van uitwerking dan in de kern van de invulling.

Respondenten met meer ervaring (R1, R5, R6) formuleren zorgkwaliteit vaker in termen van levensdoelen, zelfmanagement en integratie over de tijd, en plaatsen dit binnen een bredere systemische context. Respondenten met minder ervaring (zoals R3) hanteren eveneens een patiëntgerichte invulling, maar vertrekken vaker vanuit actuele noden en werken deze minder uit in langetermijnperspectieven. Dit suggereert een verschil in temporaliteit.

Een gelijkaardige dynamiek lijkt zichtbaar bij populatiegezondheid. Meer ervaren respondenten combineren vaker preventieve en reactieve benaderingen en plaatsen deze expliciet in een langetermijnperspectief, terwijl minder ervaren respondenten meer nadruk leggen op de organisatie van zorg rond bestaande noden. Ook bij gezondheidsgelijkheid blijken verschillen aanwezig in de breedte van de invulling. Meer ervaren respondenten hanteren vaker een multidimensionele benadering, terwijl minder ervaren respondenten vaker focussen op specifieke aspecten, zoals outreach of geografische toegankelijkheid.

Voor andere prestatie-eisen blijven dergelijke patronen minder duidelijk. In de invulling van welzijn van zorgmedewerkers en doelmatigheid bestaat relatief veel overeenstemming, terwijl duurzaamheid slechts beperkt aan bod komt, waardoor hier geen uitgesproken patronen kunnen worden vastgesteld.

5.3.5 Doelgroepen

Respondenten hanteren verschillende logica's bij het definiëren van doelgroepen, die deels aansluiten bij benaderingen die ook in de beleidsdocumenten naar voren kwamen. Enerzijds is er een zorgnoodbenadering, waarbij de focus ligt op personen met complexe of chronische zorgnoden. Deze benadering komt voor bij R1, R3, R4, R5 en R6. Anderzijds is er een sociale en toegankelijkheidslogica, waarbij nadruk wordt gelegd op kwetsbare groepen en structurele determinanten van gezondheid. Deze benadering komt naar voren bij R2 en R6, wat het moeilijk maakt om duidelijke patronen te onderscheiden naar beleidsniveau, rol of ervaring.

Opvallend is dat deze logica's niet altijd rechtstreeks aansluiten bij de prioritering van prestatie-eisen. Zo hanteert R2 een sociale benadering van doelgroepen, terwijl gezondheidsgelijkheid relatief laag wordt gepositioneerd. In dit geval lijkt de sociale benadering eerder te worden geïnterpreteerd vanuit een doelmatigheidsperspectief, waarbij middelen gericht worden op groepen met de hoogste noden. Hier ontstaat een spanningsveld tussen verschillende logica's: eenzelfde sociale logica kan zowel normatief worden ingevuld, met

nadruk op gelijkheid en rechtvaardigheid, als instrumenteel, waarbij zij wordt ingezet als strategie om middelen efficiënter toe te wijzen.

Dit suggereert dat de afbakening van doelgroepen geen neutrale oefening is, maar samenhangt met onderliggende beleidslogica's die bepalen hoe noden worden geïnterpreteerd en geprioriteerd. Deze verschillende afbakeningen impliceren bovendien uiteenlopende organisatorische vereisten, bijvoorbeeld in termen van gerichte interventies, toegankelijkheid en toeleiding tot zorg. Tegelijk zijn er geen duidelijke systematische patronen zichtbaar naar bestuursniveau, rol of ervaring, wat erop lijkt te wijzen dat de afbakening van doelgroepen minder eenduidig samenhangt met deze kenmerken.

5.3.6 Plaats voor acute zorgnoden

De plaats van acute zorg binnen geïntegreerde zorg komt in de interviews naar voren als een ambigue en spanningsvolle kwestie. Respondenten geven aanvankelijk aan dat acute zorg onderscheiden moet worden van geïntegreerde zorg, maar nuanceren dit bij verdere reflectie. R4 formuleert dit als een fundamentele vraag: "waar ligt de grens van geïntegreerde zorg en ondersteuning en andere?" Dit wijst op een eerste spanningslijn rond de afbakening van het concept zelf: wat behoort tot geïntegreerde zorg, en wat niet?

Daarnaast komt een tweede spanning naar voren in de relatie tussen selectiviteit en universaliteit. R6 suggereert enerzijds dat geïntegreerde zorg niet in alle situaties noodzakelijk is, maar stelt tegelijk: "zou er geen zorg mogen bestaan [...] die niet geïntegreerd is." Dit suggereert een spanning tussen een selectieve toepassing van geïntegreerde zorg en een meer normatieve visie waarin integratie als algemene standaard wordt gezien.

R3 benadert acute zorg vanuit een andere invalshoek, door deze niet als afzonderlijk domein te beschouwen, maar als een specifieke stroom binnen een breder systeem: "eigenlijk gewoon allemaal in hetzelfde systeem dan opgenomen." In deze benadering wordt de spanning niet opgelost door afbakening, maar door integratie op systeemniveau. R5 vertaalt dit verder naar het principe van continuïteit, waarbij ook acute zorg deel kan uitmaken van een geïntegreerd netwerk van zorgverleners en mantelzorgers: "het gaat er vooral over dat je vertrekt uit het holistische beeld [...] dat je de hokjes van alle sectoren durft doorbreken."

Samengenomen komt geen eenduidige visie naar voren over de plaats van acute zorg binnen geïntegreerde zorg. De centrale spanning situeert zich tussen het functioneel onderscheiden van acute zorg als afzonderlijk domein en het doortrekken van geïntegreerde principes naar alle vormen van zorg. Dit wijst op een onderliggende spanning tussen een differentiatielogica en een integratielogica in de organisatie van zorg. Ook hier zijn geen duidelijke patronen zichtbaar tussen respondenten, wat de ambigue status van dit thema

onderstreept. De verschillende perspectieven impliceren uiteenlopende en deels moeilijk combineerbare organisatorische vereisten, waarbij zowel differentiatie van zorgstromen als integratie van zorgprocessen wenselijk worden geacht.

5.3.7 Zorgarchitectuur en samenwerkingsstructuren

Alle respondenten benadrukken het belang van samenwerking over sectoren en disciplines heen. Deze samenwerking wordt breed opgevat en omvat, naast de gezondheidszorg, ook welzijnswerk, ouderenzorg, gehandicaptenzorg en jeugdwerk. Zoals R4 aangeeft, wordt op Vlaams-politiek niveau expliciet gesproken over “geïntegreerde zorg en ondersteuning”, om te benadrukken dat het niet enkel om gezondheidszorg gaat, maar eveneens om welzijn en samenwerking. Hoewel er een brede consensus lijkt te bestaan over het belang van samenwerking, lopen de visies uiteen over hoe deze concreet georganiseerd moet worden. Deze verschillen kunnen worden begrepen als verschillende manieren om de onderliggende vereiste van afstemming tussen actoren organisatorisch vorm te geven. Daarbij tekent zich een spanning af tussen twee benaderingen.

Enerzijds wordt samenwerking beschreven als een relationeel proces, gebaseerd op vertrouwen, nabijheid en informele interactie. In deze benadering ontstaat samenwerking binnen netwerken van professionals die elkaar kennen en elkaar spontaan vinden in het zorgproces. R5 verwoordt dit als volgt: “Dat die mekaar kennen, dat die mekaar vertrouwen en spontaan dus mekaar ook vinden in die zorg op maat.” Hier lijken fysieke nabijheid en gedeelde aanwezigheid belangrijke voorwaarden. R3 en R6 wijzen bijvoorbeeld op het belang van lokale verankering en gedeelde infrastructuur waarin samenwerking kan groeien.

Anderzijds wordt samenwerking benaderd als een functioneel georganiseerd proces, waarbij rollen, structuren en expliciete coördinatie centraal staan. R1, R4 en R5 verwijzen hierbij naar instrumenten zoals zorgcoördinatie en casemanagement, waarbij specifieke actoren verantwoordelijk zijn voor afstemming. Deze tegenstelling kan worden begrepen als een spanning tussen een relationele en een meer structurele logica van samenwerking. Waar de eerste vertrekt vanuit interactie en nabijheid, zet de tweede in op formele organisatie en sturing. Beide benaderingen richten zich op het aanpakken van fragmentatie, maar via verschillende mechanismen.

Sommige respondenten, zoals R5, combineren beide perspectieven door zowel spontane interactie als expliciete coördinatie te benadrukken. Deze spanning vertaalt zich in concrete organisatorische keuzes. Zo ontstaat discussie over de rol van een zorgcoördinator: moet deze ingebed zijn in een vast team, of eerder gekoppeld worden aan een individuele patiënt? Het

eerste impliceert structurele verankering, terwijl het tweede meer flexibiliteit biedt, maar mogelijk de werkbaarheid beïnvloedt.

Ook de organisatie van teams weerspiegelt deze spanning. Enerzijds beschrijven respondenten zoals R3 en R6 samenwerking als ingebed in relatief stabiele, lokale netwerken waarin afhankelijk van de noden van de patiënt actoren worden samengebracht. Dit model combineert structurele verankering met flexibiliteit. Anderzijds hanteren respondenten zoals R1 en R4 een meer gedecentraliseerde benadering, waarin zorgverleners primair vanuit hun eigen rol opereren en coördinatie verlopen via gedeelde informatie, bijvoorbeeld via patiëntendossiers. Interdisciplinair overleg wordt hierbij selectief ingezet.

Daarnaast komt samenwerking ook naar voren in concrete praktijken, zoals gezamenlijke consultaties (R3), waarbij meerdere specialisten gelijktijdig rond een patiënt werken. Dit wijst op een verschuiving van discipline-georiënteerde naar meer geïntegreerde vormen van zorgorganisatie. Een bijkomend element betreft de toegang tot het systeem. R5 stelt een centrale toegangspoort voor, terwijl andere respondenten, zoals R3, eerder vertrekken vanuit bestaande toegangspunten zoals de huisarts. Ook hier ontstaat een spanning tussen centralisatie en spreiding van toegang.

Samengevat lijkt er brede overeenstemming te bestaan over het belang van samenwerking, maar vormt de concrete organisatie ervan een belangrijke bron van variatie en spanning. Deze situeren zich onder meer tussen relationele en structurele benaderingen, en vertalen zich in keuzes rond coördinatie, teamvorming en toegang.

5.3.7.1 Vergelijkende patronen

De verschillende invullingen van samenwerking lijken samen te hangen met de positie van respondenten binnen het zorgsysteem. Respondenten die dicht bij praktijk en implementatie staan (zoals R3 en R6) benadrukken vaker de relationele dimensie, met nadruk op nabijheid en informele afstemming. Respondenten in politieke of politiek-administratieve functies (R1, R4 en R5) benaderen samenwerking vaker vanuit structuren, rollen en coördinatiemechanismen. Voor hen lijkt samenwerking sterker te worden begrepen als iets dat georganiseerd en ondersteund moet worden via beleidsinstrumenten.

Dit suggereert een spanning tussen een praktijkgerichte en een systeemgerichte benadering van samenwerking. Waar implementatieactoren vertrekken vanuit interactie, vertrekken beleidsactoren eerder vanuit organisatie en sturing. Voor bestuursniveau en ervaringsduur lijken geen duidelijke aanvullende patronen zichtbaar, wat erop wijst dat vooral de aard van de rol samenhangt met de invulling van samenwerking.

5.3.8 Bestuursniveau

Ook op het vlak van bestuursniveau lijkt er op het eerste gezicht een zekere mate van overeenstemming. Respondenten geven aan dat geïntegreerde zorg een interfederale samenwerking vereist, waarbij verschillende beleidsniveaus op elkaar afgestemd moeten worden. Bij nadere analyse blijken echter verschillen in hoe deze afstemming moet worden georganiseerd. Deze verschillen kunnen worden begrepen als variaties in de manier waarop de vereiste van coördinatie tussen beleidsniveaus organisatorisch wordt ingevuld.

Een centrale spanning situeert zich tussen bottom-up en top-down benaderingen van beleidsvorming. R4 legt nadruk op een bottom-up logica, waarin lokale praktijken en experimenten het uitgangspunt vormen voor beleidsontwikkeling. R5 beschrijft eerder een top-down benadering, waarbij kaders interfederaal worden ontwikkeld en lokaal worden ingevuld. Sommige respondenten, zoals R3, combineren beide benaderingen door lokale experimenten te verbinden met bredere beleidskaders.

Daarnaast wordt gewezen op de complexiteit van de Belgische staatsstructuur. Zoals R2 aangeeft: “de moeilijkheidsgraad [...] is [...] de staatsstructuur van België [...] en het feit dat wij zo met al die verschillende partijen aan tafel moeten gaan zitten.” Deze complexiteit wordt echter niet uitsluitend negatief beoordeeld. R2 suggereert dat deze onderhandelingen ook kunnen bijdragen aan een bredere consensus, wat wijst op een spanning tussen efficiëntie en legitimiteit.

Daarnaast verwijzen respondenten naar mogelijkheden van asymmetrische samenwerking tussen deelstaten. Dit lijkt te wijzen op experimenteerruimte binnen het bestuur, waarin verschillende vormen van samenwerking worden getest afhankelijk van context en beleidsdomein. Tot slot komt een spanning naar voren tussen uniformiteit en maatwerk. Enerzijds is er behoefte aan gemeenschappelijke kaders, anderzijds aan ruimte voor lokale differentiatie. Deze spanning sluit aan bij eerdere spanningsvelden rond standaardisering en flexibiliteit.

5.3.8.1 *Vergelijkende patronen*

De verschillen in visie op sturing lijken samen te hangen met de positie van respondenten binnen het zorgsysteem. Respondenten die dicht bij de praktijk staan (R3 en R6) benadrukken vaker het lokale niveau, waar geïntegreerde zorg concreet vorm krijgt. Respondenten in politieke en beleidsmatige functies (R1, R2, R4 en R5) leggen daarentegen meer nadruk op het interfederale niveau en de nood aan coördinatie tussen beleidsstructuren. Dit suggereert een spanning tussen een praktijkgerichte en een systeemgerichte benadering van sturing. Waar implementatieactoren vertrekken vanuit nabijheid en interactie, vertrekken beleidsactoren eerder vanuit organisatie en sturing.

Daarnaast sluit deze spanning aan bij een bredere tegenstelling tussen gestandaardiseerde werking en lokaal maatwerk. Sturing kan daarbij worden opgevat als een kruispunt waar verschillende logica's samenkomen. Voor bestuursniveau en ervaringsduur zijn geen bijkomende consistente patronen zichtbaar, wat suggereert dat vooral de aard van de rol samenhangt met de invulling van de sturing.

5.3.9 Digitale infrastructuur en gegevensdeling

Alle respondenten erkennen het belang van digitale infrastructuur en gegevensdeling als belangrijke randvoorwaarden voor geïntegreerde zorg. Er lijkt daarmee een zekere mate van overeenstemming te bestaan over de nood aan informatie-uitwisseling en inzicht in zorgtrajecten binnen een geïntegreerd systeem. Tegelijk suggereren de interviews dat de concrete implementatie van deze systemen nog in ontwikkeling is. Respondenten verwijzen naar bestaande initiatieven zoals BelRAI en Alivia, maar geven aan dat deze niet altijd optimaal functioneren en dat verdere interoperabiliteit tussen systemen en beleidsniveaus nodig blijft.

Een centrale spanning betreft de toegang tot gegevens. Enerzijds wordt het belang van gedeelde dossiers en informatie-uitwisseling benadrukt. Anderzijds geven verschillende respondenten aan dat toegang tot gegevens gedifferentieerd moet zijn. Waar patiënten idealiter volledige inzage hebben, wordt voor professionals en mantelzorgers vaak een meer selectieve toegang voorgesteld, afhankelijk van hun rol en betrokkenheid.

Daarnaast komt een spanning naar voren tussen gegevensdeling en privacy. Zo wijst R3 op beperkingen binnen de huidige regelgeving: “met de huidige GDPR-wetgeving is het nog niet mogelijk om echt met een gedeeld elektronisch dossier te werken [...] binnen geïntegreerde zorg.” Dit suggereert dat digitale infrastructuur niet uitsluitend een technische uitdaging vormt, maar ook samenhangt met juridische en institutionele randvoorwaarden.

Samengenomen lijkt er overeenstemming over het belang van digitale systemen, maar komen spanningen naar voren rond toegang, privacy en interoperabiliteit. Digitale infrastructuur kan daardoor worden opgevat als een noodzakelijke, maar nog niet volledig uitgewerkte voorwaarde voor geïntegreerde zorg. De spanning tussen brede informatie-uitwisseling en gecontroleerde toegang blijft daarbij centraal.

5.3.10 Kwaliteitsbewaking en toezicht

Kwaliteitsbewaking en toezicht komen minder uitgebreid aan bod in de interviews, maar de beschikbare uitspraken wijzen op een spanningslijn in de manier waarop kwaliteit wordt benaderd. R5 formuleert een visie waarin minder nadruk ligt op externe controle en meer op interne vormen van zelfregulatie binnen het veld: “wat vaak het verschil maakt [...] is als

professionals het hun eigen handelen samen versterken [...] en dat kun je niet meer gaan vatten [...] in kwaliteitskaders of meetbare normen.”

Deze benadering wijst op een spanning tussen formele, meetbare kwaliteitskaders en meer relationele, praktijkgerichte vormen van kwaliteitsbewaking. Klassieke modellen inzetten op indicatoren, monitoring en toezicht, terwijl hier eerder wordt verwezen naar een gedeelde professionele verantwoordelijkheid voor kwaliteit. Kwaliteitsbewaking lijkt daarmee te verschuiven van een extern gecontroleerd systeem naar een meer intern gedragen praktijk, gebaseerd op samenwerking en vertrouwen.

Deze benaderingen impliceren verschillende organisatorische vereisten, variërend van standaardisering en controle tot autonomie en professionele reflexiviteit. Bovendien kan deze spanning kan worden begrepen als een specifieke uitdrukking van de bredere spanning tussen centrale sturing en contextgevoelige afstemming, waarbij top-down kwaliteitscontrole en bottom-up praktijkgerichte kwaliteitsontwikkeling zich tot elkaar verhouden.

5.3.11 Innovatie

Innovatie wordt door respondenten minder systematisch besproken, maar komt impliciet naar voren in de context van crisissituaties en praktijkexperimenten. Verschillende respondenten verwijzen naar initiatieven tijdens de COVID-19-pandemie, waarbij samenwerking en innovatie tijdelijk werden versneld. Tegelijk wordt gesuggereerd dat dergelijke initiatieven niet altijd duurzaam verankerd blijven. R1 verwijst naar spontane samenwerkingen rond specifieke zorgnoden, maar wijst ook op een mogelijke kloof tussen beleid en praktijk: “als er dan vanuit de overheid modellen worden aangereikt [...] dan pakt dat eigenlijk niet op het terrein.”

Deze uitspraak wijst op een spanning tussen innovatie van onderuit en beleidsmatige verankering van bovenaf, en kan zo worden gelinkt aan de keuze tussen bottom-up of top-down beleidsvorming. Innovatie lijkt zich vaak organisch te ontwikkelen binnen de praktijk, maar wordt moeilijker te institutionaliseren bij opschaling of formalisering. Daardoor lijkt innovatie te balanceren tussen flexibiliteit en structurele inbedding. Deze spanning sluit aan bij eerdere spanningsvelden, zoals die tussen bottom-up ontwikkeling en top-down sturing. Ze wijst op verschillende vereisten voor de organisatie, waarbij enerzijds ruimte voor experiment en anderzijds mogelijkheden voor duurzame verankering nodig lijken.

5.4 Barrières tot hervorming

Hoewel barrières geen expliciete focus vormden van het onderzoek, kwamen zij wel prominent naar voren in de interviews. Respondenten verwijzen naar meerdere obstakels die elkaar lijken te versterken en zich op verschillende niveaus situeren.

Financiële barrières worden door alle respondenten aangehaald, in het bijzonder de huidige prestatiegebonden financiering. R2 wijst erop dat dit systeem perverse prikkels kan genereren: “het huidig systeem waarin dat er vaak op basis van prestaties wordt gewerkt [...] is eigenlijk een systeem dat [...] integratie van zorg wat tegenwerkt.” Deze vorm van financiering lijkt vooral kortdurende, individuele prestaties te stimuleren en laat minder ruimte voor overleg en afstemming, die net centraal staan binnen geïntegreerde zorg. Daarnaast verwijzen respondenten naar verschillen in financieringsmechanismen tussen sectoren, wat samenwerking verder kan bemoeilijken.

Tegelijk komt een paradox naar voren in de rol van financiering. Enerzijds kan financiering samenwerking belemmeren wanneer zij via prikkels en normering wordt gestuurd. Anderzijds wordt zij door dezelfde respondenten beschouwd als een belangrijk instrument om hervormingen te realiseren. Zoals R5 stelt: “We gaan sturen via governance. We gaan sturen via data. We gaan sturen via financiering.” Dit wijst op een spanningsveld tussen financiering als sturingsmechanisme en als mogelijke belemmering voor samenwerking.

Daarnaast wordt de institutionele versnippering van bevoegdheden als een belangrijke barrière genoemd. De verdeling van bevoegdheden over federale en regionale niveaus leidt tot uiteenlopende kaders, criteria en ondersteuningsmechanismen. R3 illustreert hoe dit voor zorggebruikers kan resulteren in inconsistenties. Tegelijk wordt deze versnippering niet uitsluitend negatief beoordeeld. Verschillende respondenten geven aan dat zij ook ruimte biedt voor contextgevoelige afstemming op populatienoden. Dit wijst opnieuw op een spanning tussen coördinatie en lokale differentiatie, die aansluit bij eerdere spanningsvelden rond standaardisering en maatwerk, en tussen top-down en bottom-up beleidsvorming.

Regelgevende barrières vormen een bijkomend obstakel. Respondenten (R3, R4 en R6) wijzen op uiteenlopende normen en verplichtingen per sector of discipline, die samenwerking kunnen bemoeilijken. Verantwoordingsvereisten en datagedreven verplichtingen verhogen de administratieve lasten, terwijl privacywetgeving de uitwisseling van gegevens kan beperken. Sommige normen worden bovendien als weinig afgestemd op geïntegreerde zorg ervaren. Hier tekent zich een spanningsveld af tussen controle en werkbaarheid.

Daarnaast wordt ook de definitie van geïntegreerde zorg zelf als een mogelijke bron van spanning benoemd. R2 wijst op het risico van een te breed containerbegrip:

[I]k soms ook vaak de indruk heb dat men dat een beetje gebruikt als een soort containerbegrip [...] men moet wel eens keuzes maken van dit is nu wel [...] in scope van geïntegreerde zorg en dit zit niet meer in scope.

Daartegenover stelt R5: “het zal verschillend zijn van persoon tot persoon wat geïntegreerde zorg betekent.” Dit maakt een spanning zichtbaar tussen de behoefte aan duidelijke afbakening en de erkenning van pluraliteit in betekenisgeving.

Tot slot wordt ook verwezen naar een meer conservatieve professionele cultuur. Respondenten signaleren weerstand tegen verandering, het belang dat wordt gehecht aan professionele autonomie en terughoudendheid ten aanzien van nieuwe financieringsmodellen. Zoals R1 aangeeft, is er “weinig bereidheid [...] om eigenlijk tot totaal nieuwe vergoedingsvormen te komen.” Georganiseerde samenwerking impliceert bovendien een herverdeling van verantwoordelijkheden, wat niet vanzelfsprekend wordt aanvaard. In dat verband wijst R6 op het belang van leiderschap voor het realiseren van verandering.

Een bijkomende barrière situeert zich op het niveau van opleiding en professionalisering. Verschillende respondenten (R2, R3 en R6) geven aan dat huidige opleidingen nog onvoldoende inzetten op interdisciplinaire en intersectorale samenwerking, wat de ontwikkeling van een gedeelde praktijk kan bemoeilijken. Tegelijk wordt gesuggereerd dat opleidingen net een hefboom kunnen vormen door samenwerking sterker te integreren in de basisvorming.

Samengevat suggereren de interviews dat barrières tot hervorming zich op meerdere niveaus situeren (financieel, institutioneel, regelgevend, cultureel en educatief) en elkaar wederzijds beïnvloeden. De spanningen die hierbij zichtbaar worden, zoals tussen sturing en flexibiliteit, afbakening en pluraliteit, en autonomie en samenwerking, wijzen erop dat de implementatie van geïntegreerde zorg niet uitsluitend een technische, maar ook een normatieve en organisatorische uitdaging vormt.

5.5 Toekomstperspectief

Respondenten formuleren over het algemeen een voorzichtig optimisme over de toekomst van geïntegreerde zorg. Zo schetst R2 een toekomst waarin geïntegreerd denken meer vanzelfsprekend wordt en functioneert als een soort “automatische piloot”. Tegelijk wordt benadrukt dat deze evolutie tijd vergt en mogelijk nooit volledig afgerond zal zijn. Zoals R5 aangeeft: “perfect zal het nooit zijn. Maar als we continu kunnen leren en continu vooruitgaan, dan lijkt mij dat een realistischer en een eerlijker toekomstbeeld.” In dezelfde lijn stelt R4 dat

geïntegreerde zorg eerder als een continu evolutief proces kan worden begrepen dan als een eindtoestand.

Binnen deze toekomstvisies tekent zich een eerste spanningslijn af rond de aard van verandering. Waar sommige respondenten impliciet uitgaan van een ingrijpende transformatie van het zorgsysteem, wijzen anderen erop dat reeds verschillende elementen van geïntegreerde zorg aanwezig zijn. Zoals R3 aangeeft: “dus ik weet niet of dat alles hervormd moet worden.” Dit suggereert een spanningsveld tussen een hervormingslogica en een meer geleidelijke, voortbouwende benadering van verandering. Deze verschillende perspectieven impliceren uiteenlopende organisatorische verwachtingen, variërend van fundamentele aanpassingen van structuren tot het verder ontwikkelen en bijsturen van bestaande praktijken.

Een tweede spanningslijn situeert zich op meta-niveau, met name in de betekenis van geïntegreerde zorg zelf. Voor sommige respondenten lijkt geïntegreerde zorg een doel op zich, terwijl anderen het expliciet als middel positioneren. R6 stelt bijvoorbeeld: “Geïntegreerde zorg is dan een middel. Maar geen doel.” R5 omschrijft het eerder als een “normatief kompas”. Dit wijst op een spanning tussen geïntegreerde zorg als richtinggevend principe enerzijds en als instrumenteel middel anderzijds. Deze uiteenlopende interpretaties gaan gepaard met verschillende verwachtingen ten aanzien van de organisatie, bijvoorbeeld als gewenste eindtoestand of als middel om andere beleidsdoelstellingen te realiseren.

Tot slot benadrukken respondenten dat de realisatie van geïntegreerde zorg afhankelijk blijft van bredere systeemvoorwaarden. R1 wijst in dit verband op het belang van urgentie, beleidsvisie en veranderingscapaciteit. Hervormingen vergen niet alleen inhoudelijke keuzes, maar ook voldoende draagvlak, investeringen en aandacht voor change management. Dit suggereert dat geïntegreerde zorg niet enkel een inhoudelijke heroriëntatie vraagt, maar ook samenhangt met bredere organisatorische en culturele processen. De realisatie ervan lijkt afhankelijk van een reeks onderling verbonden voorwaarden, die zich slechts geleidelijk ontwikkelen en voortdurende bijsturing vereisen.

Tabel 4*Overzicht beleidslogica's op basis van de interviews*

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Niveau	Federaal	Federaal	Vlaams	Vlaams	Vlaams	Vlaams
Rol	Politiek-administratief	Politiek	Projectmatig	Politiek	Politiek-administratief	Veldorganisatie
Ervaring	Lang	Middellang	Kort	Middellang	Lang	Lang
Focus zorgbenadering	Populatie/preventie	Systeem-performantie	Patiëntgericht	Patiëntgericht	Patiëntgericht	Populatie/preventie
Zorgvisie	Sociaal en contextueel	Organisatorisch/sturend	Relationeel en lokaal	Relationeel, lokaal en maatschappelijk ingebed	Relationeel en systemisch geïntegreerd	Sociaal en contextueel
Hervormingsvisie	Systeem herdenken richting samenleving	Huidige structuur verbeteren	Zorg herorganiseren	Zorg herorganiseren	Integratie en balans tussen doelstellingen	Systeem herdenken richting samenleving
Beleidslogica	Sociaal-transformatief, met efficiëntie-component	Zorgcoördinerende efficiëntie	Relationeel-afstemmend	Relationeel-afstemmend, met sociaal element	Hybride integratielogica	Sociaal-transformatief

5.6 Conclusie interviewstudie

Hoewel veel bevindingen aansluiten bij de beleidsdocumentanalyse, maken de interviews verschillen explicieter zichtbaar. Respondenten wijken niet noodzakelijk fundamenteel af van beleidsvisies, maar vullen deze op uiteenlopende manieren in en leggen andere accenten. Daarnaast tonen de interviews dat spanningen niet enkel analytisch te onderscheiden zijn, maar ook daadwerkelijk worden ervaren en benoemd door actoren. Dit onderstreept dat geïntegreerde zorg niet alleen een beleidsconcept is, maar ook een praktijk waarin tegenstellingen actief moeten worden gehanteerd. In wat volgt wordt deze variatie gesynthetiseerd in een aantal onderliggende beleidslogica's die deze verschillen en spanningen helpen structureren.

5.6.1 Dominante beleidslogica's

De analyse van de interviews suggereert dat de variatie in hoe respondenten geïntegreerde zorg invullen kan worden begrepen aan de hand van vier onderliggende beleidslogica's (Tabel 4). Deze logica's werden niet vooraf vastgelegd, maar zijn abductief ontwikkeld in wisselwerking tussen de empirische analyse en de beleidslogica's uit de documentanalyse. Waar de documentanalyse een eerste typologie bood, maakt de interviewanalyse duidelijk dat bijkomende dimensies (zoals werkbaarheid en de concrete organisatie van zorgpraktijken) noodzakelijk zijn om deze variatie beter te begrijpen.

De beleidslogica's drukken verschillende manieren uit waarop respondenten omgaan met spanningen binnen geïntegreerde zorg, en kunnen worden geanalyseerd langs drie samenhangende dimensies:

- 1) de focus van de zorgbenadering (individueel patiëntgericht versus populatiegericht);
- 2) de zorgvisie (hoe zorg wordt georganiseerd en begrepen);
- 3) de hervormingsvisie (welke richting verandering moet uitgaan).

5.6.1.1 *Zorgcoördinerende efficiëntielogica*

Een eerste logica kan worden omschreven als een zorgcoördinerende efficiëntielogica, die het duidelijkst naar voren komt bij R2, en in beperktere mate bij R1. Binnen deze logica ligt de focus van de zorgbenadering niet op individuele patiëntnaden of op bredere sociale determinanten, maar op systeemperformantie. Zorg wordt gezien als een complex geheel dat zo efficiënt mogelijk moet functioneren. Dit gaat gepaard met een zorgvisie die organisatorisch en sturend is, waarbij afstemming wordt gerealiseerd via structuren, regels en instrumenten.

De hervormingsvisie binnen deze logica richt zich vooral op het verbeteren van bestaande structuren en processen, eerder dan op fundamentele systeemverandering. Fragmentatie wordt hier begrepen als een probleem van inefficiëntie en gebrekkige coördinatie, dat moet worden opgelost via standaardisering, sturing en optimalisatie.

R2 sluit hier het meest uitgesproken bij aan, met een duidelijke focus op systeemperformantie en een nadruk op organisatorische sturing. R1 vertoont elementen van deze logica, maar combineert deze met andere accenten (zie derde logica), waardoor deze respondent niet eenduidig binnen één logica kan worden geplaatst. Deze logica gaat gepaard met spanningen tussen efficiëntie en kwaliteit, en tussen centrale sturing en flexibiliteit.

5.6.1.2 Relatieve-afstemmende zorglogica

Een tweede logica betreft een relationeel-afstemmende zorglogica, die dominant is bij R3 en R4, en ook duidelijk aanwezig is bij R5. Binnen deze logica ligt de focus van de zorgbenadering op patiëntgerichtheid. Zorg wordt begrepen als een relationeel proces dat vorm krijgt in interacties tussen zorgverleners en zorggebruikers, vaak binnen een lokale context. Dit vertaalt zich in een zorgvisie die relationeel en lokaal georganiseerd is, waarbij afstemming tot stand komt via overleg, vertrouwen en samenwerking.

De hervormingsvisie richt zich hier op het herorganiseren van zorgpraktijken en samenwerkingsvormen, eerder dan op systeemniveau-ingrepen. Fragmentatie wordt begrepen als een gebrek aan samenhang in de zorgervaring en in de interactie tussen actoren, en wordt aangepakt via intensievere samenwerking en lokale verankering.

Binnen deze logica is er interne variatie zichtbaar. R3 legt de nadruk op de praktische organisatie van samenwerking en concrete werkprocessen, terwijl R4 deze relationele benadering explicieter koppelt aan een bredere maatschappelijke en contextuele inbedding van zorg. R5 vertoont eveneens elementen van deze logica, maar combineert deze met systemische en integratieve accenten (zie vierde logica). Deze logica benadrukt spanningen tussen autonomie en afstemming, en tussen lokale flexibiliteit en bredere coördinatie.

5.6.1.3 Sociaal-transformatieve gezondheidslogica

Een derde logica kan worden omschreven als een sociaal-transformatieve gezondheidslogica, die het sterkst naar voren komt bij R6 en ook duidelijk aanwezig is bij R1. Binnen deze logica verschuift de focus van de zorgbenadering van individuele patiëntenzorg naar populatie en preventie. Zorg wordt begrepen als een sociaal en contextueel ingebed fenomeen, waarbij gezondheid samenhangt met bredere maatschappelijke determinanten. Dit vertaalt zich in een zorgvisie die expliciet sociaal en contextueel georiënteerd is.

De hervormingsvisie in deze logica is gericht op het herdenken van het zorgsysteem in relatie tot de samenleving. Verandering wordt niet beperkt tot optimalisatie van bestaande

structuren, maar impliceert een bredere heroriëntatie van hoe zorg wordt georganiseerd en ingebed in maatschappelijke contexten. Fragmentatie wordt hierbij niet enkel gezien als een organisatorisch probleem, maar ook als een gevolg van een beperkte aansluiting tussen zorg en sociale leefwereld.

R6 vertegenwoordigt deze logica het meest uitgesproken, met een duidelijke nadruk op populatie, context en maatschappelijke determinanten. R1 sluit hier gedeeltelijk bij aan, maar combineert dit met een meer systeemgerichte en efficiëntiegerichte benadering, wat leidt tot een hybride profiel tussen logica's. Deze logica legt een sterke nadruk op spanningen tussen individuele en collectieve benaderingen, en tussen reactieve en preventieve zorg.

5.6.1.4 Hybride integratielogica

Een vierde logica kan worden omschreven als een hybride integratielogica, en komt het duidelijkst tot uiting bij R5. In tegenstelling tot de andere logica's vertrekt deze benadering niet vanuit één dominante focus, maar vanuit het expliciet combineren van verschillende perspectieven. De focus van de zorgbenadering omvat zowel patiëntgerichtheid als aandacht voor systeem en context. De zorgvisie is zowel relationeel als systemisch geïntegreerd, waarbij samenwerking en coördinatie niet tegenover elkaar worden geplaatst, maar gecombineerd worden. De hervormingsvisie richt zich op het zoeken naar een evenwicht tussen verschillende doelstellingen, eerder dan op één duidelijke richting van verandering.

Wat deze logica onderscheidt, is dat spanningen (bijvoorbeeld tussen efficiëntie en kwaliteit, of tussen individuele en collectieve benaderingen) niet impliciet blijven, maar expliciet worden erkend en geïntegreerd in het denken over zorgorganisatie. Geïntegreerde zorg wordt hier opgevat als een proces van continu balanceren tussen verschillende vereisten, eerder dan als het realiseren van één dominant model.

5.6.1.5 Slotreflectie

De verschillende beleidslogica's komen in de praktijk niet strikt gescheiden voor. Respondenten combineren elementen uit verschillende zorgbenaderingen, zorgvisies en hervormingsvisies. In veel gevallen gebeurt deze combinatie impliciet, als gevolg van concrete praktijkervaringen. R1 vormt hiervan een duidelijk voorbeeld door elementen van zowel de sociaal-transformatieve als de efficiëntiegerichte logica te combineren. R5 onderscheidt zich doordat deze meervoudigheid niet enkel impliciet aanwezig is, maar ook expliciet wordt erkend en geïntegreerd in de conceptualisering van geïntegreerde zorg. Dit onderstreept dat beleidslogica's niet moeten worden begrepen als strikt afgebakende categorieën, maar eerder als analytische hulpmiddelen om variatie en spanningen in de invulling van geïntegreerde zorg inzichtelijk te maken.

5.6.2 Vergelijkende patronen in dominante beleidslogica's

Wanneer de beleidslogica's worden gerelateerd aan de achtergrondkenmerken van respondenten, kan worden nagegaan in welke mate deze kenmerken samenhangen met het hanteren van specifieke logica's. In deze analyse worden patronen opgevat als terugkerende verbanden tussen deze kenmerken en de dominante combinatie van zorgbenadering (focus), zorgvisie en hervormingsvisie.

Een eerste patroon lijkt zich te situeren bij respondenten op federaal niveau. Zowel R2 als, in beperkte mate, R1 vertonen kenmerken die aansluiten bij een zorgcoördinerende efficiëntielogica. Deze respondenten leggen de nadruk op systeempersistentie als dominante focus van zorgbenadering, combineren dit met een organisatorisch-sturende zorgvisie en hanteren een hervormingsvisie die gericht is op het verbeteren van bestaande structuren en processen. Geïntegreerde zorg wordt binnen deze benadering in belangrijke mate opgevat als een vraagstuk van systeemorganisatie en coördinatie. De vereisten van afstemming en efficiëntie worden daarbij vaker vertaald in een voorkeur voor gestandaardiseerde en centraal gecoördineerde oplossingen. Dit wijst op een mogelijke samenhang tussen deze logica en het schaalniveau waarop deze actoren opereren, hoewel deze samenhang niet exclusief is, aangezien R1 deze logica combineert met andere accenten.

Een tweede patroon tekent zich mogelijk af bij R3 en R4, die beiden een relationeel-afstemmende zorglogica hanteren en actief zijn op Vlaams niveau. In hun geval ligt de focus van zorgbenadering op patiëntgerichtheid, wordt zorg begrepen vanuit een relationele en lokaal ingebedde zorgvisie, en richt de hervormingsvisie zich vooral op het herorganiseren van zorgpraktijken en samenwerkingsvormen. De vereisten van geïntegreerde zorg worden hierbij ingevuld via nabijheid, interactie en lokale organisatievormen.

Tegelijk blijkt deze logica niet eenduidig herleidbaar tot één verklarende factor. Zo verschilt de concrete invulling: R3 legt sterker de nadruk op operationele organisatie en praktische processen, terwijl R4 deze benadering explicieter koppelt aan maatschappelijke en contextuele inbedding. Bovendien hanteert R6, die eveneens dicht bij de praktijk staat, een andere (sociaal-transformatieve) logica. Dit suggereert dat praktijknabijheid op zich geen afdoende verklaring vormt.

Deze vaststelling wijst erop dat de relatie tussen institutionele positie en beleidslogica niet lineair is. De relationeel-afstemmende logica lijkt daarom niet uitsluitend voort te komen uit kenmerken zoals bestuursniveau, rol of ervaring, maar hangt ook samen met een specifieke interpretatie van zorg waarin patiëntgerichtheid, nabijheid en samenwerking centraal staan. Binnen deze logica blijft bovendien variatie bestaan in de mate waarin zorg wordt verbonden met een bredere sociale context.

Voor de sociaal-transformatieve gezondheidslogica kan evenmin een duidelijk patroon worden vastgesteld in termen van bestuursniveau of rol. Deze logica komt naar voren bij R6, maar ook bij R1 en in beperktere mate bij R4, ondanks hun uiteenlopende posities binnen het systeem. Wel lijkt deze logica vaker voor te komen bij respondenten met een langere ervaring (zoals R1, R5 en R6). Dit kan erop wijzen dat deze benadering minder rechtstreeks samenhangt met institutionele positie, en eerder verbonden is met normatieve opvattingen over zorg en een langetermijnperspectief. De nadruk op populatie, preventie en maatschappelijke inbedding gaat hierbij gepaard met een hervormingsvisie die verder reikt dan het verbeteren van bestaande structuren en eerder gericht is op bredere systeemverandering.

De hybride integratielogica neemt binnen deze analyse een bijzondere positie in en komt voornamelijk naar voren bij R5. Deze logica vertoont geen duidelijk patroon in termen van gedeelde achtergrondkenmerken met andere respondenten. Wat deze respondent onderscheidt, is niet zozeer een specifieke positionering op één dimensie, maar het expliciet combineren van verschillende zorgbenaderingen (patiëntgericht én contextueel), zorgvisies (relationeel én systemisch) en hervormingsvisies (balans tussen doelstellingen). Binnen deze benadering worden spanningen (bijvoorbeeld tussen patiëntgerichtheid, systeemsturing en maatschappelijke inbedding) niet impliciet opgelost, maar expliciet erkend en geïntegreerd in de manier waarop over zorgorganisatie wordt nagedacht. Deze logica kan daardoor worden begrepen als een meer reflexieve benadering, waarin geïntegreerde zorg wordt opgevat als een voortdurende afweging tussen verschillende, soms moeilijk combineerbare vereisten.

Globaal genomen suggereren deze bevindingen dat slechts gedeeltelijke en contextgebonden patronen kunnen worden vastgesteld. Waar het bestuursniveau enige samenhang lijkt te vertonen met een meer systeemgerichte benadering, en een praktijkgerichte oriëntatie vaker gepaard gaat met een relationele benadering, lijkt de sociaal-transformatieve logica minder sterk gebonden aan dergelijke kenmerken.

De variatie tussen respondenten situeert zich daarmee minder in de doelstellingen die zij belangrijk achten, en meer in de manier waarop zij zorg conceptualiseren langs de dimensies van zorgbenadering, zorgvisie en hervorming, en in hoe zij de spanningen die hieruit voortvloeien vertalen naar concrete organisatorische invullingen.

6 Discussie en conclusie

6.1 Discussie

De resultaten maken duidelijk dat geïntegreerde zorg moeilijk als één eenduidig concept kan worden begrepen. Beleidsactoren delen weliswaar een aantal gemeenschappelijke uitgangspunten, maar verschillen in hoe zij deze interpreteren, prioriteren en concretiseren. Daarnaast tonen de interviews dat deze verschillen niet louter analytisch kunnen worden onderscheiden, maar ook expliciet door actoren worden ervaren. Geïntegreerde zorg verschijnt daardoor niet enkel als een beleidsmatig kader, maar als een praktijk waarin uiteenlopende vereisten voortdurend in verhouding tot elkaar moeten worden gebracht.

Om deze variatie te duiden, sluit deze studie aan bij het onderscheid tussen systeem- en leefwereldlogica's zoals uitgewerkt door Habermas. Dit onderscheid verwijst naar verschillende vormen van handelen: enerzijds doelgerichte sturing via mechanismen zoals regels, financiering en controle, en anderzijds communicatieve afstemming, gebaseerd op interactie, interpretatie en gedeelde betekenisgeving (Declercq, 1998).

Binnen deze studie komt de systeemlogica onder meer tot uiting in nadruk op efficiëntie, standaardisering en organisatorische sturing, terwijl de leefwereldlogica zichtbaar wordt in praktijken van samenwerking, overleg en patiëntgerichte afstemming. In lijn met en Kunneman functioneren deze logica's echter niet als gescheiden domeinen, maar komen zij samen in een interferentiegebied waarin zij elkaar wederzijds beïnvloeden. Hun verhouding ligt niet vast, maar wordt telkens opnieuw vormgegeven binnen concrete praktijken en contexten (Declercq, 1998). Deze benadering vormt het uitgangspunt voor de verdere interpretatie van de resultaten.

6.1.1 Interpretatie en variatie in prestatie-eisen

De bevindingen tonen dat prestatie-eisen binnen geïntegreerde zorg geen vaste betekenis hebben, maar afhankelijk zijn van interpretatie. Beleidsactoren verwijzen vaak naar kaders zoals de Sextuple Aim, maar geven hieraan uiteenlopende invullingen. Doelstellingen zoals kwaliteit, efficiëntie en populatiegezondheid krijgen verschillende accenten, afhankelijk van de gehanteerde beleidslogica. Deze variatie wordt zichtbaar in de manier waarop respondenten zorg benaderen, organiseren en hervormen. Prestatie-eisen functioneren daardoor minder als objectieve richtlijnen en eerder als open kaders die binnen specifieke contexten betekenis krijgen.

Dit kan worden begrepen vanuit het interferentiegebied tussen systeem- en leefwereldlogica's. In plaats van één dominante invulling ontstaan verschillende interpretaties

doordat doelgerichte sturing en contextuele afstemming gelijktijdig doorwerken (Declercq, 1998). De manier waarop prestatie-eisen worden ingevuld, hangt daardoor samen met hoe actoren deze verschillende logica's combineren in hun handelen.

Deze bevinding nuanceert het socio-technisch kader van Kuipers et al. (2018). Waar dit kader uitgaat van een relatief rechtstreekse vertaling van prestatie-eisen naar organisatie, laten de resultaten zien dat deze vertaling gemedieerd wordt door interpretatieve processen. De interviews maken bovendien zichtbaar dat deze interpretaties gepaard gaan met concrete afwegingen en keuzes, waardoor prestatie-eisen in de praktijk niet eenduidig richtinggevend zijn.

6.1.2 De vertaling van prestatie-eisen naar organisatie

De analyse maakt duidelijk dat organisatorische keuzes niet losstaan van de interpretatie van prestatie-eisen. Elementen zoals het bestuursniveau, samenwerking en zorgarchitectuur krijgen pas betekenis in functie van hoe deze doelstellingen worden begrepen. Samenwerking bijvoorbeeld verschijnt als middel om afstemming en continuïteit te realiseren, maar de concrete invulling varieert. In sommige benaderingen gebeurt dit via relationele interactie en lokale samenwerking, terwijl andere vertrekken vanuit expliciete coördinatie en structurele sturing. Ook sturing wordt verschillend ingevuld, variërend van centrale aansturing tot meer gedecentraliseerde, contextgevoelige vormen van organisatie.

Dit maakt zichtbaar dat organisatie geen neutraal gegeven is, maar een uitdrukking van onderliggende beleidslogica's. De vertaling van prestatie-eisen naar organisatie verloopt dan ook niet lineair, maar komt tot stand in interactie tussen verschillende logica's. Vanuit het perspectief van het interferentiegebied (Declercq, 1998) kan organisatie worden begrepen als het resultaat van voortdurende afstemming tussen deze logica's. Het is geen rechtstreekse implementatie van vooraf bepaalde doelstellingen, maar een proces waarin uiteenlopende vereisten telkens opnieuw worden gecombineerd en geordend.

6.1.3 Geïntegreerde zorg als spanningsveld

Een centrale bevinding is dat geïntegreerde zorg niet kan worden herleid tot één coherent model. In plaats daarvan komt het naar voren als een veld waarin verschillende doelstellingen en benaderingen samenkomen. De analyse toont terugkerende tegenstellingen, zoals tussen efficiëntie en kwaliteit, individuele en collectieve benaderingen, en sturing en flexibiliteit. Deze tegenstellingen blijken geen louter implementatieprobleem, maar maken deel uit van het concept zelf.

In lijn met Kunneman kunnen deze tegenstellingen worden begrepen als voortkomend uit de gelijktijdige aanwezigheid van systeem- en leefwereldlogica's binnen hetzelfde domein. Omdat deze logica's elkaar niet vervangen maar overlappen, ontstaat een dynamisch spanningsveld waarin keuzes noodzakelijk zijn (Declercq, 1998). Geïntegreerde zorg kan daardoor niet worden opgevat als de realisatie van een stabiel model, maar eerder als een proces waarin actoren zich continu positioneren ten opzichte van verschillende, soms moeilijk combineerbare vereisten.

6.1.4 Verschillen tussen actoren en beleidslogica's

De analyse laat zien dat verschillen tussen actoren niet louter individueel zijn, maar samenhangen met hun institutionele positie, rol en ervaring. Deze verschillen sluiten aan bij de beleidslogica's die in de documentanalyse en de interviews naar voren kwamen, maar krijgen in de praktijk een meer gelaagde en gecombineerde invulling. Zo kan het onderscheid tussen federale en Vlaamse actoren gedeeltelijk worden begrepen vanuit hun uiteenlopende bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Op federaal niveau ligt de nadruk vaker op systeempersormantie, coördinatie en sturing, wat aansluit bij een meer instrumenteel georganiseerde logica. Vlaamse beleidsdocumenten en actoren leggen daarentegen vaker de klemtoon op patiëntgerichtheid, samenwerking en contextuele inbedding.

De interviews tonen echter dat deze logica's niet strikt gescheiden voorkomen, maar in verschillende combinaties worden gehanteerd. Beleidslogica's blijken daardoor niet exclusief verbonden aan één bestuursniveau, maar circuleren naast elkaar binnen het bredere beleidsdiscours. Institutionele positie beïnvloedt vooral welke accenten domineren, niet welke logica exclusief wordt gehanteerd.

Verschillen tussen respondenten hangen daarnaast samen met hun concrete beleidsrol en de mate waarin zij betrokken zijn bij implementatie en praktijkgerichte werking. Hoewel alle respondenten beleidsactoren zijn, varieert hun nabijheid tot het veld. Sommige actoren opereren vooral vanuit abstracte beleidskaders en nadruk op sturing, terwijl anderen dichter bij de implementatiepraktijk staan en sterker vertrekken vanuit uitvoerbaarheid en interactie. De verschillen tussen deze perspectieven weerspiegelen uiteenlopende manieren om met dezelfde onderliggende vereisten om te gaan.

Ervaring blijkt minder eenduidig bepalend. Hoewel meer ervaren respondenten soms een bredere of meer geïntegreerde benadering hanteren, komt geen consistent patroon naar voren. Dit suggereert dat beleidslogica's niet rechtstreeks voortvloeien uit individuele kenmerken, maar samenhangen met de manier waarop actoren zich positioneren binnen hun context. Deze bevinding maakt duidelijk dat verschillen tussen actoren kunnen worden begrepen als

uitdrukkingen van verschillende positioneringen binnen het interferentiegebied tussen systeem- en leefwereldlogica's. Actoren leggen verschillende accenten in hoe zij doelgerichte sturing en contextuele afstemming combineren, wat aanleiding geeft tot variatie zonder noodzakelijk tot tegenspraak te leiden.

6.1.5 Afstemming van beleidslogica's in een gelaagde bestuursstructuur

Vanuit dit perspectief krijgen verschillen tussen beleidslogica's een andere betekenis. In plaats van louter problematisch te zijn, kunnen zij binnen een gelaagde bestuursstructuur ook complementair functioneren. Een meer systeemgerichte benadering op federaal niveau kan bijdragen aan afstemming, coördinatie en randvoorwaarden, terwijl relationele en contextgerichte benaderingen op Vlaams en lokaal niveau beter aansluiten bij concrete zorgpraktijken. Geïntegreerde zorg ontstaat daardoor niet binnen één enkel niveau, maar in de wisselwerking tussen verschillende bestuurslagen.

De resultaten tonen echter dat deze afstemming niet vanzelf gebeurt. Beleidsinitiatieven blijven soms abstract, terwijl lokale praktijken beter in staat zijn om doelstellingen te vertalen naar uitvoerbare en contextgevoelige oplossingen. Hieruit volgt dat de betekenis van beleidsdoelstellingen niet volledig wordt bepaald op centraal niveau, maar mede vorm krijgt in hun toepassing. Dit sluit aan bij het idee dat systeem- en leefwereldlogica's niet gescheiden functioneren, maar elkaar wederzijds beïnvloeden binnen concrete praktijken. De verhouding tussen beide wordt telkens opnieuw bepaald door context en interactie. Geïntegreerde zorg kan dan ook worden begrepen als het resultaat van een voortdurende afstemming tussen beleidsniveaus, waarbij algemene kaders en lokale invullingen elkaar wederzijds vormgeven.

6.1.6 Hybride logica's en implementatiepraktijken

De hybride integratielogica illustreert hoe verschillende beleidslogica's in de praktijk samenkomen. Deze logica vormt geen afzonderlijk model, maar maakt zichtbaar hoe actoren verschillende benaderingen combineren in concrete situaties. Op beleidsniveau kan differentiatie tussen logica's functioneel zijn, bijvoorbeeld om uiteenlopende doelstellingen te expliciteren. Op het niveau van implementatie moeten deze elementen echter samen worden gebracht. De hybride logica toont hoe dit gebeurt door verschillende zorgbenaderingen, zorgvisies en hervormingsvisies met elkaar te verbinden.

Daarbij verdwijnen tegenstellingen niet, maar worden ze expliciet meegenomen in het handelen. Actoren maken keuzes in functie van context, waarbij ze verschillende vereisten in verhouding tot elkaar plaatsen. Dit wijst op het belang van een reflexieve benadering, waarin men zich bewust verhoudt tot de verschillende logica's die tegelijk aanwezig zijn. Het vermogen

om deze logica's te herkennen en met elkaar in verband te brengen kan in die zin worden gezien als een centrale competentie binnen geïntegreerde zorg. Hybride praktijken illustreren hoe het interferentiegebied concreet vorm krijgt, waarbij systeem- en leefwereldlogica's niet worden gescheiden, maar in onderlinge samenhang worden gehanteerd.

6.1.7 Theoretische implicaties voor het socio-technisch kader

De resultaten tonen dat de relatie tussen prestatie-eisen en organisatie minder rechtstreeks verloopt dan het socio-technisch kader veronderstelt. In plaats van een lineaire vertaling blijkt deze relatie gemedieerd door interpretatie, context en onderliggende beleidslogica's. Dezelfde prestatie-eisen kunnen daardoor leiden tot uiteenlopende organisatorische invullingen, afhankelijk van hoe actoren deze begrijpen en toepassen. Organisatie verschijnt niet als een directe uitkomst van vooraf bepaalde doelen, maar als het resultaat van keuzes die worden gemaakt binnen een veld van meerdere, gelijktijdig aanwezige vereisten.

Deze bevinding suggereert dat het socio-technisch kader in empirische toepassingen gebaat is bij meer aandacht voor interpretatieve processen. Beleidsactoren spelen een actieve rol in het toekennen van betekenis aan prestatie-eisen, en deze betekenisgeving bepaalt hoe doelen worden vertaald naar organisatie. Daarnaast onderstrepen de resultaten het belang van een perspectief dat rekening houdt met gelaagde bestuursstructuren en met de gelijktijdige aanwezigheid van verschillende beleidslogica's. De relatie tussen prestatie-eisen en organisatie wordt daarbij niet enkel bepaald door ontwerp, maar ontstaat in interactie tussen actoren, contexten en niveaus.

Deze studie draagt zo bij aan een verfijning van het kader door zichtbaar te maken dat organisatievorming in geïntegreerde zorg niet kan worden begrepen zonder rekening te houden met interpretatie, meervoudigheid en de interactie tussen systeem- en leefwereldlogica's.

6.2 Sterktes en beperkingen

Deze studie vertrekt vanuit een kwalitatieve onderzoeksopzet gebaseerd op elite-interviews met beleidsactoren binnen het domein van geïntegreerde zorg. Een belangrijke sterkte van deze aanpak ligt in de spreiding van de steekproef over verschillende bestuursniveaus, rollen en ervaringsprofielen. Hierdoor kon variatie in perspectieven systematisch worden geanalyseerd en in verband worden gebracht met verschillen in zorgbenadering, zorgvisie en hervormingsvisie, evenals met de onderliggende beleidslogica's die deze dimensies structureren. Bovendien werd binnen de groep beleidsactoren variatie

bereikt in de mate van nabijheid tot implementatie en praktijkwerking, wat toeliet om verschillen in interpretatie te relateren aan uiteenlopende vormen van betrokkenheid bij beleid en uitvoering.

Daarnaast vormde de abductieve benadering een belangrijke meerwaarde. Door een iteratieve wisselwerking tussen literatuur, beleidsdocumenten en empirische data werd het mogelijk om het theoretisch kader niet enkel toe te passen, maar ook verder te verfijnen. Concepten zoals spanningen en beleidslogica's werden niet vooraf strikt vastgelegd, maar ontwikkeld in interactie met de empirische bevindingen. Dit liet toe om de wijze waarop actoren prestatie-eisen interpreteren en vertalen naar organisatie en hervorming op een contextgevoelige en analytisch onderbouwde manier te onderzoeken.

Tegelijk kent deze studie een aantal beperkingen. Het aantal interviews blijft beperkt tot zes respondenten, wat de generaliseerbaarheid van de resultaten begrenst. Daarnaast zijn de federale respondenten voornamelijk actief in politieke en politiek-administratieve functies, waardoor andere perspectieven op dat niveau minder aan bod komen. Bovendien konden twee geplande interviews met Vlaamse politieke actoren met ruime ervaring in eerdere hervormingen niet plaatsvinden, waardoor bepaalde aanvullende inzichten ontbreken. Ook kan de sterke inbedding van het onderzoek in de Belgische institutionele context de overdraagbaarheid van de bevindingen naar andere landen beperken.

Een bijkomende beperking betreft de interpretatieve aard van de analyse. Hoewel systematisch werd te werk gegaan, blijft de interpretatie van data onvermijdelijk mede bepaald door de onderzoeker. Het gebruik van een duidelijk analytisch kader bood houvast, maar werd tegelijkertijd flexibel gehanteerd via een abductieve benadering, zodat ruimte bleef voor inzichten die niet volledig vooraf in het kader vervat waren. Daarnaast bleek dat bepaalde thema's uit de interviews niet eenduidig konden worden ondergebracht binnen één analytische categorie, juist omdat zij verschillende dimensies van zorgbenadering, zorgvisie en hervorming met elkaar verbinden. In dergelijke gevallen werd ervoor gekozen deze elementen in meerdere categorieën te situeren, om recht te doen aan de onderlinge verwevenheid van aspecten van geïntegreerde zorg.

Tot slot speelde ook de positionering van de onderzoeker een rol. De beperkte voorkennis van meer technische aspecten, zoals financiering en digitale infrastructuur, en een grotere interesse in relationele dimensies van zorg kunnen de focus van de interviews enigszins hebben beïnvloed. Tegelijk bood het feit dat geïntegreerde zorg aanvankelijk een nieuw concept was ook een voordeel, aangezien de analyse minder werd gestuurd door vooraf bestaande aannames. Deze combinatie van afstand en betrokkenheid creëerde zowel kansen als beperkingen in de interpretatie van de data. Om hiermee om te gaan, werd tijdens het

onderzoeksproces systematisch gereflecteerd op de eigen positie en werden interpretaties zoveel mogelijk expliciet onderbouwd en consistent toegepast.

6.3 Implicaties voor onderzoek

De bevindingen van deze studie bieden verschillende aanknopingspunten voor toekomstig onderzoek en beleidsontwikkeling. In de eerste plaats onderstrepen zij het belang van een verdere verbreding van het perspectief op geïntegreerde zorg. Waar in deze studie beleidsactoren centraal staan, kan toekomstig onderzoek de analyse verdiepen door ook patiënten, mantelzorgers en andere zorggebruikers systematisch te betrekken. Dit maakt het mogelijk om de geïdentificeerde beleidslogica's en hun vertaling naar zorgorganisatie expliciet te confronteren met ervaringskennis. Daarnaast kan internationaal vergelijkend onderzoek bijdragen aan een beter begrip van de manier waarop institutionele contexten de invulling van geïntegreerde zorg en de dominante beleidslogica's structureren.

Op inhoudelijk niveau blijkt vooral de organisatie van samenwerking een centrale, maar nog onvoldoende uitgeklaarde dimensie. Zowel de concrete vormgeving van samenwerking als de rol van zorgcoördinatie vragen verdere uitdieping. Er blijft onduidelijkheid over hoe verschillende vormen van afstemming (zoals informele interactie, formele coördinatie of centrale sturing) zich tot elkaar verhouden en onder welke voorwaarden bepaalde combinaties bijdragen aan continuïteit en kwaliteit van zorg. Ook de positionering van een zorgcoördinator blijkt niet eenduidig: deze kan worden gekoppeld aan een team, aan een individuele patiënt of flexibel inzetbaar zijn. Elk van deze modellen heeft verschillende implicaties voor werkbaarheid, verantwoordelijkheid en continuïteit. Deze variatie wijst op onderliggende verschillen in zorgvisie en organisatieopvatting en vraagt verdere empirische en conceptuele uitwerking.

Daarnaast vraagt de relatief beperkte en inconsistente plaats van gezondheidsgelijkheid in de interviews om verdere aandacht. Toekomstig onderzoek kan nagaan hoe deze doelstelling zich verhoudt tot andere prestatie-eisen en waarom zij minder expliciet naar voren komt in beleidsmatige en implementatiegerichte perspectieven. Ook ecologische duurzaamheid bleef sterk onderbelicht en werd door sommige respondenten gerelativeerd of bekritiseerd. Dit roept vragen op over de plaats van deze dimensie binnen geïntegreerde zorg, zeker in het licht van internationale kaders zoals de Sextuple Aim. Verdere studie kan verduidelijken in welke mate deze doelstellingen aansluiten bij de prioriteiten en institutionele realiteit van het Belgische zorgbeleid.

In contrast hiermee kwam het welzijn van zorgmedewerkers net sterker naar voren in de interviews dan in de beleidsdocumenten, waar deze dimensie vaak minder centraal staat. Dit

wijst op een mogelijke discrepantie tussen beleidsmatige prioritering en ervaring in de praktijk, en suggereert dat verdere aandacht nodig is voor de integratie van deze dimensie in beleidskaders en organisatorische keuzes.

Ten slotte wijzen de bevindingen op het belang van verdere reflectie over de verhouding tussen centrale sturing en lokale invulling. Toekomstig onderzoek kan verkennen onder welke voorwaarden top-down- en bottom-upbenaderingen elkaar versterken en hoe een werkbaar evenwicht kan worden gevonden tussen uniformiteit en flexibiliteit in de organisatie van geïntegreerde zorg. Voor het beleid impliceert dit dat niet alleen de inhoud van hervormingen van belang is, maar ook de manier waarop verschillende beleidslogica's expliciet op elkaar worden afgestemd binnen een gelaagde bestuursstructuur.

6.4 Conclusie: geïntegreerde zorg als normatief kompas

Deze studie vertrok vanuit de vraag hoe normatieve beleidsvisies op geïntegreerde zorg worden gestructureerd in termen van prestatie-eisen, hun onderlinge prioritering en hun implicaties voor de organisatie van zorg. Door de combinatie van documentanalyse en interviews werd het mogelijk om niet alleen formele beleidsvisies te analyseren, maar ook te onderzoeken hoe deze in de praktijk worden geïnterpreteerd, verschoven en opnieuw ingevuld door beleidsactoren. De integratie van beide analysetrappen maakt zichtbaar hoe gedeelde referentiekaders samengaan met uiteenlopende invullingen, accenten en spanningen.

6.4.1 Prestatie-eisen als gedeeld maar open referentiekader

Zowel in de beleidsdocumenten als in de interviews wordt geïntegreerde zorg verbonden met een grotendeels overlappende set van prestatie-eisen, die in grote lijnen aansluit bij de dimensies van de Sextuple Aim. Elementen zoals zorgkwaliteit, populatiegezondheid, gezondheidsgelijkheid, doelmatigheid en het welzijn van zorgmedewerkers keren in beide analysetrappen terug, zij het niet systematisch of even expliciet. Dit wijst op het bestaan van een gedeeld normatief vocabularium dat richting geeft aan het denken over geïntegreerde zorg.

Tegelijk maakt de analyse duidelijk dat deze gedeelde terminologie geen uniforme invulling impliceert. Reeds in de beleidsdocumenten worden prestatie-eisen verschillend geïnterpreteerd: zorgkwaliteit wordt bijvoorbeeld relationeel ingevuld bij De Block et al. (2015), instrumenteel gestandaardiseerd bij Vandenbroucke (2025), en sociaal-contextueel verbreed bij Gennez (2024). De interviews versterken dit beeld. Beleidsactoren gebruiken vergelijkbare begrippen, maar geven hieraan uiteenlopende betekenissen, die zich vertalen in verschillende zorgbenaderingen, zorgvisies en hervormingsvisies.

Een gelijkaardige variatie doet zich voor bij populatiegezondheid en gezondheidsgelijkheid. Waar deze in beleidsdocumenten vaak als concrete beleidsdoelstellingen worden gepositioneerd, functioneren zij in de interviews ook als bredere oriëntaties of organiserende principes. Dezelfde begrippen krijgen zo, afhankelijk van context en actor, een andere inhoudelijke invulling. Hieruit volgt een eerste centrale conclusie: prestatie-eisen vormen een gedeeld maar open referentiekader, waarvan de betekenis niet vastligt, maar voortdurend wordt geproduceerd en heronderhandeld in beleidspraktijken.

6.4.2 Prioritering zonder expliciete hiërarchie

Op het niveau van prioritering ontstaat een gelijkaardig spanningsveld tussen expliciete principes en feitelijke praktijk. Zowel in de beleidsdocumenten als in de interviews wordt benadrukt dat prestatie-eisen in onderlinge balans moeten worden nagestreefd, zonder formele hiërarchie. De analyse toont echter dat deze afwezigheid van expliciete hiërarchisering niet betekent dat alle doelstellingen gelijk worden gewogen. In de beleidsdocumenten komen duidelijke accenten naar voren, waarbij respectievelijk zorgkwaliteit (De Block et al., 2015), doelmatigheid (Vandenbroucke, 2025) en gezondheidsgelijkheid (Gennez, 2024) een centrale plaats innemen. Deze patronen wijzen op onderliggende beleidslogica's die bepaalde doelen systematisch voorrang geven.

Ook in de interviews manifesteert zich een impliciete ordening. Zorgkwaliteit fungeert vaak als dominante referentie, terwijl populatiegezondheid en gezondheidsgelijkheid sterker variëren in belang. Doelmatigheid wordt regelmatig gerelativeerd of als afgeleide doelstelling benaderd. Opvallend is bovendien dat het welzijn van zorgmedewerkers in de interviews meer gewicht krijgt dan in de beleidsdocumenten, wat wijst op een verschuiving wanneer beleidsconcepten worden geconfronteerd met implementatiepraktijken. De tweede conclusie luidt dan ook dat prioritering zelden expliciet wordt gemaakt, maar wel degelijk structureel aanwezig is. Deze impliciete ordening hangt samen met institutionele positie, rol en beleidslogica's, en beïnvloedt hoe geïntegreerde zorg concreet vorm krijgt.

6.4.3 Spanningen als structureel onderdeel van geïntegreerde zorg

De combinatie van uiteenlopende prestatie-eisen en impliciete prioriteiten leidt tot spanningen die zowel in de beleidsdocumenten als in de interviews zichtbaar worden. Waar deze spanningen in beleidsdocumenten vaak impliciet blijven, worden zij in de interviews explicieter benoemd en geconcretiseerd. Respondenten verwijzen onder meer naar spanningen tussen patiëntgerichtheid en werkbaarheid, tussen individuele en populatiegerichte benaderingen, tussen preventie en acute zorg, en tussen centrale sturing en lokale

afstemming. Deze spanningsvelden zijn geen uitzonderingen, maar keren systematisch terug in de analyse.

Belangrijk is dat deze spanningen niet noodzakelijk worden gezien als problemen die opgelost moeten worden. Integendeel, verschillende respondenten benadrukken dat geïntegreerde zorg inherent meerstemmig is en dat verschil en spanning deel uitmaken van de praktijk. Geïntegreerde zorg verschijnt daardoor niet als een toestand van volledige coherentie, maar als een proces van voortdurende afweging en positionering. Dit leidt tot een derde conclusie: spanningen vormen geen neveneffect, maar een constitutief element van geïntegreerde zorg. De manier waarop actoren deze spanningen interpreteren en hanteren, structureert zowel beleidsvisies als concrete praktijken.

6.4.4 Implicaties voor de organisatie en vormgeving van zorg

Deze variatie in interpretatie, prioritering en spanningen heeft directe implicaties voor de organisatie van zorg. In lijn met het organisatie-theoretisch kader geven prestatie-eisen richting aan functionele vereisten, die vervolgens worden vertaald in organisatorische keuzes. De documentanalyse toont drie terugkerende manieren waarop dit gebeurt: via relationele integratie (nadruk op samenwerking en zorgcoördinatie), via instrumentele sturing (financiering, indicatoren en datagebruik) en via sociale verankering (lokale inbedding en toegankelijkheid). Deze kunnen worden begrepen als verschillende antwoorden op gelijkaardige uitdagingen van fragmentatie en afstemming.

De interviews maken echter duidelijk dat deze benaderingen in de praktijk zelden in zuivere vorm voorkomen. Beleidsactoren combineren elementen uit verschillende logica's en passen deze aan specifieke contexten aan. Centrale sturing wordt bijvoorbeeld gecombineerd met lokale autonomie, terwijl relationele samenwerking wordt ondersteund door structurele instrumenten. Deze combinaties creëren op hun beurt nieuwe spanningen, onder meer tussen standaardisering en flexibiliteit, of tussen efficiëntie en werkbaarheid. Dit wijst erop dat geïntegreerde zorg niet kan worden georganiseerd volgens één dominant model, maar vorm krijgt als een dynamische configuratie van keuzes.

Geïntegreerde zorg kan daarom het best worden begrepen als een normatief kompas: geen vaststaand model dat eenduidige oplossingen biedt, maar een richtinggevend kader dat actoren helpt navigeren binnen een complex en meerstemmig veld van vereisten en afwegingen. Het expliciteren van deze spanningen is daarbij niet louter een analytische oefening, maar heeft ook maatschappelijke relevantie. De manier waarop geïntegreerde zorg wordt ingevuld, bepaalt mee hoe toegankelijk, werkbaar en rechtvaardig het zorgsysteem zich zal ontwikkelen. Wanneer spanningen worden genegeerd of gereduceerd, ontstaat het risico

op een te enge benadering van zorgorganisatie. Door ze expliciet te maken en als inherent onderdeel van het beleidsproces te erkennen, ontstaat ruimte voor meer reflexieve en contextgevoelige vormen van beleidsvorming.

6.4.5 Beleidslogica's: van analytische typologie naar empirische hybriden

De vergelijking tussen beleidsdocumenten en interviews maakt duidelijk dat de in de documentanalyse geïdentificeerde beleidslogica's (relationeel-integratief, instrumenteel-sturend en sociaal-contextueel) slechts gedeeltelijk overeenkomen met de empirische realiteit van beleidsactoren. De interviews tonen dat actoren deze logica's niet eenvoudigweg overnemen, maar combineren, verschuiven en herinterpreteren in functie van concrete contexten. Dit resulteert in meer hybride configuraties, zoals de zorgcoördinerende efficiëntielogica, de relationeel-afstemmende logica, de sociaal-transformatieve logica en de hybride integratielogica.

Deze empirische logica's kunnen worden begrepen in relatie tot het onderscheid tussen systeem- en leefwereldlogica's. De zorgcoördinerende efficiëntielogica sluit aan bij een systeemgericht perspectief, met nadruk op coördinatie, sturing en performantie. De relationeel-afstemmende en sociaal-transformatieve logica's sluiten eerder aan bij een leefwereldperspectief, waarin communicatie, afstemming en betekenisgeving centraal staan. Tegelijk maakt de analyse duidelijk dat deze leefwereldlogica binnen geïntegreerde zorg een bredere invulling krijgt: zij omvat niet alleen interpersoonlijke interactie, maar ook collectieve en maatschappelijke dimensies, zoals populatiegericht werken, preventie en het aanpakken van sociale determinanten.

Hybride logica's kunnen daarbij niet worden opgevat als afzonderlijke categorieën, maar als uitdrukkingen van de manier waarop actoren zich positioneren in een context waarin meerdere logica's gelijktijdig aanwezig zijn. In lijn met het idee van een interferentiegebied worden systeem- en leefwereldlogica's niet gescheiden, maar beïnvloeden zij elkaar voortdurend. Hun onderlinge verhouding ligt niet vast, maar wordt telkens opnieuw bepaald binnen concrete beleids- en implementatiecontexten.

Waar beleidsdocumenten eerder neigen naar conceptuele afbakening, tonen beleidsactoren een meer pragmatische en contextgevoelige omgang met dezelfde principes. Dit verklaart waarom het analytisch kader op basis van de interviewdata verder moest worden verfijnd. Deze vaststelling beantwoordt de centrale onderzoeksvraag: beleidsactoren vertrekken vanuit een gedeeld referentiekader van prestatie-eisen, maar geven hieraan uiteenlopende invullingen en combineren elementen op verschillende manieren.

De overkoepelende conclusie van deze studie is dan ook dat geïntegreerde zorg niet kan worden begrepen als een coherent en eenduidig model, maar als een normatief spanningsveld waarin gedeelde doelstellingen, verschillende beleidslogica's en contextafhankelijke organisatorische keuzes samenkomen. De organisatie van geïntegreerde zorg bestaat niet uit de implementatie van een vast model, maar uit het voortdurend interpreteren en combineren van concurrerende vereisten binnen concrete beleidscontexten.

Deze studie toont bovendien dat geïntegreerde zorg niet alleen verschillende logica's samenbrengt, maar ook bijdraagt aan een verbreding van de leefwereldlogica, doordat zowel relationele als sociaal-transformatieve dimensies expliciet worden geïntegreerd in de organisatie van zorg. Geïntegreerde zorg kan in deze zin worden begrepen als een normatief kompas: een kader dat richting geeft aan keuzes binnen een complex spanningsveld, zonder een eenduidige of optimale oplossing voor te schrijven.

6.4.6 Geïntegreerde zorg als normatief kompas

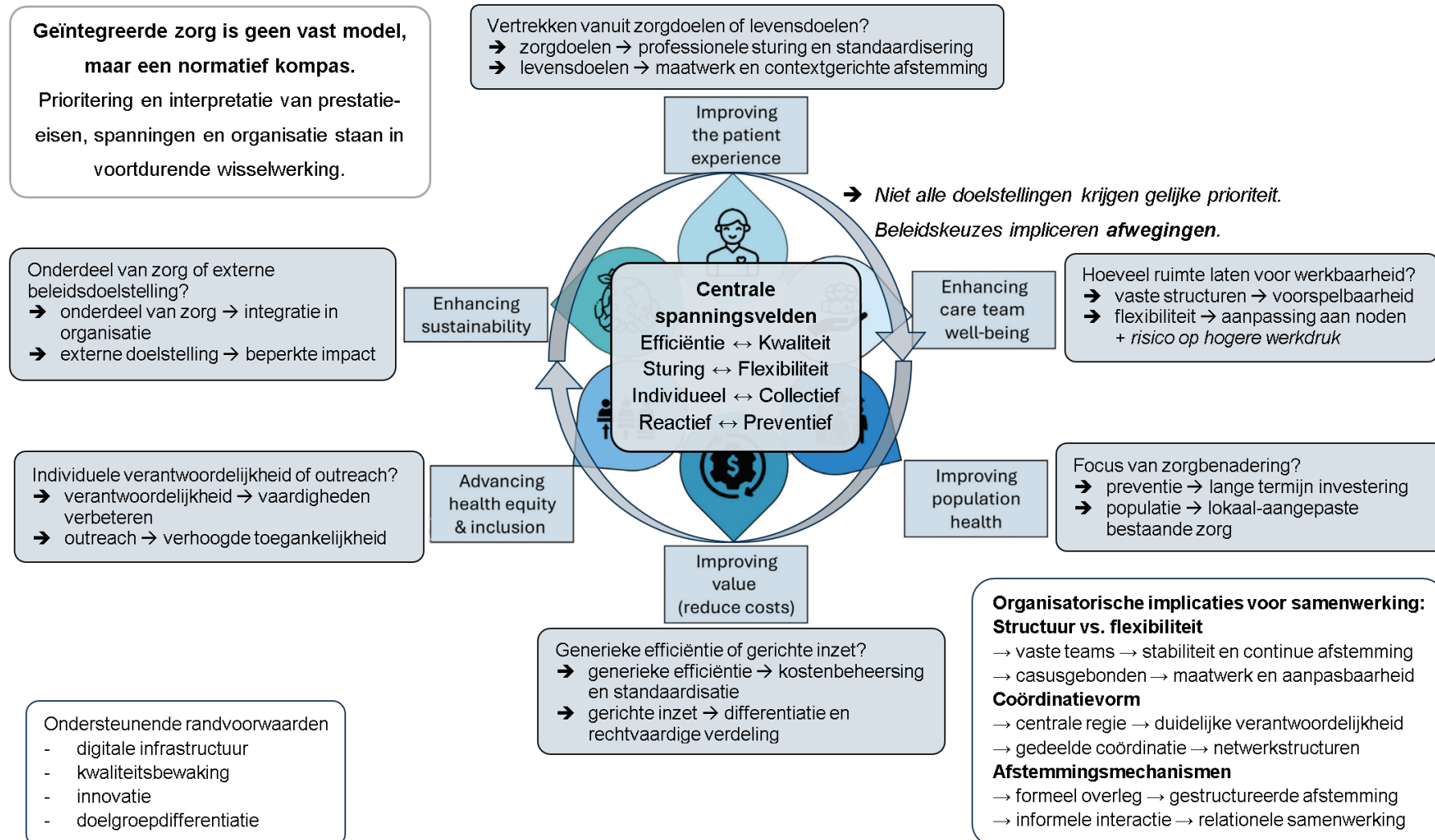
Figuur 2 vormt een synthetiserend analytisch kader dat de centrale bevindingen van deze studie samenbrengt en structureert. De figuur kan worden opgevat als een visuele representatie van geïntegreerde zorg als normatief kompas. Ze maakt zichtbaar hoe prestatie-eisen, spanningen en organisatorische keuzes niet lineair op elkaar volgen, maar in voortdurende wisselwerking staan. Deze elementen grijpen op elkaar in via de manier waarop actoren betekenis geven aan zorg en deze vertalen naar concrete praktijken. De figuur is opgebouwd uit drie analytische niveaus die in samenhang moeten worden gelezen.

In het centrum bevinden zich vier spanningsvelden die richtinggevend zijn voor de organisatie van geïntegreerde zorg. Deze spanningen drukken structurele dilemma's uit die voortkomen uit de combinatie van verschillende prestatie-eisen en die niet gelijktijdig maximaal kunnen worden gerealiseerd. Het gaat om de spanningen tussen efficiëntie en kwaliteit, tussen sturing en flexibiliteit, tussen individueel en collectief, en tussen reactief en preventief handelen.

Deze spanningsvelden vormen geen afzonderlijke keuzes, maar structureren hoe beleidsactoren prestatie-eisen interpreteren, afwegen en prioriteren. In die zin geven zij richting aan verschillen in zorgbenadering, zorgvisie en hervormingsvisie. Zo raakt de spanning tussen individueel en collectief rechtstreeks aan de vraag of zorg primair patiëntgericht of populatiegericht wordt georganiseerd, terwijl de spanning tussen sturing en flexibiliteit samenhangt met uiteenlopende opvattingen over hoe zorg best wordt georganiseerd en aangestuurd.

Figuur 2

Geïntegreerde zorg als normatief kompas: spanningsvelden, afwegingen en organisatie van zorg



Noot. Eigen bewerking en uitbreiding op basis van Figuur 1.

Rond deze kern worden de prestatie-eisen van geïntegreerde zorg weergegeven, die in grote lijnen aansluiten bij de dimensies van de Sextuple Aim, zoals patiëntgerichte zorg, populatiegezondheid, kostenefficiëntie, gezondheidsgelijkheid, duurzaamheid en het welzijn van zorgmedewerkers. De figuur maakt duidelijk dat deze prestatie-eisen geen vaste betekenis hebben, maar verschillend worden geïnterpreteerd afhankelijk van context en actor. Zo kan patiëntgerichtheid vertrekken vanuit zorgdoelen of vanuit bredere levensdoelen, wat leidt tot verschillende vormen van sturing en afstemming. Populatiegezondheid kan bijvoorbeeld worden ingevuld via preventie en langetermijnonoriëntatie, of via de organisatie en optimalisatie van bestaande zorg. Deze interpretaties zijn telkens verbonden met specifieke spanningsvelden en impliciete keuzes.

De buitenste laag concretiseert deze interpretaties in termen van organisatorische keuzes en beleidspraktijken. Dit omvat onder meer de organisatie van samenwerking en afstemming (bijvoorbeeld via vaste structuren of casusgebonden overleg), de keuze voor coördinatievormen (zoals centrale regie of gedeelde verantwoordelijkheid), en mechanismen voor overleg (formeel of informeel). Daarnaast worden ook keuzes zichtbaar rond toegankelijkheid, outreach, preventie en werkbaarheid. Op dit niveau komen verschillen tussen zorgvisies en hervormingsvisies concreet tot uiting in de manier waarop zorg wordt georganiseerd en hervormd.

Beleidslogica's worden in de figuur niet als afzonderlijke component weergegeven, maar komen impliciet tot uiting in de wijze waarop prestatie-eisen worden geïnterpreteerd en vertaald naar organisatorische keuzes. Verschillende logica's leiden daarbij niet tot andere doelstellingen, maar tot verschillende accenten in hun invulling en tot uiteenlopende manieren om met de centrale spanningsvelden om te gaan.

Het analytische nut van de figuur ligt in haar vermogen om geïntegreerde zorg niet voor te stellen als een eenduidig model, maar als een dynamisch spanningsveld waarin keuzes voortdurend worden gemaakt en herzien. De figuur kan fungeren als leesinstrument: door te vertrekken van een bepaalde interpretatie of prioritering van prestatie-eisen kan worden geanalyseerd hoe beleidsactoren zich positioneren binnen de spanningsvelden en welke implicaties dit heeft voor zorgorganisatie en hervorming.

In die zin fungeert de figuur zowel als analytisch instrument als reflectiekader. Ze maakt zichtbaar hoe verschillende visies zich tot elkaar verhouden en helpt om verschillen en raakvlakken expliciet te maken. Zo structureert de figuur de complexiteit van geïntegreerde zorg zonder deze te reduceren, en maakt ze duidelijk dat variatie in benadering geen inconsistentie hoeft te betekenen, maar kan worden begrepen als verschillende manieren waarop actoren betekenis geven aan gedeelde prestatie-eisen en omgaan met onderliggende spanningen.

7 Algemeen besluit

Samengenomen tonen de bevindingen van deze studie dat geïntegreerde zorg niet kan worden begrepen als een vaststaand model of als een coherente set van doelstellingen, maar als een dynamisch en meerstemmig beleidsproject waarin gedeelde prestatie-eisen, impliciete prioriteiten en structurele spanningen samenkomen. Beleidsvisies en de interpretaties van beleidsactoren vertrekken daarbij vanuit een herkenbaar en gedeeld conceptueel kader, maar divergeren systematisch in de manier waarop deze worden ingevuld, geprioriteerd en gecombineerd binnen concrete beleidscontexten.

De centrale onderzoeksvraag kan daarmee helder worden beantwoord: normatieve beleidsvisies op geïntegreerde zorg worden gestructureerd door een gedeeld maar open geheel van prestatie-eisen, waarvan betekenis en prioritering variëren naargelang onderliggende beleidslogica's. Deze studie toont dat deze logica's niet afzonderlijk opereren, maar gelijktijdig aanwezig zijn en in onderlinge verhouding vorm krijgen binnen een spanningsveld dat richting geeft aan uiteenlopende organisatorische invullingen van zorg. Binnen een gelaagde bestuursstructuur hangt deze variatie bovendien samen met verschillen in institutionele positie, rol en betrokkenheid, die niet louter verschillend zijn, maar wanneer expliciet gemaakt ook complementair kunnen werken.

Tegen deze achtergrond wordt in deze studie voorgesteld om geïntegreerde zorg te begrijpen als een normatief kompas: niet als een model dat oplossingen voorschrijft, maar als een analytisch kader dat zichtbaar maakt hoe actoren zich positioneren ten aanzien van vaak moeilijk combineerbare vereisten. De kern van geïntegreerde zorg ligt daarmee niet in het realiseren van één coherente invulling, maar in het expliciteren, structureren en afwegen van spanningen tussen doelstellingen, logica's en organisatorische keuzes. Beleid rond geïntegreerde zorg bestaat dan ook fundamenteel uit het hanteren van deze spanningen, eerder dan uit het opheffen ervan.

Deze interpretatie wordt theoretisch verankerd in het idee van een interferentiegebied tussen systeem- en leefwereldlogica's. De analyse maakt duidelijk dat deze logica's in de context van geïntegreerde zorg niet als strikt gescheiden domeinen functioneren, maar gelijktijdig aanwezig zijn en elkaar wederzijds beïnvloeden binnen concrete praktijken. Daarbij toont deze studie dat de leefwereldlogica niet louter beperkt blijft tot interpersoonlijke afstemming, maar ook raakt aan bredere sociale en collectieve dimensies van zorg. Deze dimensies kunnen echter niet uitsluitend binnen de leefwereld worden gesitueerd, aangezien zij tegelijk gevormd worden door systeeminterventies, zoals beleidsmatige sturing, organisatie en outreach. Dit wijst op een grensgebied waarin leefwereld en systeem in elkaar grijpen en waarin collectieve doelstellingen, zoals populatiegezondheid, tot stand komen in de wisselwerking tussen beide logica's. Geïntegreerde zorg draagt daardoor niet bij tot het

oplossen van de spanning tussen systeem en leefwereld, maar tot een verdere verdieping en verbreding van hun onderlinge verhouding.

Tegelijk levert deze studie een gerichte verfijning van bestaande theoretische kaders. Enerzijds wordt aangetoond dat de leefwereldlogica in deze context verder reikt dan louter communicatieve interactie. Anderzijds wordt zichtbaar dat de relatie tussen prestatie-eisen en organisatie, zoals verondersteld in het socio-technisch kader, in de praktijk niet lineair verloopt, maar systematisch wordt gemedieerd door interpretatie, spanningen en beleidslogica's. Daarmee verschuift het perspectief van organisatie als ontwerp naar organisatie als resultaat van voortdurende afweging binnen een meerstemmig beleidsveld.

Geïntegreerde zorg verschijnt in deze studie dan ook niet als een coherente beleidsvisie, maar als een spanningsveld waarin verschillende logica's gelijktijdig richting geven aan de organisatie van zorg. De verdere ontwikkeling van geïntegreerde zorg zal daarom minder afhangen van het formuleren van één correcte invulling, dan van de mate waarin beleidsactoren erin slagen spanningen expliciet te maken, met elkaar te verbinden en er in de praktijk doelgericht mee om te gaan. In die zin positioneert deze studie geïntegreerde zorg niet als eindpunt van hervorming, maar als een blijvend proces van afstemming binnen een complex en gedeeld veld van betekenis en handelen, waarin spanningen niet verdwijnen maar richtinggevend worden.

8 Referenties

Agentschap Zorg & Gezondheid (2017). *Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn*.

Geraadpleegd op 2 december 2025, van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/CELZ%20beleidstekst%20hervorming%20eerstelijnszorg.pdf>

Belgium.be. (z.d.). *Overheid*. https://www.belgium.be/nl/over_belgie/overheid

De Block, M., Vandeuren, J., Prévot, M., Demotte, R., Milquet, J., Gosuin, D., Vanhengel, G., ... Andoniadis, A. (2015). Gemeenschappelijke verklaring van 30 maart 2015 over de geïntegreerde zorg voor chronisch zieken. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu.

Declercq, A. (1998). In het interferentiegebied tussen systeem en leefwereld: de zorg voor dementerenden. *Tijdschrift Voor Sociologie*, 19(4). <https://doi.org/10.21825/sociologos.86457>

Departement Zorg. (z.d.). *Eerstelijnszorg*. Departement Zorg. Geraadpleegd op 2 december 2025, van <https://www.departementzorg.be/nl/eerstelijnszorg>

European Observatory on Health Systems and Policies. (2020). *Belgium: Health system review – Political context*. Geraadpleegd op 13 december 2025, van <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/belgium-2020/introduction/political-context/>

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2023, 8 november). *Protocolakkoord –Interfederaal plan geïntegreerde zorg* [Protocolakkoord].

Geraadpleegd via https://www.opgroeien.be/sites/default/files/tool-documents/20231108_imcvg_cimsp_pa_giz_si.pdf

Gennez, C. (2024). *Beleidsnota 2024-2029: Welzijn, Volksgezondheid, Gezin & Armoedebestrijding* [PDF]. Vlaamse overheid. <https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/70845>

Gerken, S., & Merkur, S. (2020). *Belgium: Health system review* (Health Systems in Transition, Vol. 22, No. 5). World Health Organization, Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf1881cd-aff-48fc-9718-a838711e9ef0/content>

Gerken, S., & Merkur, S. (2024). *Belgium: Health System Summary, 2024*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d7c86178-b23e-4bb4-b7c5-d2d8ced89ca6/content>

Githumbi, R., Barber, C. E., Bartlett, S. J., Toupin-April, K., Twilt, M., Lacaille, D., Barnabe, C., Dhiman, K., Hoens, A. M., Grebowicz, A., McMillan, T., & Widdifield, J. (2025). Canadian Rheumatology Association Guidance for Developing and Endorsing Quality Measures to Support Learning Health Systems. *The Journal Of Rheumatology*, 52(9), 934–944. <https://doi.org/10.3899/jrheum.2024-1065>

Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. (2010). *Gids naar een betere ggz door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken*. https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/interministeriele_conferentie_volksgezondheid/2010_04_26_guide_-_vlaanderenwallonie.pdf

- Itchhaporia, D. (2021). The evolution of the Quintuple Aim: Health equity, health outcomes, and the economy. *Journal of the American College of Cardiology*, 78 (22).
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.10.018>
- Kuipers, H., Van Amelsvoort, P., & Kramer, E. (2018). *Het nieuwe organiseren : alternatieven voor de bureaucratie* (3de editie). Uitgeverij Acco.
- Noor, F., Gulis, G., & Karlsson, L. E. (2023). *Exploration of understanding of integrated care from a public health perspective: A scoping review. Journal of Public Health Research*, 12(3). <https://doi.org/10.1177/22799036231181210>
- Paulus D., Van den Heede K., Mertens R. (2012). *Position paper: organisatie van zorg voor chronisch zieken in België*. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 190A. DOI: 10.57598/R190A.
- Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin. (2012, 7 december). *Visienota: Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen* [PDF]. Vlaamse overheid.
<https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/1192>
- Vandenbroucke, F. (2025, 13 maart). *Beleidsverklaring volksgezondheid* (DOC 56 0767/009).
 Kamers van Volksvertegenwoordigers.
<https://vandenbroucke.belgium.be/sites/default/files/2025-03/56K0767009.pdf>
- Vandenbroucke, F., Crevits, H., Morraele, C., Linard, B., Maron, A., Vandenbrandt, E., Trachte, B., & Antoniadis, A. (2023) *Concrete afspraken ikv interfederaal plan geïntegreerde zorg*. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Vandeurzen, J., & Steyaert, S. (2022). Inleiding. In J. Vandeurzen & S. Steyaert (Eds.), *Geïntegreerde zorg: Werken aan samenwerken* (pp. 15–23). LannooCampus.

WeCare. (2023). *Eindrapport WeCare: Programma “Interfederaal plan voor geïntegreerde zorg”*. RIZIV. Geraadpleegd op 13 december 2025, van https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/interfederaal_plan_geintegreerde_zorg_eindrapport.pdf

World Health Organization Regional Office for Europe. (2016). *Integrated care models: An overview (Working document)*. WHO Regional Office for Europe

9 Bijlagen

Bijlage 1: Formulier geïnformeerde toestemming

KU LEUVEN

FACULTEIT SOCIALE WETENSCHAPPEN
DECANAAT
PARKSTRAAT 45 BUS 3600
3000 LEUVEN, BELGIË



Geïnformeerde toestemming masterproefonderzoek

Titel van de masterproef: Geïntegreerde zorg in België: normatieve prioritering door beleidsactoren

Naam + contactgegevens promotor, begeleider en student-onderzoeker(s):

Promotor: Anja Declercq, anja.declercq@kuleuven.be

Studenten-onderzoeker: Maartje Reyniers, maart.reyniers@student.kuleuven.be

Doel en methodologie van het masterproefonderzoek: Dit masterproefonderzoek heeft tot doel te analyseren hoe Belgische beleidsactoren geïntegreerde zorg definiëren, welke doelstellingen zij prioritair achten, en welke spanningen zij waarnemen tussen verschillende beleidsdoelen (zoals zorgkwaliteit, toegankelijkheid, gelijkheid, doelmatigheid en populatiegezondheid). Het onderzoek wil zo inzicht bieden in de onderliggende beleidslogica's die geïntegreerde zorg vormgeven.

Het onderzoek maakt gebruik van semigestructureerde diepte-interviews met beleidsactoren op Vlaams en federaal niveau. De interviews worden met toestemming audio-opgenomen, verbatim getranscribeerd en thematisch geanalyseerd. De data worden indien gewenst geanonimiseerd verwerkt en uitsluitend gebruikt voor academische doeleinden.

Periode/duur van het onderzoek: Het onderzoekswerk loopt van september 2025 tot mei 2026, in het kader van de masterproef Sociologie aan KU Leuven. De interviews vinden plaats tussen maart en april 2026 en duren telkens ongeveer 45 tot 90 minuten. Gegevens worden maximaal een half jaar na voltooiing van de masterproef bewaard en vervolgens verwijderd.

- Ik heb voldoende informatie gekregen omtrent het doel van het onderzoek.
- Ik begrijp wat van mij verwacht wordt tijdens dit onderzoek.
- Ik weet dat ik zal deelnemen aan volgend interview: een semigestructureerd interview over mijn professionele visie op geïntegreerde zorg (duur: 45–90 minuten)
- Ik geef toestemming om een audio-opname te maken van het interview.
- Ik weet dat er risico's of ongemakken kunnen verbonden zijn aan mijn deelname: Er zijn geen fysieke of psychosociale risico's verbonden aan mijn deelname. Het enige mogelijke ongemak bestaat uit het delen van professionele inzichten in een opname-interview, maar dit gebeurt volledig vrijwillig en met respect voor vertrouwelijkheid en anonimisering.
- Ikzelf of anderen kunnen baat bij dit onderzoek hebben op volgende wijze: Mijn deelname kan bijdragen aan een beter begrip van de beleidslogica's en uitdagingen rond geïntegreerde

zorg. De resultaten kunnen relevante inzichten opleveren voor academisch onderzoek en voor de verdere ontwikkeling van zorgbeleid.

➤ Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is. Ik heb het recht om mijn deelname op elk moment stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden te geven en ik weet dat daaruit geen nadeel voor mij kan ontstaan.

➤ De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden en mogen gepubliceerd worden. Ik geef zelf aan op welke wijze ik wens vermeld te worden in de masterproef en eventuele latere academische publicaties. Gelieve één van de onderstaande opties aan te duiden:

☐ Volledige anonimiteit

Tenzij u zelf anders aangeeft, worden uw naam, functie en elke andere identificeerbare informatie volledig verwijderd. Citaten worden geanonimiseerd weergegeven (bv. “federale beleidsactor”).

☐ Vermelding per functie (geanonimiseerde naam)

Uw naam wordt niet vermeld, maar uw functie of rol mag worden opgenomen wanneer dit relevant is voor de interpretatie van uw antwoord (bv. “kabinetsmedewerker Volksgezondheid”, “directeur van een zorgnetwerk”).

☐ Vermelding met naam en functie

U geeft toestemming om uw naam en functie in de masterproef op te nemen wanneer dit inhoudelijk relevant is. Citaten worden dan aan u toegeschreven. Deze toestemming kan u op elk moment intrekken tot aan de definitieve indiening van de masterproef.

Ongeacht uw keuze worden uw gegevens verwerkt volgens de principes van vertrouwelijkheid en GDPR. In audio-opnames en ruwe transcripties blijft uw identiteit beschermd en krijgen uitsluitend de onderzoeker en promotor toegang.

➤ Ik weet dat er geen vergoeding voorzien is voor deelname aan het onderzoek.

➤ Ik wil graag op de hoogte gehouden worden van de resultaten van dit onderzoek. De studentonderzoeker mag mij hiervoor contacteren op het volgende e-mailadres:

➤ Voor vragen evenals voor de uitoefening van mijn rechten (inzage gegevens, correctie ervan,...) weet ik dat ik na mijn deelname terecht kan bij:

verantwoordelijke student-onderzoeker (zie hoger voor contactgegevens)

promotor of begeleider (zie hoger voor contactgegevens)

➤ Voor eventuele klachten of andere bezorgdheden omtrent ethische aspecten van deze studie kan ik contact opnemen met de Sociaal-Maatschappelijke Ethische Commissie van KU Leuven:

smec@kuleuven.be

Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen en heb antwoord gekregen op al mijn vragen betreffende deze studie. Ik stem toe om deel te nemen.

Datum:

Naam en handtekening respondent:

Naam en handtekening student-onderzoeker:

Bijlage 2: Interviewleidraad

Definiëring

1. Wat is voor u 'geïntegreerde zorg'—in eigen woorden?
 - Het mag gaan over hoe u het invult, niet over een handboekdefinitie
2. Waarom moet geïntegreerde zorg er volgens u komen?
 - Welk probleem/ ambitie staat voor u centraal?

Doelstellingen

3. Wat zijn voor u nu de 2–3 belangrijkste doelen van geïntegreerde zorg? Denk bijvoorbeeld aan de dimensies van de Sextuple Aim
 - Waarom precies deze?
 - Kunt u dat illustreren met een voorbeeld?
4. Als die bovenaan staan: wat krijgt daardoor meestal minder aandacht?
 - Bv. toegankelijkheid, kwaliteit, continuïteit, doelmatigheid, populatiegezondheid, werkbaarheid voor teams, duurzaamheid...

Spanningen

5. Waar ziet u vandaag de belangrijkste spanningen?
 - Bv. standaardisering vs. maatwerk, efficiëntie vs. nabijheid, financieel beleid vs. relationele zorg

Verdiepingen per domein (Sextuple Aim)

6. Wat betekent 'kwaliteit van zorg' voor u in de praktijk? Gaat dat vooral over nabijheid en continuïteit, of eerder over duidelijke richtlijnen en meetbare normen?
 - Met richtlijnen/indicatoren bedoel ik de standaarden/metingen waarmee we kwaliteit bewaken
7. Welke rol speelt doelmatigheid volgens u binnen geïntegreerde zorg?
8. Hoe verstaat u 'zorggelijkheid' in dit kader: vooral financiële toegankelijkheid, of ook andere drempels?
 - Bv. administratief, digitaal, cultureel
9. In welke mate speelt de werkbaarheid voor zorgverleners mee in hoe geïntegreerde zorg vorm krijgt?
 - Bv. taakverdeling, coördinatietijd, teamcohesie, registratielast...
10. Wat betekent populatiegezondheid juist voor u? Gaat het vooral om medische determinanten, of ook sociale/ leefomgeving?
11. Horen klimaat en infrastructuur volgens u intrinsiek bij geïntegreerde zorg? Indien ja, welke rol ziet u ervoor?
 - Bv. impact van klimaatcrisis op gezondheid vs. impact van gezondheidszorg op klimaat

Reikwijdte

12. Ziet u geïntegreerde zorg vooral voor chronische/ langdurige zorg, of ook voor acute situaties?
 - Wat betekent dat voor organisatie en beleid?

Vlaams–federaal (contextverschil)

13. Verschilt de invulling tussen Vlaamse en federale context?
 - Is dat vooral problematisch of juist complementair?
 - Waar merkt u dat aan?

Implicaties

14. Wat betekenen uw prioriteiten concreet voor de organisatie van zorg?

- Voorbeelden: continuïteit (doorverwijzing, dossierdeling), coördinatietijd, casemanagement, data-deling, lokale autonomie/ELZ, kwaliteitsindicatoren, administratieve vereenvoudiging

15. Welke implicaties hebben deze spanningen voor hervormingsmogelijkheden?

Toekomst

16. Hoe zou het zorg- en ondersteuningssysteem er idealiter moeten uitzien over vijf jaar, vanuit uw perspectief op geïntegreerde zorg?

- Desnoods: Schets 1 ideaalbeeld

Afsluitende vraag

17. Is er nog iets dat zeker niet mag ontbreken?

Bijlage 3: Codeboom op basis van literatuurstudie

Categorie	Subcategorie	Code
Prestatie-eisen	Zorgkwaliteit	Relationeel
		Nabijheid
		Participatie
		Zorgzame buurten
		Continuïteit
		Empowerment/zelfzorg
		Mantelzorg en omgeving
		Gestandaardiseerd (richtlijnen en indicatoren)
		Pay for performance
		Kwaliteitskader
		Kwaliteitsdecreet handhaving
		Toezicht
		Zorginspectie
	Welzijn zorgmedewerkers	Taakverdeling
		Nieuwe rollen
		Werkbaar werk
		Agressiebeleid
		Modernisering van beroepen
		Retentie
		Taakorganisatie
		Regeldruk verlagen
	Populatiegezondheid	Preventie
		Vroegdetectie
		Collectieve lokale benadering
		Ongelijkheid reduceren
		GGZ versterken
		Klimaat-/omgevingsdeterminanten
		Sociale determinanten
	Kostenreductie/ doelmatigheid	Procesdoelmatig
		HTA
		Nomenclatuur/ DRG
		P4P
	Gezondheidsgelijkheid en -inclusie	Transparantie
		Financiële toegankelijkheid
		Geografische toegankelijkheid
		MAF
		Derdebetaler
		Beperkingen supplementen
		Conventie/ tariefzekerheid
		Toeleiding/ outreach
		Automatische rechten
		Basisdienstverlening
	Ecologische duurzaamheid	VIPA
		DBFM
		Green Deal Duurzame Zorg
		Leefomgevingsdeterminanten
Probleemstelling		Fragmentatie- en coördinatieproblemen

		complexere zorgnoden en demografische druk Financiering en inefficiënt middelengebruik Organisatorische druk Toegankelijkheidsproblemen
Doelgroepen	Zorgnood op basis van gezondheidstoestand	Chronisch zieken Multimorbiditeit Functionele beperkingen Mentale gezondheidsproblematiek
		<u>Kost- en doelmatigheidslogica</u> Hoge zorgkost / hoge intensiteit Dure medicatie en innovatieve behandelingen
		<u>Sociale- en toegankelijkheidslogica</u> Sociaal kwetsbare groepen Armoede en financiële drempels Woon- en leefomstandigheden als zorgdeterminant Andere dan financiële toegankelijkheidsproblemen
	Bestuursniveau	Macroniveau Interfederaal Federaal/ nationaal
		Mesoniveau Lokaal
	Kwaliteits-bewaking	<u>Richtlijnen</u> Kwaliteitscultuur Kwaliteitsdecreet Procesindicatoren Uitkomstindicatoren Doelregelgeving
		<u>Controle</u> Handhavingsmechanismen Fraudebestrijding koppeling aan financiering (P4P) Zorginspectie 3.0
		Pilootprojecten
	Zorgarchitectuur en samenwerkings-structuren	<u>Samenwerking tussen disciplines en/of sectoren</u> Ontschotting tussen zorglijnen Coördinatie via kwaliteits- en financieringsmechanismen Loco-regionale zorgnetwerken ELZ en zorgraden Zorgzame buurten
		<u>Samenwerking tussen beleidsdomeinen</u> Health in All Policies Health & (Mental) Wellbeing in All Policies
Digitale infrastructuur en gegevensdeling	Gegevensverzameling en -deling	Gedeeld elektronisch dossier
		Only-once gegevensdeling
		e-health
		Vitalink
		Alivia
		BeIRAI
		ZorgAtlas Data Platform
		Technologische ondersteuning van geïntegreerde zorg en (interdisciplinaire) samenwerking

		Digitale instrumenten voor case management
		Digitale transitie en datasturing
		EHDS-voorbereiding en BIHR
	Digitale zorginnovaties	Telemonitoring
		Teleconsultatie
	Beveiliging	Cybersecurity
		Dataveiligheid
	Vaardigheden	Digitale inclusie
Innovatie	Technologische innovatie	
	Organisatorische innovatie	

Bijlage 4: Codeboom na analyse van interviews

Categorie	Subcategorie	Code	Verduidelijking
Prestatie-eisen	Zorgkwaliteit		Triple, Quadruple, Quintuple of Sextuple Aim
		Patiëntgericht	Zorg en/of ondersteuning afgestemd op zorgnoden of levensdoelen van de patiënt, holistisch
		Tevredenheid	
		Ontzorgend	
		Administratieve overlast verlagen	
		Toegankelijk	Bv. makkelijk de weg vinden naar de juiste zorg, begrijpbare taal
		Relationeel	
		Nabij	
		Laagdrempeligheid	
		Participatie	
		Zorgzame buurten/ vermaatschappelijking van de zorg	
		Continuïteit	
		Empowerment/zelfzorg	
		Mantelzorg en omgeving	
		Vroegdetectie	
		Gestandaardiseerd	Richtlijnen en indicatoren
	Welzijn zorgmedewerkers	Taakverdeling	
		Aangepaste financiering	Bv. voor coördinator extra betaling, financiële triggers voor samenwerking
		Gedeelde verantwoordelijkheid	
		Minder werk door preventie	
		Werkbaar werk	
		Retentie	
		Administratieve overlast verlagen	
		Gedeelde verantwoordelijkheid	
		Taakorganisatie	
	Populatie-gezondheid		
		Preventie	
		Sensibilisering/ taboe doorbreken	
		Vroegdetectie	

		Collectieve lokale benadering	O.b.v. populatienoden
		GGZ versterken	
		Klimaat-/omgevingsdeterminanten	Reactief rekening houden met gezondheidsgevolgen van deze determinanten op populatieniveau, bv. luchtvervuiling
		Sociale determinanten	Bv. mobiliteit, armoede in een bepaalde populatie
	Doelmatigheid		
		Procesdoelmatig	geen dubbel werk
		Besparingen	
	Gezondheids- gelijkheid en - inclusie	Transparantie	
		Financiële toegankelijkheid	
		Geografische toegankelijkheid	
		Toeleiding/ outreach	
		Automatische rechten	
	Ecologische duurzaamheid	Vaardigheden	Bv. lezen, oriëntatie binnen zorg, digitaal
		Leefomgevingsdeterminanten	Deze determinanten proactief aanpakken om negatieve impact ervan op de gezondheid te voorkomen en positieve impact te installeren
Probleem- stelling	Reden tot hervorming	Versnippering van zorg	
		Vergrijzing	
		Toename in chronische ziektes/aandoeningen	
		Reactieve zorg	Enkel zorg na optreden problemen, i.p.v. proactief te handelen
	Barrières voor hervorming	Personeelstekorten	
		Financiële barrières	Bv. prestatiegebonden financiering waardoor overleg niet wordt betaald, verschillen in financiering tussen sectoren
		Regelgevende barrières	Bv. tijdsgedbrek, elke instantie andere regels, verplichting van verantwoording en databased,

			privacywetgeving die gegevensdeling niet toelaat
		<u>Opleidingen</u>	Bv. niet leren samenwerken, te gespecialiseerd en te weinig brede basis
		<u>Digitaal</u>	Verskillende instanties gebruiken verschillende systemen of de systemen zijn nog niet op punt
		<u>Verskillende belangengroepen</u>	Bv. verpleegkundigen vs. gezinszorg stellen andere belangen voorop
		<u>Verschillen in definitie "geïntegreerde zorg"</u>	Bv. tussen beleidsmedewerkers of overheden
		<u>Verskillende overheden</u>	Zorgt voor bv. versnippering van de bevoegdheden, nood aan samenwerking
		<u>Gebrek aan urgentie en draagvlak (burning platform)</u>	
		<u>Conservatieve cultuur in de zorg</u>	Bv. weigering verandering in financieel systeem of inboeten aan autonomie
		<u>Commercialisering van zorg</u>	Bv. zelfstandigen die prijzen opdrijven
		<u>Druk vanuit geopolitieke situatie op systeem</u>	
Doelgroepen	Zorgnood op basis van gezondheids-toestand	Chronisch zieken	
		Ouderen	
		Multimorbiditeit	
		Functionele beperkingen	
		Mentale gezondheidsproblematiek	
		Persoon met zorg- en/of ondersteuningsnood	
		Complexe hulp-, zorg- of ondersteuningsvraag	Gelijktijdig een fysieke, psychische, psychiatrische en/of sociale zorgnood
		NIET voor acute problemen	Acute problemen die geen langdurige of complexe zorg of ondersteuning vereisen dienen niet te worden

			meegenomen in de hervorming tot geïntegreerde zorg maar mag ernaast blijven bestaan zoals het nu is
	<u>Kost- en doelmatigheids-logica</u>	<u>Hoge zorgkost / hoge intensiteit</u>	Groepen die veel middelen en/of zorg vergen
	<u>Sociale- en toegankelijkheids-logica</u>	<u>Sociaal kwetsbare groepen</u>	'Kwetsbaarheid' in brede en normatieve zin
		<u>Armoede en financiële drempels</u>	Groepen met problemen met betaalbaarheid, armoede of lage inkomens
		<u>Woon- en leefomstandigheden als zorgdeterminant</u>	Groepen waarbij huisvesting, instabiliteit, dakloosheid of leefomgeving centraal staan
		<u>Andere dan financiële toegankelijkheids-problemen</u>	Groepen met bv. administratieve, digitale, culturele, cognitieve of organisatorische drempels
Bestuurs-niveau	Macroniveau	Interfederaal	
		Federaal/ nationaal	
		Europees	
	Mesoniveau	Deelstaten	
		Lokaal	
Kwaliteits-bewaking	<u>Richtlijnen</u>		Opgesteld door beleid, rond geïntegreerde zorg, na te leven door professionals
	<u>Controle</u>		Van naleving van beleid rond geïntegreerde zorg
	Andere	<u>Pilootprojecten</u>	
		<u>Projecten binnen Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg</u>	
		<u>ToekomstZorg</u>	
		<u>Evaluatie</u>	Monitoren en wetenschappelijk opvolgen, meten van de impact
Zorg-architectuur		<u>Ontschotting tussen zorglijnen</u>	

en samenwerkingsstructuren	Samenwerking tussen disciplines en/of sectoren	Intersectoraal	Samenwerking tussen verschillende sectoren zoals. gezondheidszorg, welzijn, OCMW, Huis van het Kind, jeugdhulp, gehandicaptenzorg, ouderenzorg etc.
		Multidisciplinair	Samenwerking tussen verschillende medische disciplines via bv. overleg, coördinatie, case management
		ELZ en zorgraden	Locoregionale netwerken op eerstelijnsniveau in Vlaanderen
		Zorgzame buurten en vermaatschappelijking van de zorg	
		Met omgeving van patiënt	
		Financieringshervorming	Bv. betaling voor overleg of coördinerende rol
	Samenwerking tussen beleidsdomeinen	Health in All Policies	
		Health & (Mental) Wellbeing in All Policies	
	Samenwerking tussen overheden		
Digitale infrastructuur en gegevensdeling	Gegevensverzameling en -deling	Gedeeld elektronisch dossier	
		Interoperabiliteit van de systemen	
		e-health	
		Elektronisch Patiënten-Dossier (EPD)	bij huisartsen
		Alivia	
		BelRAI	
	Beveiliging	Cybersecurity	
		Dataveiligheid	Bv. enkel de nodige gegevens zijn beschikbaar voor de nodige betrokkenen
Innovatie	Technologische innovatie	Vaardigheden	Bv. digitale vaardigheden, toegang, materiaal
		Digitale inclusie	Bv. telemonitoring, om geïntegreerde zorg en (interdisciplinaire) samenwerking te faciliteren

	Organisatorische innovatie	Lokale initiatieven tot samenwerking
--	----------------------------	--------------------------------------

Bijlage 5: GenAI verklaring

Plagiaatpreventie en gebruik van generatieve AI voor masterproefstudenten

Masterproefstudenten moeten dit document toevoegen aan de bijlagen van hun masterproef.

Het document wordt gebruikt tijdens de plagiaatcontrole en kan aanleiding geven tot discussie tijdens de verdediging.

Ik, jouw voor- en achternaam, bevestig hierbij het volgende:

☒ Ik heb de GenAI-richtlijnen van de KU Leuven gelezen en verbind mij ertoe te handelen in overeenstemming met de basisprincipes van onderzoeksintegriteit.

☒ Ik heb het onderstaande sjabloon over het gebruik van generatieve AI naar waarheid ingevuld.

☒ Ik begrijp dat ik verantwoordelijk ben voor het aantonen hoe generatieve AI in mijn onderzoek is gebruikt.

Datum: Datum van ondertekening van deze verklaring

23/05/2026

Handtekening masterproefstudent:



Gebruik van generatieve AI

Instructies:

Beantwoord de vetgedrukte zinnen in sectie 1 en 2 hieronder op basis van het daadwerkelijke gebruik van generatieve AI (GenAI) in je masterproef.

Je dient de verklaringen te **verduidelijken** en **aan te geven en uit te leggen** of je GenAI op een andere manier hebt gebruikt.

1. Algemene verklaring

Ik bevestig dat ik tijdens geen enkele fase van het onderzoek en het schrijfproces van mijn masterproef gebruik heb gemaakt van generatieve AI-hulpmiddelen, of uitsluitend voor taalondersteuning.

☐ Ja, ik bevestig dat ik geen generatieve AI-hulp heb gebruikt of uitsluitend voor taalondersteuning.

☒ Nee, ik heb generatieve AI-hulp gebruikt. Ik heb de volgende tools gebruikt: Microsoft CoPilot

2. Doel van het gebruik

Geef aan op welke manier(en) u GenAI hebt gebruikt. Geef aan welke specifieke AI-tools u hebt gebruikt en leg indien nodig het gebruik ervan uit:

- **GenAI werd gebruikt als zoekmachine om meer te weten te komen over een bepaald onderwerp.**

☐ Zo ja, geef aan welke tools je hebt gebruikt en hoe je deze gebruikt heeft: verduidelijk welke tools je hebt gebruikt en hoe je deze hebt gebruikt

☒ Nee

- **GenAI werd gebruikt om nieuwe onderzoeksideeën te genereren.**

☒ Zo ja, geef aan welke tools je hebt gebruikt en hoe je deze gebruikt heeft: Ik gebruikte Microsoft Copilot af en toe om ideeën te verkennen en alternatieve formuleringen of invalshoeken te genereren tijdens het schrijfproces. De uiteindelijke onderzoeksvragen en conceptuele keuzes ontwikkelde ik zelfstandig.

☐ Nee

- **GenAI werd gebruikt voor het uitvoeren van een literatuuronderzoek.**

☐ Zo ja, geef aan welke tools je hebt gebruikt en hoe je deze gebruikt heeft: verduidelijk welke tools je hebt gebruikt en hoe je deze hebt gebruikt

☒ Nee

- **GenAI werd gebruikt voor het analyseren van gegevens.**

☐ Zo ja, geef aan welke tools je hebt gebruikt en hoe je deze gebruikt heeft: verduidelijk welke tools je hebt gebruikt en hoe je deze hebt gebruikt

☒ Nee

- **GenAI werd gebruikt voor het genereren van programmeercode.**

☐ Zo ja, geef aan welke tools je hebt gebruikt en hoe je deze gebruikt heeft: verduidelijk welke tools je hebt gebruikt en hoe je deze hebt gebruikt

☒ Nee

- **GenAI werd gebruikt voor het genereren van beeldmateriaal.**

☐ Zo ja, geef aan welke tools je hebt gebruikt en hoe je deze gebruikt heeft: verduidelijk welke tools je hebt gebruikt en hoe je deze hebt gebruikt

☒ Nee

- **GenAI werd op een andere manier gebruikt.**

☒ Zo ja, geef aan welke tools je hebt gebruikt en hoe je deze gebruikt heeft: Ik gebruikte Microsoft Copilot als ondersteuning bij het herschrijven van teksten, het verbeteren van formuleringen, het structureren van paragrafen en het verduidelijken van argumentaties. Daarnaast werd het gebruikt als reflectie-instrument om gedachten, ideeën en voorlopige interpretaties te ordenen en te expliciteren tijdens het schrijfproces. Dit hielp om de samenhang in de analyse en argumentatie te versterken. Ik voerde de inhoudelijke analyse, interpretatie van data, theoretische uitwerking en conclusies volledig zelf uit en blijf hiervoor verantwoordelijk.

☐ Nee

3. Eindverklaring

De tekst/code/afbeeldingen in deze masterproef zijn van mijzelf (tenzij anders vermeld). Generatieve AI is alleen gebruikt in overeenstemming met de richtlijnen van de KU Leuven en er zijn passende referenties toegevoegd. Ik heb de inhoud waar nodig gecontroleerd en bewerkt en ik neem de volledige verantwoordelijkheid voor de inhoud van de masterproef.