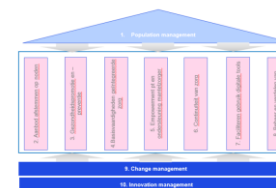


Data4PHM



Populatiemanagement & toepassing interfederaal plan (deel integratiemanagement)

Data4PHM en living lab Zorgzaam Leuven
juli 2023





Data4PHM consortium is opgericht in maart 23

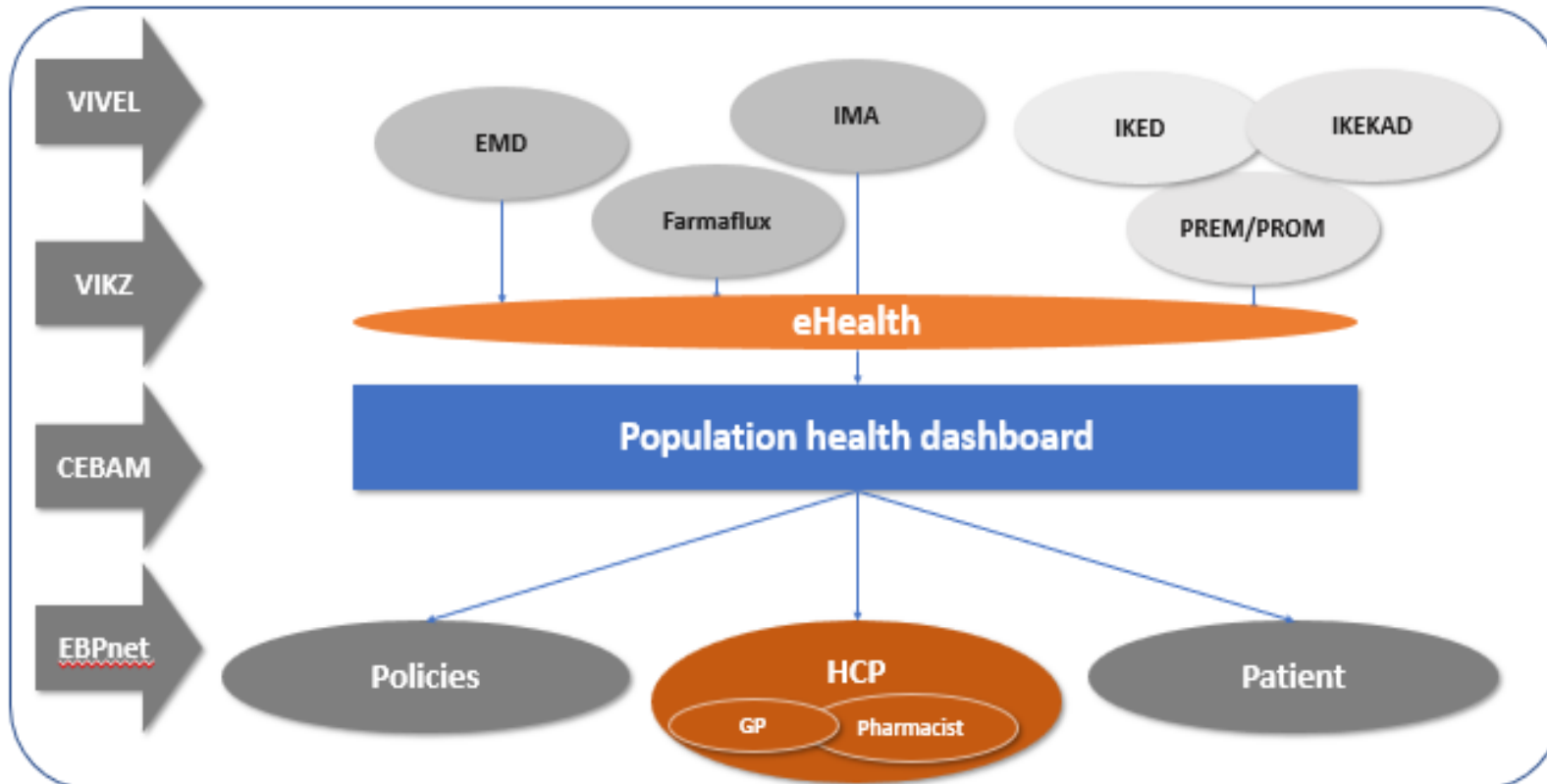




Doel Data4PHM

Eerste case:
diabetes
type 2

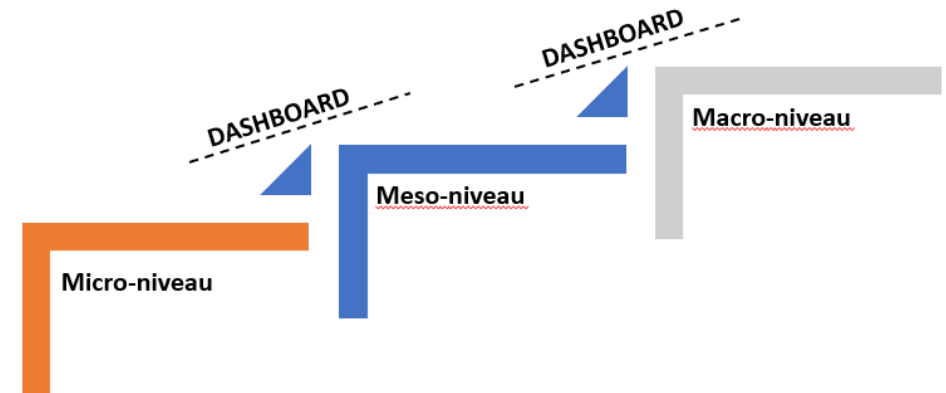
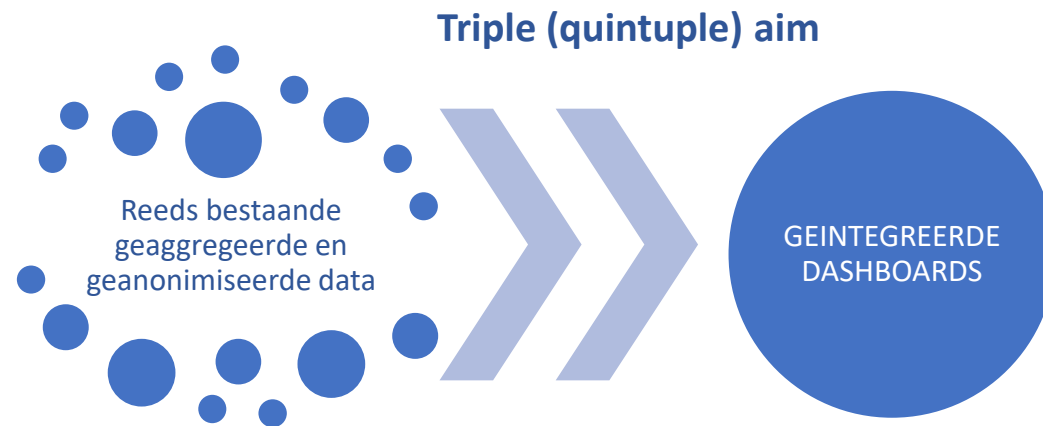
Het samenwerkingsverband 'Data4PHM' heeft als doel om populatiemanagement en geïntegreerde zorg te ondersteunen in België en de deelstaten, door **geaggregeerde** gezondheidsdata samen te brengen in **geïntegreerde dashboards**.





Met geïntegreerde dashboards secundair gebruik gezondheidsgegevens mogelijk maken

Eerste fase



Samenbrengen **geaggregeerde** data vanuit verschillende databronnen (start met IMA, huisartsen, apothekers) in geïntegreerde dashboards op verschillende niveaus



Kernactiviteiten Data4PHM

Eerste case:
diabetes
type 2

6 kernactiviteiten:

- We ontwikkelen een systeem om **triple (quintuple) aim te monitoren** en om accountability te stimuleren
- We ontwikkelen **triple (quintuple) aim indicatoren** en we brengen data vanuit verschillende authentieke bronnen samen
- We werken samen met dashboardbouwers om te komen tot '**geïntegreerde dashboards**'
- We werken samen met IT partners om te zorgen dat de dashboards in de bestaande softwaresystemen (bv. EMD, EPD) ingebouwd worden
- We zetten een **lerend systeem** op om voeling te houden met **implementatieprojecten zoals Zorgzaam Leuven**, zodat we onze ontwikkelingen op continue basis kunnen evalueren en bijsturen in functie van behoeften of noden
- We nemen deel aan de interfederale strategie die gekoppeld wordt aan de voorbereiding en uitvoering van het **interfederaal plan rond geïntegreerde zorg**

Waarom starten met diabetes type 2?

DOEL een blauwdruk ontwikkelen om het systeem te testen. Via populatiemanagement willen we een gedragsverandering bij zorg- en welzijnsprofessionals realiseren. Verschuiving van acute, reactieve zorg naar proactieve buurtgerichte zorg



DIABETES komt steeds vaker voor ...

2015

1 op 12
volwassenen in
België

1 op 11
volwassenen wereldwijd



2020

1 op 10
volwassenen in
België

1 op 10
volwassenen wereldwijd

1/3 WEET NIET DAT HIJ/ZIJ DIABETES HEEFT

Diabetes type 2 is een ideale blauwdruk om een nieuw PHM systeem te testen:

- De diabetespopulatie kan afgebakend worden op basis van data met lage registratielast voor zorgverleners
- Veel data beschikbaar, maar versnipperd aanwezig in databanken
- Hoge prevalentie
- Risicofactoren zijn meetbaar in databronnen (BMI, buikomtrek, rookstatus) en voldoende actionable (gezonde levensstijl)
- Bevolkingsgroepen in kwetsbare situaties lopen een hoger risico
- Het betreft een maatschappelijk probleem en de zorg en ondersteuning is voldoende holistisch (zorg en welzijn).
- Er worden vanuit de federale overheid en deelstaten voldoende programma's, preventiemethodieken aangereikt



PHM MODEL ONTWIKKELEN EN TESTEN

BIJDAGEN AAN EEN PROACTIEF ZORGMODEL IN BELGIË

DIABETES TYPE 2 ALS BLAUWDRIJK OM EEN PROOF OF CONCEPT TE ONTWIKKELEN



KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM
HUISARTSGENEESKUNDE

Zorgzaam Leuven

Data4PHM



Zorgzaam voor diabetes Living lab



Diagnostics

Quality of care

Education development

Chronic care



In samenwerking met



Zorgzaam Leuven Living lab

Voor het diabetesproject

Regio 6 ELZ (overeenkomend met het Plexus ziekenhuisnetwerk)

9 buurten in ZZL (van de 15* in totaal) 

1 buurt in Verbonden in ZO Hrg 

Test periode 2023-2025



*andere buurtteams focussen op hartfalen, COPD, psychisch lijden,...

Geïntegreerde zorg en PHM moeten oplossingen bieden voor een wicked problem

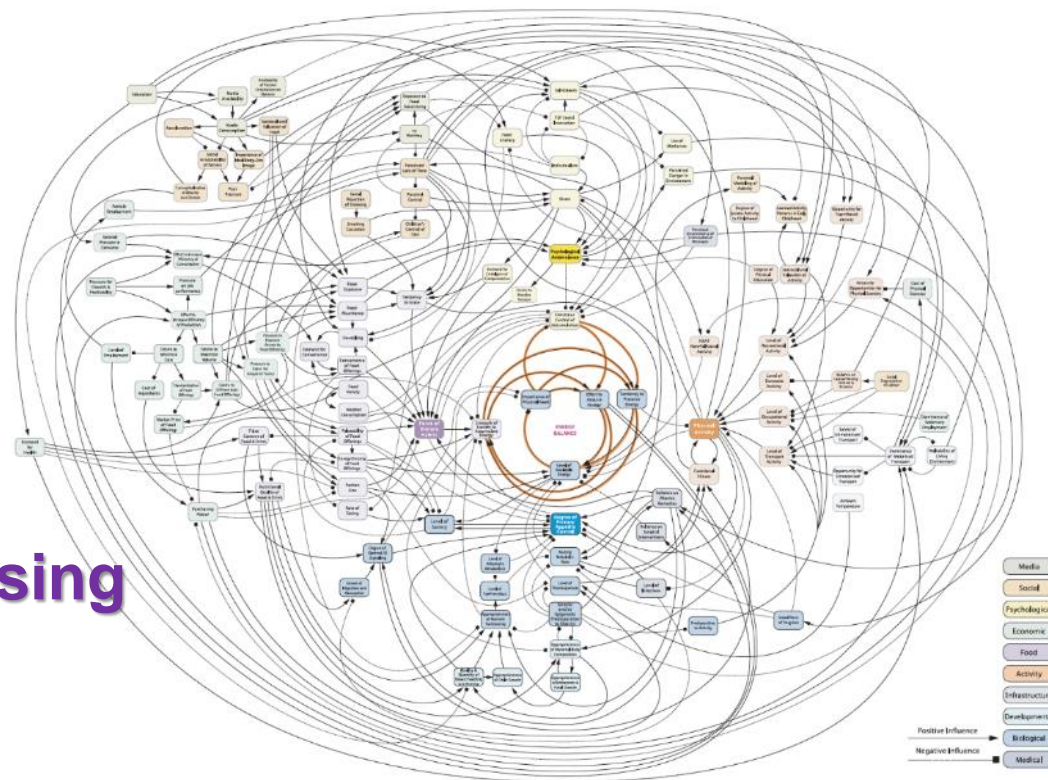
Moeilijk iets te veranderen aan het systeem

Multi-dimensioneel

Meerdere stakeholders

Meerdere oorzaken

Niet één oplossing mogelijk



Verschillende symptomen

Continu in evolutie

Dit is Julia

- Julia is 83 jaar
- Woont op 1^{ste} verdiep in een afgeleefd huis, eenzaam
- Complexe chronische zorg
- Kan nog amper stappen door knieproblemen
- Heeft diabetes type2, cardiovasculaire problemen en regelmatig moeilijk genezende wonden
- polymedicatie: > 9 geneesmiddelen/dag
- Heeft 1 zoon die zelf medische problemen heeft
- Heeft een buurvrouw die helpt, verder enkel de verpleegkundige voor steunkousen
- Huidige situatie is niet lang meer haalbaar



Dit is Eddy

- Eddy is 53 jaar
- Werkloos en drinkt zeer regelmatig een pintje teveel
- Rookt veel
- Heeft diabetes type 2, COPD en lichte hypertensie, overgewicht
- Heeft 3^e betalingsregeling en weinig ziekte-inzicht
- Eet klassiek (vlees en fastfood) veel snacks, beweegt weinig
- Manisch depressief maar nu redelijk met medicatie



Dit is Jan

- Jan is 45 jaar
- Levensgenieter
- Heeft weinig aandacht voor gezondheid
- Houdt van snelle fastfood, beweegt weinig
- Kettingroker
- Heeft geen vaste huisarts





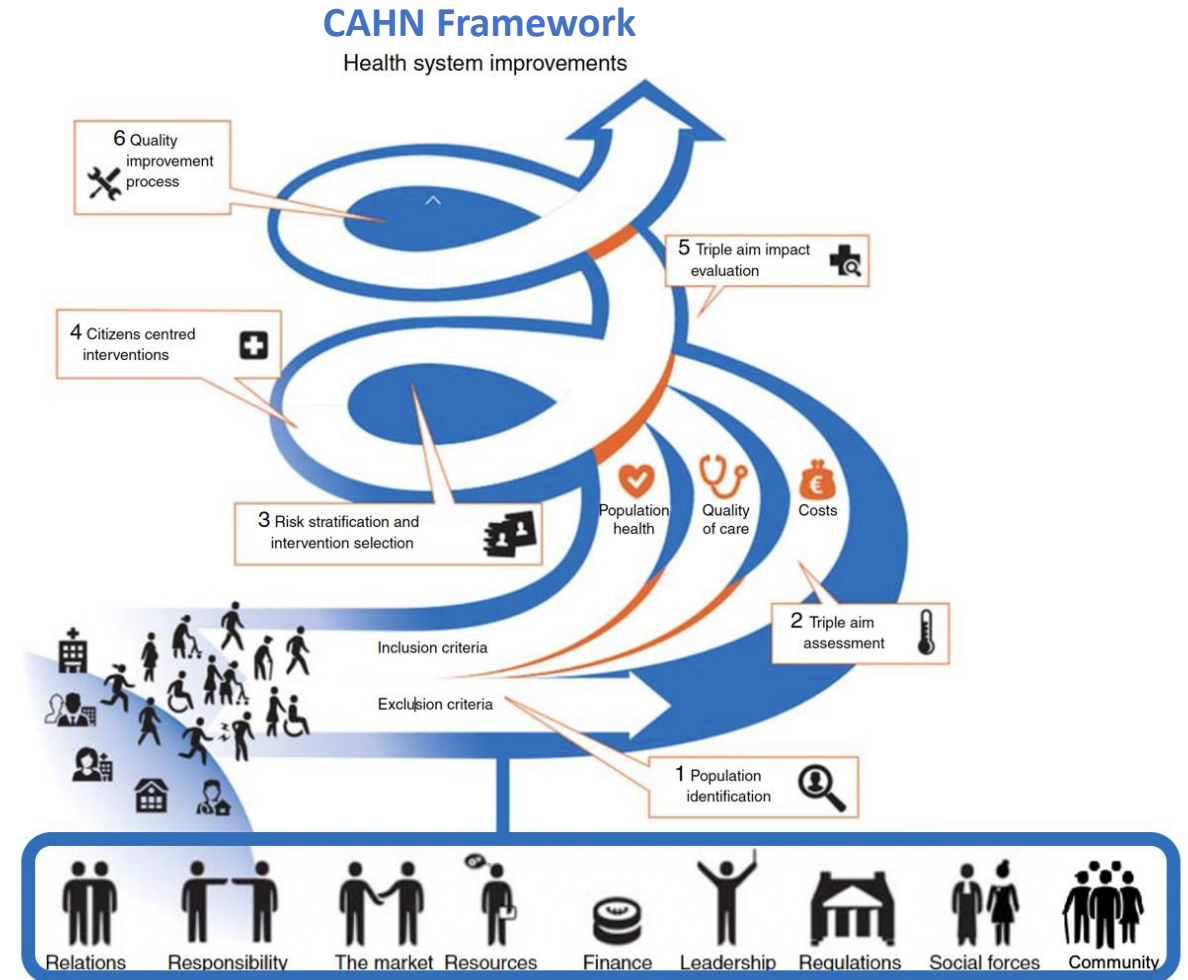
Het CAHN model als kapstok

Source: Steenkamer et al (2017), Danhieux et al (2021)

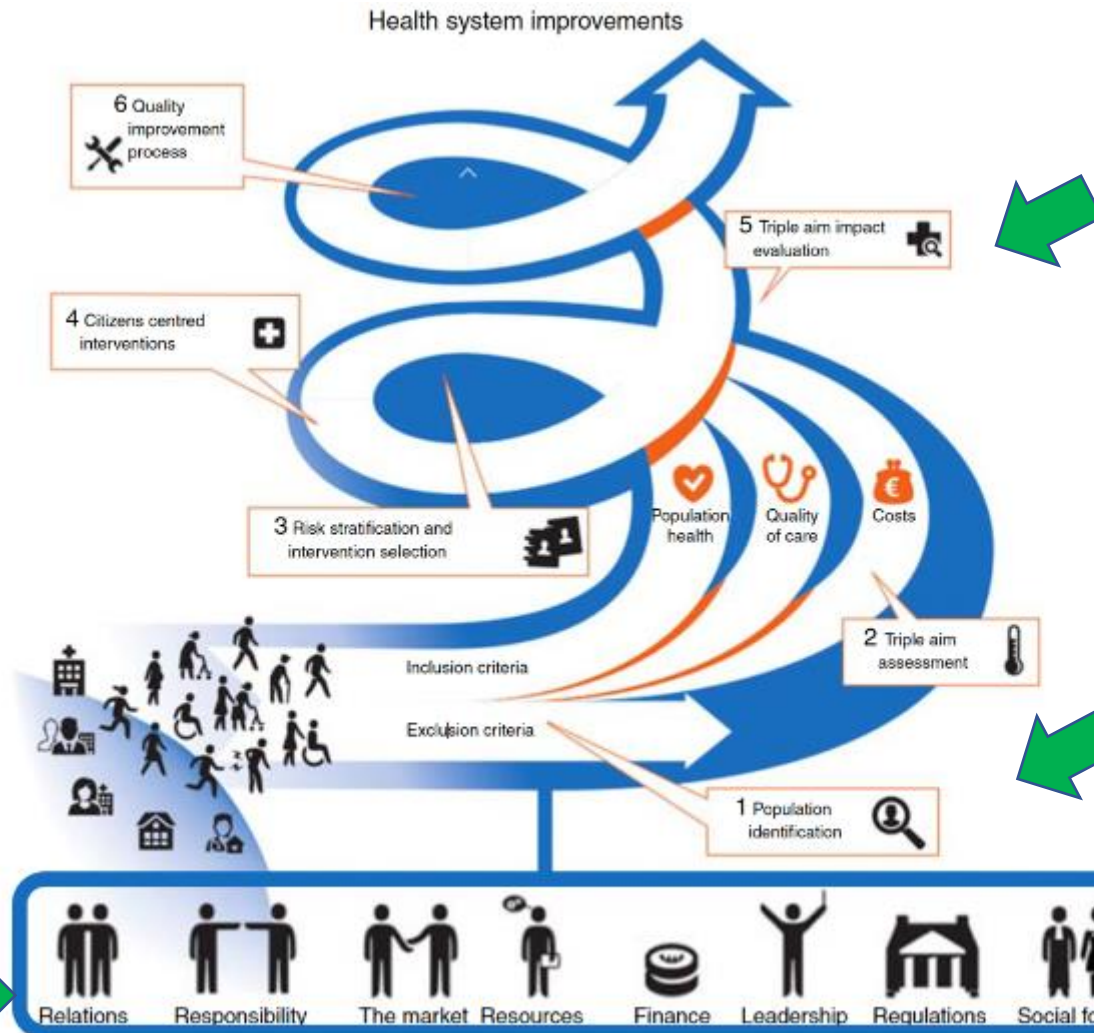
Population health management is a **proactive approach** to managing the health and wellbeing of a population. It aims to **incorporate the total care of needs, costs and outcomes of the population**, moving away from the provision of reactive, demand-led care.

The **Collaborative Adaptive Health Network (CAHN)** framework illustrates:

- The 9 key infrastructural building blocks for the organization of a collaborative network around population health management
- The 6 key activities necessary for the development and evaluation of a population health management intervention program



Living lab: we testen het CAHN model voor diabetes type 2



1. Diabetespopulatie van proeftuin ZZL

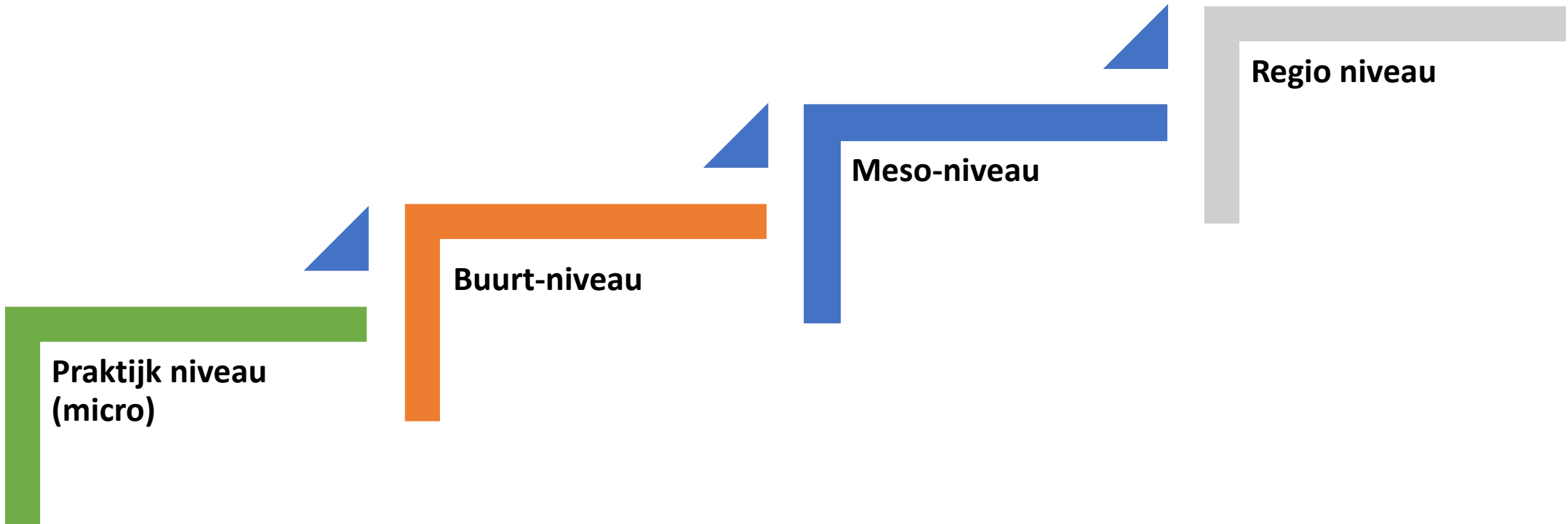
3. Voor de geïncorporeerde diabetespopulatie 6 kernactiviteiten volgens de spiraal

2. Inclusie van diabetespatiënten in een programma

Onderzoeken welke facilitatoren, obstakels er zijn

4 niveaus om populatiemanagement mogelijk te maken

Geïntegreerde dashboards met geaggregeerde datasets op praktijk/apotheek, buurt, meso, regio niveau



**Buurniveau:
buurteams met 1
buurteamcoach/BT**



**Meso niveau: 6 ELZ met
6 populatiemanagers
(1PM/ELZ)**



**Regio niveau: 6 ELZ = ZH
netwerk
1 regio populatiemanager**



- **Getrapt systeem van populatiemanagement**
- **Buurteams in de eerstelijns om samenwerking te stimuleren**

Buurtteams Zorgzaam Leuven

Psycholoog: psychische ondersteuning aan persoon en omgeving
Stress, angst en depressie ...



Huisarts: stelt zorgplan op
Verwijzen naar
GMD, educatie voorzien, follow-up, transitionele zorg, zorgcoördinatie waar nodig



Huispotheker: farmaceutische zorg
GGG, medicatienazicht, medicatieschema, advies gezonde levensstijl en zorgzame thuisleveringen, doorverwijzing en oriëntatie...



Buurtgerichte zorg om afspraken te maken rond samenwerking (hier toegepast op diabetes)

Thuisverpleegkundige:
medicatie, dieet, beweging,...
Bevorderen zelfredzaamheid
Parameters BD, gewicht, alarmtekens



Welzijnscoach: het buurtteam verwijst naar mij door om het sociaal netwerk van mensen te faciliteren
GGZ buurtsupport: maakt de link met GGZ en kan mensen met psychische problemen sneller doorverwijzen



Kine: Opstellen kinesitherapeutisch bilan; Geïndividualiseerd trainingsprogramma, beweging



diabeteseducator:
Nieuwe diagnose
Educatie omgeving, aanleren alarmtekens,...

Ergotherapeut: omgaan met energie en activiteiten, geeft advies bij het gebruik van hulpmiddelen

Gezinszorg: hulp in huishouden, welzijn, mentale zorg, dagelijks functioneren

Diëtist: educatie gevarieerd en evenwichtige voeding

Buurtwerker: sociaal contact, hulp bij boodschappen, activiteiten in de buurt, ... ik maak de verbinding tussen buurtteam en zorgzame buurt



Beleid

Financieel en regelgevend kader
Rol voor lokale besturen



Praktijkniveau Barometer voor huisartsen en apothekers



Microniveau
Audit en feedback.
Software tools in patiëntendossier
Patiënten identificeren: via lijsten, via pop-ups, ...
PHM taken zoveel mogelijk bundelen |

Diabetesbarometer



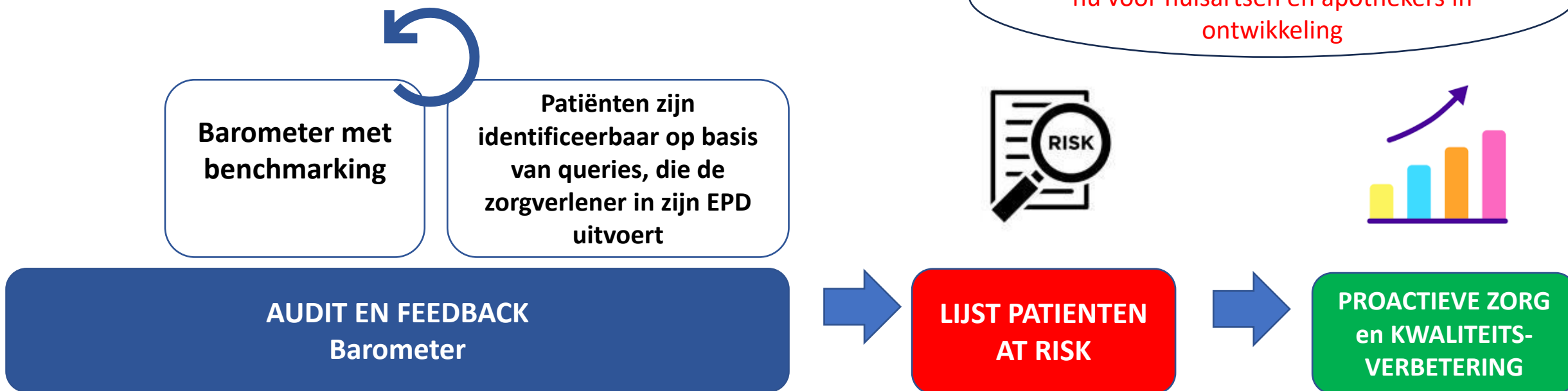
Intego, Cebam en KU Leuven ontwikkelen indicatoren
ACHG ontwikkelt de huisartsbarometer.
Farmaflux ontwikkelt de apothekersbarometer.



BAF en Khobra ondersteunen de implementatie van barometers op praktijkniveau



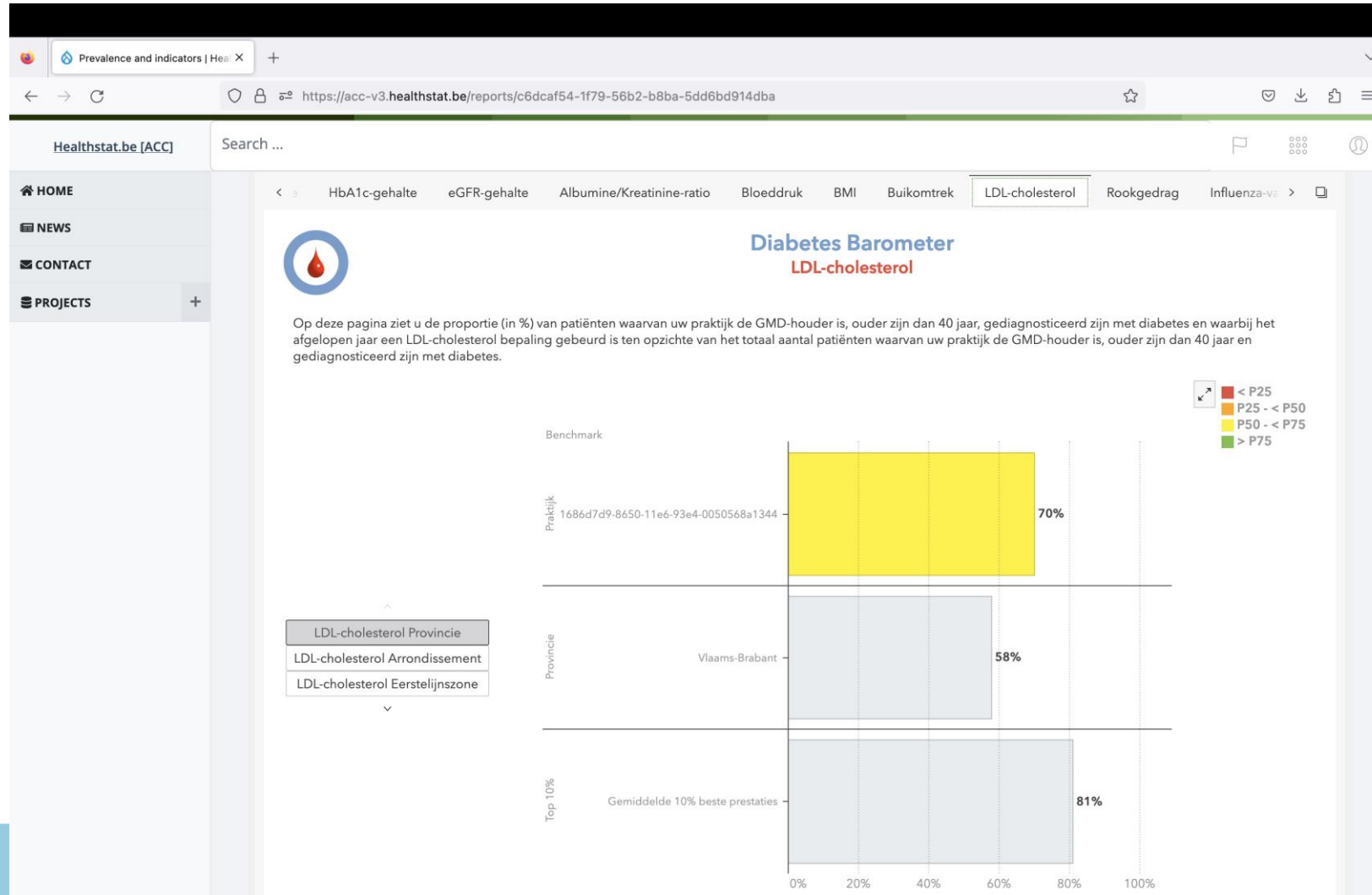
Huisartsen en Apothekers zetten in hun software de barometers aan zodat ze ondersteuning krijgen om zelf een rol op te nemen in populatiemanagement en proactieve zorg



Indicatoren set opvolging diabetespatiënten door huisarts

nr	Indicator	Type
1	Bloedsuikerspiegel (monitoring)	proces en resultaat
2	Albuminurie	proces en resultaat
3	eGFR	proces en resultaat
4	Bloeddruk	proces en resultaat
5	BMI	proces en resultaat
6	Buikomtrek	proces en resultaat
7	Lipiden	proces en resultaat
8	Voetonderzoek	proces en resultaat
9	Rookstatus geregistreerd	proces
10	Vaccinatie influenza	proces
11	opvolging diabetespatiënten totaal	proces

Feedback voor de huisarts: Diabetesbarometer

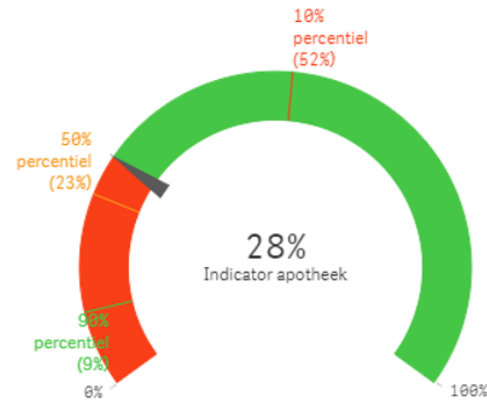


Feedback voor de apotheker Barometer

Bron: [GHEOPS](#)

Berekening % indicator apotheekniveau

% huisapothekerpatiënten waarop verbetering moge...



Noemer is de huisapotheker diabetespopulatie binnen de apotheek



In onze buurt zijn er veel mensen die de weg onvoldoende vinden naar zorg en hulp

- Er zijn groepen personen die niet goed opgevolgd worden, ondanks multimorbiditeit en andere problemen.
- Ze gaan te weinig naar de huisarts, huisapotheker, psycholoog, andere zorg of hulp ... hebben een ongezonde levensstijl, zijn misschien sociaal geïsoleerd, hebben lage gezondheidsvaardigheden, ...

-> Dankzij onze barometers kunnen we in onze software identificeren over welke mensen het gaat, dit alles binnen onze therapeutische relatie en met respect voor de privacy (GMD)



- Julia, Eddy en Jan zijn hier ook bij.
 - Zij bleven allen onder de radar vorig jaar.
 - De redenen waarom ze zich niet laten opvolgen zijn heel uiteenlopend voor alle drie.
- > Om hen beter op te volgen hebben we de brede samenwerking met het **buurteam** nodig.
- > Via het buurteam kunnen we de zorg meer integreren met andere zorg- en welzijnsprofessionals
- > Geïntegreerde zorg.



Ik ben eenzaam, ik heb ook een beperkte mobiliteit en durf mijn burens niet steeds lastig te vallen om mij ergens naartoe te brengen



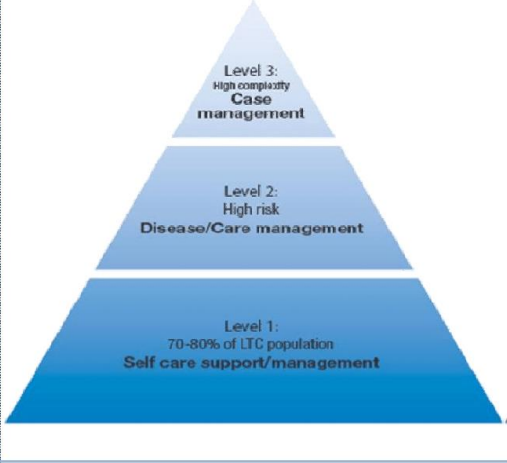
Ik vind het vervelend dat anderen zich met mij bemoeien. Ik doe toch wat ik wil.



Ik ben toch gezond? Waarom zou ik zorg vragen?



Dashboards en barometers maken proactieve PHM acties op maat van populaties met gelijkaardige kenmerken mogelijk



Topje piramide

Groepen mensen zoals Julia: **er is meer nodig dan een PHM systeem, ook een goed werkend zorgcoördinatiesysteem is essentieel.**

Actie = zorgcoördinatie/casemanagement, zorgplanningsgesprek en zorgplan.



Middenlaag piramide

Groepen mensen zoals Eddy: **disease & care management**

Actie = management multimorbiditeit via buurtteams, secundaire en tertiaire preventie, zorgprogramma en educatieprogramma's, sociaal contact en buurtzorg



Basislaag piramide

Groepen mensen zoals Jan: **zelfzorg en ondersteuning.**

Actie = gezondheidspromotie & preventie in de buurt, aanzetten tot gezonde levensstijl. Link met zorgzame buurt.

Van populatiegerichte aanpak uiteindelijk terug naar patiënt

POPULATION HEALTH

+

MANAGEMENT



WARME ZORG OP MAAT



Indicatoren om een populatie af te bakenen
-> dashboards op buurt, meso, regio niveau
-> queries en takenlijsten op microniveau

Taak zorg- en
welzijnswerkers:
MANAGEMENT van
de populatie op basis
van lijsten waarin
personen met
gelijkaardige risico's
zijn samengebracht

Resultaat: groepen van patiënten
met gelijkaardige kenmerken
worden uitgenodigd en krijgen
een op maat interventie. **Hier
gebeurt de omslag van populatie
naar persoon.** De interventie
wordt **samen met de persoon
(Julia, Eddy, Jan, ...)** bepaald en
besproken.





Welke oplossingen willen we via proactieve zorg bieden aan groepen mensen zoals Julia?

Julia meer centraal en samen met haar zorgdoelen stellen. Op maat de zorg bieden die zij nodig heeft.

Enkele voorbeelden:

- **Zorgcoördinatie** vanuit een hecht buurtteam – **continuïteit** van zorg
- Sociale contacten via het **buurtcentrum & zorgzame buurt**
- **Huisbezoeken** door huisarts
- **Zorgplanning - zorgplan**
- **Flexibel thuiszorgaanbod** bij problemen
- **Opvang:** flexibele aanbod aan dag/nacht/tijdelijke/definitieve opvang
- Verhoogde **medicatieveiligheid** en zorgzame thuislevering van medicatie
- **Psychisch lijden** via buurtsupport GGZ

-> complex!
Niet op te lossen met alléén PHM.
Naast een PHM systeem is
een goed werkend
systeem zorgcoördinatie en
casemanagement essentieel +
financiering



Welke oplossingen willen we via proactieve zorg bieden aan groepen mensen zoals Eddy?

Disease management en multidisciplinaire zorg/welzijn via zorgprogramma's

Enkele voorbeelden

- **Laagdrempelig aanbod** rond alcoholverslaving en bespreekbaar maken van alcoholproblematiek
- Eddy een rol laten spelen in zijn **buurt om hen uit zijn isolement te helpen**
- Aanzetten tot gezonde **levensstijl**
- **Afstemming** binnen het zorgteam
- **Therapietrouw** voor medicatie bevorderen via de huisapotheker
- **Educatie op maat** (individueel/educatie/groepssessies)
- **Beweegaanbod** in de buurt als eerste stap naar meer beweging
- **Voor het zorgteam: afspraken volgens zorgprogramma** diabetes met taakverdeling en structuur
- ...

-> met een goed werkend PHM systeem op korte en middellange termijn verbeteringen haalbaar. Mits voldoende begeleiding vanuit een integrator waar populatiemanagers en ondersteuners inzetten op implementatie van zorgprogramma's

Welke oplossingen willen we via proactieve zorg bieden aan groepen mensen zoals Jan?

Jan actiever betrekken – empowerment!

Zelfmanagement stimuleren en hem hierin maximaal ondersteunen

-> met een goed werkend PHM systeem op korte/middellange termijn veel mogelijk, mits voldoende ondersteuning. Hier ook een rol voor lokale besturen, ELZ om 'community', 'zorgzame buurten' mogelijk te maken.

Enkele voorbeelden

- Aanzetten tot gezonde **levensstijl, preventie**
- **Toeleden naar rookstopaanbod in de buurt**
- **Beweegaanbod** in de buurt als eerste stap naar meer beweging (bv. BOV)
- **Inzetten op vroegdetectie**
- Vaste huisarts en GMD stimuleren, vaste huisapotheker
- ...

Opbouw van het PHM systeem Link met tempel IFP en CAHN



Rollen en partners



Onderzoek en ontwikkeling

- Data4PHM: ontwikkeling dashboards en onderzoek
- PHM unit ACHG: onderzoek in living lab ZZL
- Cebam en Intego: huisartsbarometer, indicatoren
- Samenwerking met andere universiteiten
- Coördinatoren ZZL zijn tevens onderzoekers
- Farmaflux: ontwikkeling apothekersbarometer



Change management

PR en communicatie: gezamenlijk over het algemene en apart over het specifieke op praktijk/apo niveau (kringen, verenigingen, ...)

Living Lab

ZZL centrale projectcoördinatie

- Buurtteams worden overkoepelend aangestuurd (obv het ZZL model) en er zijn linken met de ziekenhuizen en het Plexus ZH netwerk
- Regiopopulatiemanager: coördineren team van 6 populatiemngrs
- Praktijken/apotheken, teams procesmatig ondersteunen (KHOBRA, BAF)
- Link tussen KU Leuven en living lab
- Verbonden in ZOHRg: buurtteam Tienen

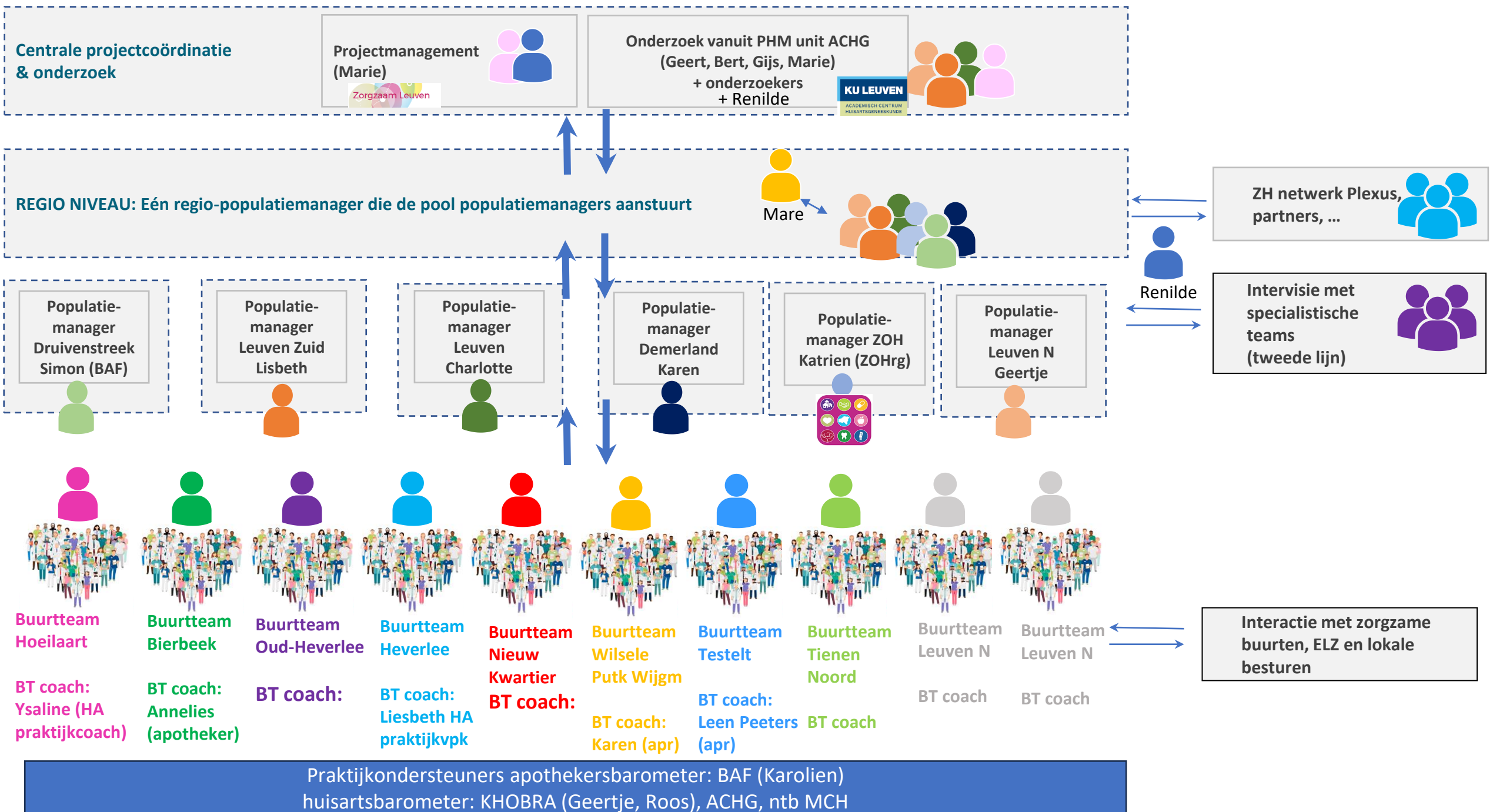
Zorgzaam Leuven

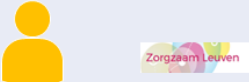


Praktijk/apotheek niveau

Huisartsen ondersteunen: KHOBRA, ACHG
 Apothekers ondersteunen: BAF
 Indicatoren: CEBAM, Intego




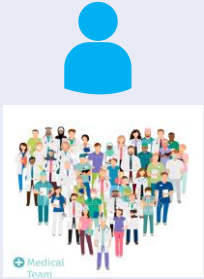



REGIO NIVEAU	Wie	Is verantwoordelijk voor
	Marie	<ul style="list-style-type: none"> • Projectmanager: monitort het geheel en bewaakt dat implementatie en onderzoek coherent en afgestemd verlopen • Opstellen van het projectplan via een dashboard in excel • Bewaken & controleren van projectvoortgang, rapportering over projectvoortgang • Wekelijks meeting met regiopopulatiemanager • Onderzoek coördineren (maakt tevens deel uit van het onderzoeksteam ACHG) • Regelmatig overleg met de Vlaamse overheid en federale overheid • Terugkoppeling naar de stuurgroep ZZL • Terugkoppeling naar stakeholders (ELZ, GGZ netwerken, patiëntenorganisaties, ...)
	Gijs, Bert, Geert, Marie in afstemming met Renilde en Mare	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoek wordt geïnitieerd in overleg met het Data4PHM consortium • Strategische lijnen uitzetten en wetenschappelijke onderbouwing project • Onderzoek coördineren en aansturen: masterproeven en doctoraten • Dashboarding en data management, barometer ontwikkelen • Impactmeting en publicatie
	Renilde	<ul style="list-style-type: none"> • Afstemmen met ZH netwerk Plexus, samen met de regiopopulatiemanager • Opvolgen buurtteams: bewaken dat het groeimodel gevolgd wordt
	Mare	<ul style="list-style-type: none"> • Overzicht bewaren overheen de 6 ELZ - dashboards, gezondheidsgegevens • Intervisiemomenten organiseren tussen de populatiemanagers van de 6 ELZ (1 x najaar 2023, 4 x 2024 (1 per Q)) • Opstellen generieke versie uitnodiging Buurtteam overleg • Opstellen presentatie Buurtteam overleg (3 presentaties per jaar) • Opstellen presentatie train-the-trainer voor populatiemanagers (en eventueel andere moderatoren die dit overleg zullen modereren) + geven van de train-the-trainer • Link vormen met Plexus, samen met de Liasion ziekenhuizen en coördinatoren

Een integrator met tweerichtingscommunicatie: mocht dit model verduurzaamd worden, dan zou de integrator idealiter in nauwe interactie staan met het macro niveau om enerzijds opdrachten te krijgen vanuit het macro niveau en om anderzijds knelpunten te kunnen doorgeven van micro/meso naar macro niveau.

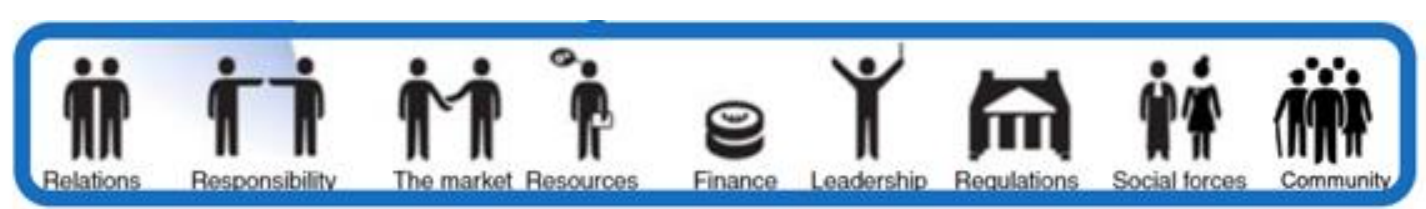
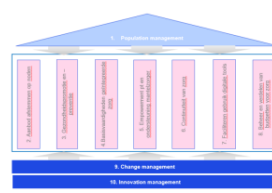
Het aantal regiopopulatiemanagers op Vlaams niveau zou dan rond 13 personen liggen => intervisies, korte communicatielijnen, opleidingen, ...

MESO NIVEAU

	Wie	Is verantwoordelijk voor
Populatiemanagers op ELZ niveau 	Simon, Charlotte, Lisbeth, Karen, Geertje, Katrien tandem met de BT coach	<ul style="list-style-type: none">• Werken in tandem met de buurtteamcoaches, vormen het aanspreekpunt voor de BT coach• Coördineren op buurtniveau en zijn verantwoordelijk voor het inplannen en organiseren van de overleggen. Zorgen samen met de BT coach voor tussentijdse communicatie• Detecteren obstakels, facilitatoren en rapporteren hierover aan de regiopopulatiemanager• Volgen de train the trainer tot populatiemanager• Hebben toegang tot dashboards en hebben de competenties om gezondheidsgegevens te interpreteren• Modereren de overleggen, passen de aangeleverde tools en het materiaal aan volgens de context en de wensen van het buurtteam
	10 Buurtteamcoaches (1 per buurtteam)	<ul style="list-style-type: none">• Is een lokale zorgverlener werkzaam in de buurt.• Zorgt voor bottom up initiatieven en engagement bij andere zorgverleners in het buurtteam.• Neemt leiderschap op in het buurtteam. Ondersteunt de veranderingsomgeving – trekkende rol• Voor een nieuw buurtteam: zorgt voor de opstart samen met de populatiemanager• Organiseert het buurtteamoverleg (uitnodiging, locatie, tijdstip)• Bepaalt samen met de populatiemanager de aanpak van het overleg en de agenda• Heeft competenties om samen met de populatiemanager gezondheidsgegevens van de buurt te interpreteren, vooral omdat de buurtteamcoach de context van de buurt goed kent• Is steeds aanwezig op het overleg zelf – zorgt voor de introductie, en bewaakt dat afspraken gemaakt worden• Enthousiasmeert door tussentijds mailings, siilo berichten te versturen om het engagement warm te houden• Is het aanspreekpunt voor de populatiemanager enerzijds en voor het buurtteam anderzijds
Praktijkondersteuners 	Apothekerbarometer: BAF (Karolien) Huisartsbarometer: Khobra, ACHG	<ul style="list-style-type: none">• Ondersteunen het praktijkniveau door een lerend netwerk op te zetten per beroepsgroep• Ondersteunen de implementatie van de barometer (sensibiliseren deelname en zorgen voor koppeling met een toolbox van PHM acties)• Organiseren intervisie (bv. 1 x per 3 maanden) over het gebruik van de barometer, om de knelpunten vroegtijdig te detecteren, tevredenheid te monitoren, obstakels uit de weg te ruimen

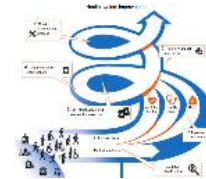
RANDVOORWAARDEN

Tempel IFP en CAHN model



Randvoorwaarden	In welk model?	Concreet	Wie is accountable?
Basisvaardigheden GIZ	Verticale pijler IFP CAHN	Buurtteamoverleg waar zorgprogramma's op maat van een buurtteam aangeleerd worden + tools aangereikt	De regiopopulatiemanager zorgt voor content, aangeboden in generieke presentaties. De populatiemanager werkt in tandem met de buurtteamcoach en past de content aan volgens de lokale context van het buurtteam.
Digitale tools	Verticale pijler IFP CAHN	Dashboards voor secundair gebruik gegevens, barometer tools, communicatietools (Siilo, Nexuz, ...)	Data4PHM (waaronder ACHG, Farmaflux, IMA, ...). Populatiemanager en Buurtteamcoach brengen de tools aan, en zorgen voor draagvlak. Huisartskringen en apothekersverenigingen leren barometers aan op praktijkniveau
Budgetten & financieel	Verticale pijler IFP CAHN	Incentives voor buurtteams onder vorm van begeleiding en ondersteuning (regiopopulatiemanager, populatiemanager). Financiering voorzien voor de buurtteamcoach.	Financiering buurtteams: ZZL (9 Buurtteams), ZO Hrg (1 Buurtteam) Financiering praktijkondersteuning door kringen, verenigingen Financiering onderzoek door KU Leuven
Change management, en duidelijke communicatie	Transversale pijler IFP, CAHN	Storytelling, getuigenissen, filmpjes, communicatie, sensibilisatie	Krachten bundelen door samen te werken: ZZL – ZO Hrg - ACHG – ziekenhuizen, kringen, partners, ...
Verantwoordelijkheid en leiderschap op meso en buurtniveau	CAHN	Populatiemanagers op regio en op mesoniveau Buurtteams en Buurtteamcoaches op microniveau	Zorgen voor een goed werkende integrator: ZZL
Resources en ondersteuning voorzien op praktijkniveau	CAHN	Praktijkmanagement ondersteunen (backoffice) voor het werken met de barometer	Barometer en zorgprogramma's: KHOBRA, HAK, ACHG voor huisartsen en apothekersvereniging (BAF) voor apothekers Andere kringen (kine, psych, diëtisten, ...) algemeen ter ondersteuning van zorgprogramma's
Zelfevaluatie en kwaliteitscultuur	CAHN	Het buurtteam zorgt voor structureel ingeplande intervisies (1 per 2 maand) met monitoring PHM interventies onder begeleiding van een buurtteamcoach en populatiemanager	Populatiemanagers en buurtteamcoaches
Community	CAHN	Zorgen voor horizontale integratie in de buurt (buurtgerichte zorg en zorgzame buurt)	Horizontale integratie: via het buurtteam (buurtteamcoach). Rol van ELZ en lokaal bestuur wordt geëxploreerd.
Innovatiemanagement, learning community	Transversale pijler IFP CAHN	Learning community in de regio organiseren en een pool van ondersteuners trainen en opleiden, een learning community voor teams om van mekaar te leren.	ZZL, ZO Hrg en ACHG samen: regiopopulatiemanager, populatiemanagers, buurtteamcoaches, onderzoekers

Kwaliteitscultuur structureel ingebed via een 2-sporen aanpak op buurt- en praktijkniveau volgens spiraal van CAHN en Tempel IFP



BUURT

Jaarcyclus (12 m) van een buurtteam

Step 4 spiraal: interventies uitvoeren (slide 38)

Continu proces
Nieuwe jaarcyclus...



T 0m: 1^{ste} buurtteam-overleg (BTO)

- Wat is PHM?
- Diabetesgegevens van de populatie in onze buurt
- Welke rol heeft elke discipline?
- Engagement buurtteam voor PHM diabetes

T 1m: 2^{de} BTO

- Een 2-tal personen van nabijgelegen ZH uitnodigen
- **Step 1 en 2 spiraal** (populatie ident + triple aim assessment)
- **Step 3 spiraal** (PHM acties bepalen)
- Indicatoren bepalen

T 7m: 3de BTO

- Tussentijdse feedback
- Leren van peers
- Evaluatie indicatoren

T 12m: evaluatie en bijsturing

Step 6 in spiraal

- Evaluatie
- Kwaliteitsverbetering

PRAKTIJK

Praktijkniveau: doorlopend barometer met benchmarking

Step 5 spiraal: rechtstreekse ondersteuning datadriven vanuit de software via de barometer om een continu kwaliteitssysteem mogelijk te maken en de verandering structureel in te bedden

Link met zorgprogramma's, educatie, zorgcoördinatie



Enkele voorbeelden van mogelijke activiteiten, op basis van het CAHN model en de IFP tempel (aanbod afstemmen op zorg, preventie, empowerment ptn/mantelzorg, zorgcontinuïteit, digitale tools, financiering)

Buurteamniveau: activiteiten

basis piramide 'self care support'	Educatie implementeren in de buurt via het starttraject diabetes Extra module: buurtgerichte acties rond gezonde levensstijl, gezondheidspromotie
midden piramide 'care management'	Zorgtraject diabetes, zorgprogramma/zorgpad
topje piramide 'zoco en casemanagement'	Zorgcoördinatie met zorgplannen

Praktijkniveau: activiteiten voor alle disciplines (zorg- en welzijn)

Implementatie zorgprogramma's
Zorgcoördinatie, zorgplanning
Buurtgerichte zorg

Praktijk huisartsen (tool = huisartsbarometer): activiteiten

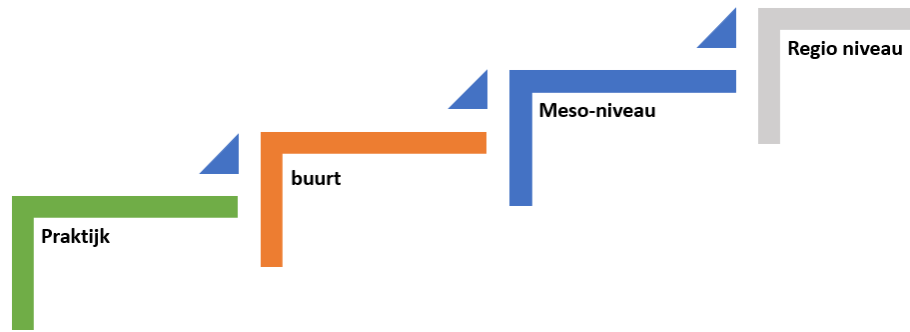
Actief opsporen van personen die tussen de mazen van het net glippen (populatiemanagement via barometer)
Opstarten educatie via het starttraject - zorgtrajecten diabetes
Opvolging: jaarlijkse controle (HbA1c, lipiden, ...) met registratie preventie (rookstatus, BMI, gewicht, ...)
Op basis van de barometer: call/recall, GMD dekking verhogen
Zorgplanning en zorgcoördinatie

Niveau apotheek (tool = apothekersbarometer): activiteiten

Actief opsporen van personen die tussen de mazen van het net glippen (populatiemanagement via barometer)
GGG therapietrouw (= rol apotheker in starttraject diabetes)
GGG medicatienazicht
huisapothekerschap en medicatieschema

Barometertool





Auto-evaluatie op 4 niveaus



Onderzoek:

- **Regio niveau (Integrator 6 ELZ):** de rol van de integrator om de juiste randvoorwaarden te scheppen, om de pool populatiemanagers aan te sturen. Welke obstakels, facilitatoren zijn er op dit niveau?
- **Meso niveau (= 1 ELZ):** de rol van de populatiemanager. Welke obstakels, facilitatoren zijn er op dit niveau?
- **Buurtteams op buurtniveau:** de rol van de buurtteamcoach en de andere leden van de buurtteams. Welke obstakels, facilitatoren zijn er op dit niveau?
- **Micro praktijk niveau:** ervaringen van zorgverleners en onderzoek naar gedragsverandering

Dank voor uw aandacht

www.zorgzaamleuven.be

