

Interreg



Cofinancé par
l'Union Européenne
Medegefinancierd door
de Europese Unie

France - Wallonie - Vlaanderen



SynDigitalPro

SynDigitalPro :
Een nieuwe kijk op begeleiding
naar zelfstandigheid in tijden van
verandering

Witboek



Een nieuwe kijk op begeleiding naar zelfstandigheid in tijden van verandering

imprint

© 2025 SynDigitalPro
Alle rechten voorbehouden.
Geen enkel deel van dit document mag
worden gereproduceerd zonder uitdrukkelijke
toestemming van de auteurs.
Elk verzoek kan worden gestuurd naar: info@ozconsulting.be.
LB 2

Inleiding

De vergrijzing van de bevolking vormt een van de grootste uitdagingen waarmee de Europese gezondheidszorgstelsels in de 21e eeuw worden geconfronteerd. Zowel in Frankrijk als in België blijft het aandeel van 65-plussers voortdurend toe, wat een ingrijpende verandering teweegbrengt in de behoeften op het gebied van volksgezondheid, sociale begeleiding en de organisatie van zorgtrajecten.

Deze demografische evolutie vindt plaats in een gezondheidszorgcontext die al onder druk staat, gekenmerkt door de chronische aard van aandoeningen, het tekort aan personeel en de noodzaak om traditionele zorgmodellen te herzien.

In het hart van deze veranderingen rijst een essentiële vraag: hoe kunnen we onze ouderen in waardigheid laten ouder worden, met zo lang mogelijk behoud van hun autonomie, hun levenskwaliteit en hun plaats in de samenleving? Deze vraag reikt veel verder dan alleen het medische domein. Ze raakt aan sociale, organisatorische, economische en menselijke aspecten, en vraagt om globale, gecoördineerde en duurzame antwoorden.

Van de vele uitdagingen die gepaard gaan met vergrijzing, is valpreventie een absolute prioriteit. De epidemiologische gegevens zijn ondubbelzinnig: elk jaar krijgt bijna een derde van de thuiswonende 65-plussers te maken met minstens één val. Bij 80-plussers loopt dit percentage op tot bijna 50%. Achter deze cijfers schuilt een veel complexere en verontrustende realiteit. Een val is niet alleen een eenmalig ongeval; het is vaak het begin van een reeks gevolgen: breuken, ziekenhuisopnames, verlies van functionele autonomie, het optreden van een post-val-syndroom gekenmerkt door valangst en vermijding van verplaatsingen, toegenomen sociaal isolement, en in veel gevallen een vroegtijdige en onvoorziene opname in een instelling.

Een val is dus zowel een teken van kwetsbaarheid als een factor die de afhankelijkheid vergroot. Het maakt niet alleen ouderen kwetsbaarder, maar ook hun naasten en de zorgverleners die hen begeleiden. De preventie ervan vormt dan ook een belangrijke hefboom om gezond ouder worden te bevorderen, zorgbreukjes te beperken en de menselijke, sociale en economische kosten van autonomieverlies in te perken.

Wanneer innovatie de mens ontmoet

Het Interreg SynDigitalPro-project past in een dynamiek van grensoverschrijdende samenwerking tussen België en Frankrijk, waarbij actoren uit Vlaanderen, Wallonië, Hauts-de-France en Grand Est worden samengebracht rond gemeenschappelijke uitdagingen.

Hoewel deze gebieden onder verschillende institutionele en organisatorische kaders vallen, worden ze geconfronteerd met vergelijkbare uitdagingen in verband met de vergrijzing van de bevolking, de toenemende druk op de gezondheidszorg en de toenemende complexiteit van zorgtrajecten.

Uit de gesprekken is gebleken dat de grens, die vaak wordt beschouwd als een administratieve of regelgevende beperking, een echte proeftuin kan worden. Door praktijken met elkaar te vergelijken, komen verschillen in professionele cultuur, financiering of bestuur aan het licht, maar worden ook complementaire aspecten zichtbaar. Deze vergelijking bevordert een kritische afstand tot bestaande modellen en opent de weg voor flexibelere vormen van samenwerking die beter zijn afgestemd op de realiteit.

De discussies hebben ook benadrukt dat, ondanks de diversiteit aan regelingen en wettelijke kaders, de ondervonden belemmeringen grotendeels dezelfde zijn. Fragmentering van zorgtrajecten, onduidelijkheid voor burgers, moeilijkheden om eerstelijnsactoren en instellingen te coördineren, en de scheiding tussen gezondheids-, sociale en medisch-sociale sectoren vormen terugkerende obstakels. In deze context werkt grensoverschrijdende samenwerking als een hefboom om zorgtrajecten te herdenken niet vanuit de structuren, maar vanuit de behoeften van de mensen.

« De instrumenten bestaan, de competenties zijn er, maar wat nog ontbreekt is de capaciteit om op een vlotte manier samen te werken. »

Autonomieverlies voorkomen door te steunen op levenskwaliteit

Het voorkomen van verlies van zelfzaamheid werd benaderd als een continu proces dat ruimschoots verder gaat dan screening of punctuele interventie. Tijdens de gesprekken werd benadrukt dat er in een vroeg stadium moet worden ingegrepen, nog voordat er sprake is van een breuk in het dagelijks leven, waarbij rekening moet worden gehouden met de levensloop, de omgeving en de wensen van de betrokkenen.

Het is duidelijk geworden dat autonomie niet kan worden teruggebracht tot een optelsom van meetbare functionele vaardigheden. Zelfredzaamheid wordt opgebouwd en in stand gehouden door de mogelijkheid om te blijven doen wat voor jezelf zin is, om gekozen levensgewoonten te behouden en sociale relaties te onderhouden. Deze benadering houdt in dat de focus wordt verlegd van tekortkomingen naar mogelijkheden, en dat preventie wordt gezien als ondersteuning in het dagelijks leven in plaats van als een reactie op een reeds ingetreden verlies. Uit de gesprekken bleek ook hoe belangrijk timing is. Preventie vergt tijd, consistentie en een langetermijnbenadering.

Er zijn duidelijke trajecten nodig waarin voorlichting, bewustmaking, ondersteuning en follow-up op een doeltreffende manier worden geïntegreerd, waarbij onderbrekingen in de zorg tussen de verschillende zorgverleners worden voorkomen. Deze continuïteit hangt af van een betere coördinatie tussen professionals en op wederzijdse erkenning.

De mantelzorgers, de vergeten groep in de preventie

Een vraag komt in alle discussies terug: en de mantelzorgers? Deze personen die dagelijks een naaste in autonomieverlies begeleiden, lopen zelf een groot risico op kwetsbaarheid.

De coördinatoren van de CSD geven prioriteit aan het welzijn van de mantelzorgers, omdat zij het zijn die de patiënten bijstaan. Alles wordt gedaan opdat zij het vol houden: het inzetten van thuiszorgmedewerkers om hen te ontlasten, voortdurend aandacht voor hun behoeften, en het ter beschikking stellen van hulpverleners die de patiënten begeleiden, zodat de mantelzorgers even kunnen uitwaaien.

Als er in een bepaalde situatie geen mantelzorgers zijn, nemen thuiszorgdiensten het over, maar deze mantelzorgers worden als waardevol beschouwd en moeten worden ontlast. Deze bezorgdheid weerklinkt als een ethische en praktische noodzaak: mantelzorgers ontlasten betekent het voortbestaan van thuiszorg waarborgen.

ICOPE, een gemeenschappelijk kader in opbouw

Het ICOPE-programma (Integrated Care for Older People), gedragen door de Wereldgezondheidsorganisatie sinds 2017, structureert vandaag de nationale en regionale reflecties over de preventie van autonomieverlies. Tijdens de dag werd het gepresenteerd als een gemeenschappelijk referentiekader, dat door de betrokkenen breed wordt gedragen, maar tegelijkertijd het onderwerp was van levendige discussies over de voorwaarden voor de implementatie ervan in de praktijk. In Frankrijk weerspiegelen de opname ervan in de wet van 8 april 2024 met het oog op de opbouw van de samenleving van goed ouder worden en autonomie, gevolgd door de aankondiging in juli 2025 van de veralgemening van fase 1, een sterke politieke wil, die desalniettemin botst met complexe operationele realiteiten.

In de regio Hauts-de-France werd het Gérontopôle, opgericht in juli 2023 door de Regionale Raad, de ARS, de CARSAT en de universitaire ziekenhuizen van Amiens en Lille, gemandateerd om een stand van zaken op te maken van acties die vallen onder de ICOPE-strategie. Tijdens de gesprekken werd het belang van deze cartografie benadrukt, in een context gekenmerkt door het naast elkaar bestaan van talrijken deelsystemen, diesoms weinig zichtbaar zijn en onvoldoende op elkaar zijn afgestemd.

ICOPE steunt op een gestructureerd traject in vier fasen, gericht op zes kerncompetenties: zicht, gehoor, mobiliteit, cognitie, voeding en gemoedstoestand. Het doel is kwetsbaarheden vroegtijdig op te sporen om aangepaste acties te ondernemen, voorafgaand aan afhankelijkheidssituaties, terwijl de levenskwaliteit wordt gehandhaafd.

- ▶ **Opsporing:** snelle screening van de zes vaardigheden, uitvoerbaar via zelfevaluatie, door professionals of locale actoren. Deze fase werd voorgesteld als cruciaal om moeilijk bereikbare doelgroepen te bereiken, op voorwaarde dat er een opleiding wordt gegeven die is afgestemd op de instrumenten.
- ▶ **Evaluatie:** een grondige beoordeling van de situatie bij kwetsbaarheid, uitgevoerd door een arts, soms ondersteund door een verpleegkundige met een geavanceerde praktijkbevoegdheid. Dit maakt het mogelijk om de zorgtrajecten te oriënteren in een context van beperkte medische middelen.
- ▶ **Actie:** het opstellen van een persoonlijk plan waarin preventie, begeleiding en doorverwijzing worden gecombineerd. Uit de gesprekken bleek hoe belangrijk een gezamenlijk opgestelde aanpak is om de betrokkenheid van de persoon te bevorderen.
- ▶ **Follow-up:** het traject in de tijd verankeren door de maatregelen aan te passen en de betrokkenen te coördineren. Deze fase blijft een van de meest kwetsbare, door een gebrek aan tijd, middelen en gezamenlijke instrumenten.

Het onderzoek uitgevoerd in de Hauts-de-France heeft aangetoond dat op 29 augustus 2025, 135 instellingen hadden geantwoord, waarvan 103 zich operationeel verklaarden op minstens één fase van het ICOPE-traject. Als deze rijkdom getuigt van een echte dynamiek, onthult ze ook de beperkingen van het systeem.

Meerdere structurele beperkingen werden geïdentificeerd, met name een als onvoldoende beschouwde vergoeding, nog lacunaire coördinatie tussen de verschillende stappen en een communicatie die voor verbetering vatbaar is. De vastgestelde prioriteiten betreffen de versterking van de opleiding, het uitbreiden van het aantal betrokkenactoren en het ontwikkelen van een robuuster medisch-economisch model.

Ergotherapie, activiteit terug in het centrum plaatsen

De vzw Ergo 2.0 federeert een tachtigtal eerstelijns ergotherapeuten in Wallonië en Brussel. De vereniging streeft naar het gezamenlijk ontwikkelen van screenings- en begeleidingsacties, zowel individueel als collectief, verankerd in de terreinrealiteiten.

Ergotherapie onderscheidt zich door een activiteitsgerichte benadering, waarbij de nadruk ligt op wat voor de persoon zinvol is. De begeleiding steunt op de identificatie van betekenisvolle activiteiten, het opsplitsen daarvan in concrete taken, de invoering van aangepaste training en de evaluatie van de beleving en de tevredenheid van de persoon. Deze benadering via motivatie vormt een essentiële hefboom om betrokkenheid en inzet tijdens het traject te bevorderen.

Het is gebleken dat deze aanpak in staat is om situaties die aanvankelijk vastzaten, te doorbreken. Door voort te bouwen op de prioriteiten die mensen zelf aangeven, wordt het capaciteitswerk relevanter en kunnen geleidelijk aan andere aspecten van autonomie naar voren komen, die tot dan toe soms op de achtergrond waren gebleven. Op collectief vlak ontwikkelt Ergo 2.0 meerdere complementaire acties, gaande van informatiesessies «Leven en ouder worden in gezondheid» tot workshops voor kwetsbaarheidsopsporing en valpreventie.

De ICOPE-sprekuren in groepverband combineren informatie, thematische workshops en zelfevaluatie in een bewust gezellig en niet-medicaal kader. Ze bevorderen bewustwording, uitwisselingen tussen lotgenoten en tonen aan dat bepaalde kwetsbaarheidssituaties positief kunnen evolueren wanneer aangepaste begeleiding wordt aangeboden.

Deze initiatieven geven een centrale plaats aan gezelligheid en sociale band, beschouwd als volwaardige componenten van preventie. In sommige regio's heeft deze collectieve dynamiek burgers ertoe gebracht zich rechtstreeks te engageren in het opzetten van lokale acties, waardoor hun eigen inbreng en betrokkenheid bij de projecten zijn versterkt.

Bij individuele begeleiding aan huis maakt Ergo 2. gebruik van de ICOPE-evaluatie en de Andaman7-app, waarmee personen eigenaar kunnen blijven van hun gezondheidsgegevens. Door deze gegevens geleidelijk te koppelen aan andere indicatoren, kunnen veranderingen in de situatie vroegtijdiger worden opgespoord, vanuit een benadering van transparantie, toestemming en empowerment.



Véronique Legrain, oprichter & algemeen directeur van Ergo2.0 vzw:

« De eerste stap is om samen met de persoon na te denken over de activiteit die voor hem of haar zinvol is. Welke activiteit geeft hem of haar 's ochtends de zin om op te staan? Wat geeft hem of haar zin om te leven en door te gaan? »

Pre-kwetsbaarheid meten om te grijpen voordat er sprake is van afhankelijkheid

IDP Santé, opgericht in 2017, baseert zich op wetenschappelijk onderzoek naar kwetsbaarheid om de preventie van zelfredzaamheidsverlies te herzien.. Het project is gebaseerd op een essentieel onderscheid tussen robuustheid, pre-kwetsbaarheid en kwetsbaarheid, waarbij deze tussenfase een cruciaal moment vormt waarop situaties nog omkeerbaar zijn. De belangrijkste uitdaging ligt niet in de leeftijd, maar in de vroegtijdige identificatie van zwakke signalen om om in te grijpen voordat een cyclus van afhankelijkheid ontstaat.

In deze logica heeft IDP Santé een screeninginstrument ontwikkeld gericht op het objectiveren van deze zwakke signalen en het ondersteunen van de praktijk van huisartsen. Het is bedoeld als beslissingshulp en biedt de mogelijkheid om in korte tijd een totaalbeeld te krijgen van de situatie van de persoon. Kwetsbaarheid wordt er op een multidimensionale manier benaderd, waarbij rekening wordt gehouden met fysieke, psychologische, sociale en voedingsaspecten om verder te gaan dan een benadering die uitsluitend gericht is op het valrisico. Uit de gesprekken bleek echter een beperking die door de aanwezige actoren breed werd gedeeld: meten alleen is niet voldoende. Een pre-kwetsbaarheidssituatie identificeren zonder in staat te zijn een concrete en gecoördineerde aanpak voor te stellen, doet twijfels rijzen over de zin van de preventieaanpak zelf. Deze kwestie van doorverwijzing en opvang nam een centrale plaats in tijdens de gesprekken.

Om hierop te antwoorden, heeft IDP Santé gekozen voor de ontwikkeling van volledige trajecten waarin

opsporing, meting en begeleiding op elkaar zijn afgestemd.

Deze aanpak komt met name tot uiting in de oprichting van preventiegezondheidscentra, waar verschillende verschillende zorgverleners samenwerken om onmiddellijk te kunnen reageren op gesignaleerde kwetsbaarheden. De aanpak komt ook tot uiting in buurtgerichte acties en preventiedagen, bedoeld om doelgroepen te bereiken die zichzelf niet als betrokken beschouwen bij het zorgstelsel.

De integratie van het ICOPE-programma in deze aanpak versterkt de coherentie van het traject. De uitgevoerde bilans kunnen rechtstreeks aan de huisarts worden doorgestuurd, waardoor zijn rol als coördinator wordt versterkt en wordt voorkomen dat er steeds meer systemen ontstaan die losstaan van de bestaande praktijk. De kwestie van financiering, van beschikbare tijd voor professionals en de erkenning van preventie als een volwaardige activiteit is echter geïdentificeerd als een belangrijke uitdaging voor de duurzaamheid van deze modellen.

Ten slotte werd het belang van gegevenseigendom en van de aanvaardbaarheid van digitale hulpmiddelen duidelijk benadrukt. De keuze om de persoon als enige eigenaar van zijn of haar gegevens te handhaven en toegankelijke oplossingen te ontwikkelen, ook voor doelgroepen met schrijf en leesmoelijkheden, getuigt van een wil om digitale technologie in te zetten als ondersteuning voor het traject, en niet van een bijkomende complexiteitsfactor.



Serge Le Faucheur, voorzitter IDP Santé:

« Pre-kwetsbaarheid is omkeerbaar. Kwetsbaarheid niet. »

Op weg naar preventietrajecten

De laatste interventie van de dag was bedoeld als een bewust moment van bezinning, bedacht om een stap terug te zetten en de terreinrealiteiten te confronteren. Na het bespreken van verschillende maatregelen, ervaringen en hulpmiddelen, maakte dit collectief moment een gemeenschappelijke reflectie mogelijk over de noodzakelijke voorwaarden voor de opbouw van werkelijk geïntegreerde preventie- en begeleidingstrajecten, die in staat zijn om het verlies van zelfredzaamheid in al zijn complexiteit aan te pakken.

Al snel werd één ding duidelijk: er zijn tal van initiatieven en de betrokken professionals zijn gemotiveerd, maar de trajecten blijven versnipperd. Deze situatie is niet het gevolg van een gebrek aan competenties noch een gebrek aan oplossingen, maar wel van de aanhoudende moeilijkheid om informatie op vlotte wijze tussen actoren te laten circuleren.

Iedereen gaat serieus te werk binnen zijn of haar werkgebied, vaak met behulp van verschillende instrumenten, zonder altijd over een kader te beschikken dat toelaat te delen wat wordt geobserveerd of begrepen van de globale situatie van de begeleidde persoon. Deze versnippering komt bijzonder duidelijk naar voren op overgangsmomenten, met name tussen het ziekenhuis en de thuisomgeving, wanneer de directe gebeurtenis wordt behandeld zonder dat de onderliggende oorzaken volledig worden aangepakt, waardoor mensen herhaaldelijk in het zorgsysteem terechtkomen.

Bij deze realiteit komt een veelvoorkomende beperking: tijdgebrek. Coördinatie en multidisciplinair werk botsen op de druk van de dagelijkse activiteit, waarbij urgentie vaak de collectieve organisatie overheerst. Bepaalde ervaringen tonen echter aan dat de erkenning, zelfs beperkt, van de tijd die aan coördinatie wordt besteed, de samenhang van de begeleiding rond de patiënt versterkt.

Ook de kwestie van digitale instrumenten brengt een paradox aan het licht.

Er zijn tal van oplossingen, maar het gebruik ervan blijft versnipperd, ongelijkmatig en vaak slecht geïntegreerd in dagelijkse praktijk. Elke instelling vertrouwt op haar eigen hulpmiddelen, die zelden onderling compatibel zijn en vaak worden gezien als complex of onbekend. Een vaststelling dringt zich op: een instrument creëert alleen waarde als het gedeeld, begrepen en werkelijk geïnvesteerd is door de professionals.

Naast de technische voorzieningen komen verschillende hefbomen naar voren. Opleiding en bewustmaking van professionals, versterking van de coördinatie door middel van speciale functies en anticiperen op situaties zijn

van cruciaal belang om onderbrekingen in het traject te voorkomen.

Ten slotte moet de begeleidde persoon centraal blijven staan in het systeem, als hoofdrolspeler in zijn of haar traject, in verbinding met zijn of haar naasten en omgeving. Het verlies van zelfredzaamheid reikt namelijk verder dan alleen het medische domein en maakt deel uit van een bredere sociale en territoriale realiteit.

Kortom, deze reeks was niet bedoeld om kant-en-klare oplossingen aan te reiken, maar om tot een gedeeld begrip te komen. Een geïntegreerd traject kan niet zomaar worden opgelegd: het wordt in de loop van de tijd opgebouwd door samenwerking, vertrouwen en de tijd die aan het collectieve werk wordt besteed, om zo van incidentele reacties over te stappen naar een

Conclusie

Aan het einde van deze dag dringt zich een duidelijkheid conclusie op. Het voorkomen van verlies van zelfredzaamheid is noch een kwestie van leeftijd, noch een zaak van op zichzelf staande maatregelen. Het loopt als een rode draad door het hele leven, brengt een verscheidenheid aan actoren in beweging en stelt ons collectieve vermogen om op een andere manier te werken, op de lange termijn en zo dicht mogelijk bij de realiteit in de praktijk, grondig op de proef. Uit de presentaties is gebleken dat de instrumenten er zijn.

Er worden referentiekaders vastgesteld, structurerende initiatieven zoals ICOPE worden ingezet, en digitale oplossingen maken het mogelijk om kwetsbaarheden beter in kaart te brengen, situaties objectief te beoordelen en ondersteuning te bieden bij de besluitvorming. Toch komen deze vorderingen pas volledig tot hun recht wanneer ze deel uitmaken van duidelijke, gecoördineerde en toegankelijke trajecten. De centrale vraag is dus niet zozeer die van innovatie als wel die van de samenhang, van de overgang van signalering naar begeleiding, en vervolgens van de follow-up in de tijd.

De hele dag door kwamen dezelfde knelpunten steeds weer naar voren, met kracht en volharding. De moeilijkheid om informatie tussen betrokkenen te laten circuleren, met name tussen het ziekenhuis en thuis, het gebrek aan tijd voor coördinatie, de veelheid aan instrumenten die nauwelijks onderling compatibel zijn, maar ook de noodzaak om professionals beter op te leiden en bewust te maken van bestaande middelen. Deze belemmeringen zijn niet het gevolg van een gebrek aan inzet, maar van een systeem dat nog te gefragmenteerd is, waarin iedereen vaak wel relevant handelt, maar te veel op zichzelf.

Uit de gesprekken bleek ook opnieuw dat preventie niet kan worden bedacht zonder de mensen die er rechtstreeks bij betrokken zijn. De patiënt is niet alleen de begunstigde van een traject, maar ook een actieve deelnemer. Op dezelfde manier vormen mantelzorgers, naasten, lokale gemeenschappen en overheden essentiële hefboomen om de handelingsbekwaamheid te versterken, de betrokkenheid te bevorderen en preventie in het dagelijks leven in te verankeren. De ervaring leert dat de gemeenschap, wanneer deze wordt erkend en ondersteund, een factor van veerkracht en duurzaamheid wordt.

Tot slot heeft deze dag duidelijk gemaakt wat er de komende jaren dringend nodig is. Het voorkomen van verlies van zelfredzaamheid vereist dat er op de lange termijn wordt geïnvesteerd, dat wordt geaccepteerd dat de effecten niet altijd onmiddellijk meetbaar zijn, en dat er medisch-economische modellen worden ontwikkeld die maatregelen kunnen ondersteunen voordat de afhankelijkheid zich installeert. Het gaat er niet zozeer om te bewijzen wat er niet is gebeurd maar om de voorwaarden te scheppen zodat het niet gebeurt.

Sprekers en deelnemers

Algemene animatie en leiding van het seminarie

- Thierry Weishaupt, Directeur Animatie Sleutelpartnerschappen – Groupe VYV
- Élodie Wannez, Consultante – CHwapi

Doelgroepen en thuisbegeleiding

- Gersende Labor, Coördinatrice thuiszorg en Maatschappelijk werkster – CSD

Autonomietrajecten en preventie

- Fatou Diakité, Projectleidster – Gérontopôle Hauts-de-France
- Véronique Legrain, Ergotherapeut – vzw Ergo 2.0
- Céline Vanhulle, Ergotherapeut – vzw Ergo 2.0

Digitale instrumenten en innovatie in preventie

- Caroline Decorte, Zorg en welzijn, projectverantwoordelijken, Stad Blankenberge
- Serge Le Faucheur, Voorzitter IDP Santé
- Jakob Decavel, Zorginnovator bij Mintus

Aanvullende sprekers bij de participatieve sequentie

- Michaël Hantz, Ergotherapeut DE, Referent Innovatie, Gezondheid en Technologieën – LRS Ziekenhuis Villiers Saint Denis
- Jean-Denis Vandamme, Praktijkopleidingsmeester (MFP) afdeling ergotherapie bij HEPH-Condorcet Doornik
- Gregory Descamps, Hoofdverpleegkundige – Afdeling geneeskunde bij CH Epicura
- Céline Feragus, Verpleegkundige – LRS Ziekenhuis Villiers Saint Denis

Interreg



Cofinancé par
l'Union Européenne
Medegefinancierd door
de Europese Unie

France - Wallonie - Vlaanderen



SynDigitalPro

Medefinanciering :



De projectbeheerders



De partneroperatoren van het project

Observatoire Franco-Belge de la Santé

Province de Namur (Belgique)

AVIQ - Agence Wallonne de la Santé

Agence régionale de santé des Hauts-de-France

Centre Hospitalier EpiCURA (Hainaut, Belgique)

Fédération des Centres de Services à Domicile (Belgique)

Centre Hospitalier de Le Quesnoy (France)

Centre Hospitalier de Maubeuge (France)

Centre Hospitalier de Felleries-Liessies (France)

ELSAN - Centre de Rééducation de La Rougeville (Hauts-de-France)

Union Régionale des Mutualités françaises des Hauts-de-France