



Zorgzaam Leuven

Zorgcoördinatie en nabije zorg door buurtteams van zorg- en welzijnsprofessionals



GEÏNTEGREERDE ZORG
VOOR EEN BETERE GEZONDHEID

DES SOINS INTÉGRÉS
POUR UNE MEILLEURE SANTÉ

Wat zijn buurtteams...?

- **Multidisciplinaire teams op buurtniveau**, die afspraken maken over nabije zorg dichtbij de vertrouwde omgeving van chronisch zieken en complexe zorgvragers afgestemd op de concrete noden van de populatie die woont en leeft in de buurt.
- Een buurtteam bevindt zich op het **niveau van de buurt** en het zorgteam op het niveau van de patiënt. Het buurtteam vertegenwoordigt een **verzameling van zorgteams** en maakt een **conceptueel kader** van afspraken. Dit kader wordt concreet toegepast door het zorgteam van de individuele patiënt
- De buurtteamwerking zorgt voor een **sterke zorg- en welzijnsdynamiek op buurtniveau** en werkt samenwerkingsverbanden uit.
- De buurtteams krijgen een **sterke vorm van autonomie**, maar werken wel binnen een **inhoudelijk kader**, waardoor ze passen binnen één model. Dit model bestaat uit een set van deelacties.



Opdracht voor buurtteams als samenwerkingsmodel voor de coördinatie van complexe zorg

- Chronische zorgnood opvolgen in **buurtteams** met **praktijkondersteuning**
- **Coördinatie** van complexe zorg via **shared care**: voor patiënten met chronische aandoeningen en brede zorgnoden
 - Gericht op een populatie van kwetsbare zorgvragers
 - Met aandacht voor beperkt sociaal netwerk, lage health literacy, comorbiditeiten, beperkte financiële draagkracht, anderstaligheid, ...
- Het niveau van het buurtteam creëert de nodige context en structuur om de implementatie van **zorgprogramma's** te garanderen zodat er niet alleen vanuit de beroepseigen aanpak wordt gekeken naar een zorgproces, maar ook de horizontale samenwerking binnen het multidisciplinaire team wordt gefaciliteerd.
- We beogen een **transfer** van het huidige silo organisatie model **naar buurt-netwerken** van zorg en welzijnsprofessionals
- De buurtteams zijn **zelfsturend**. Het doel is om vraaggestuurde zorg multidisciplinair te implementeren die tegemoet komt aan specifieke noden van de populatie in de buurt.



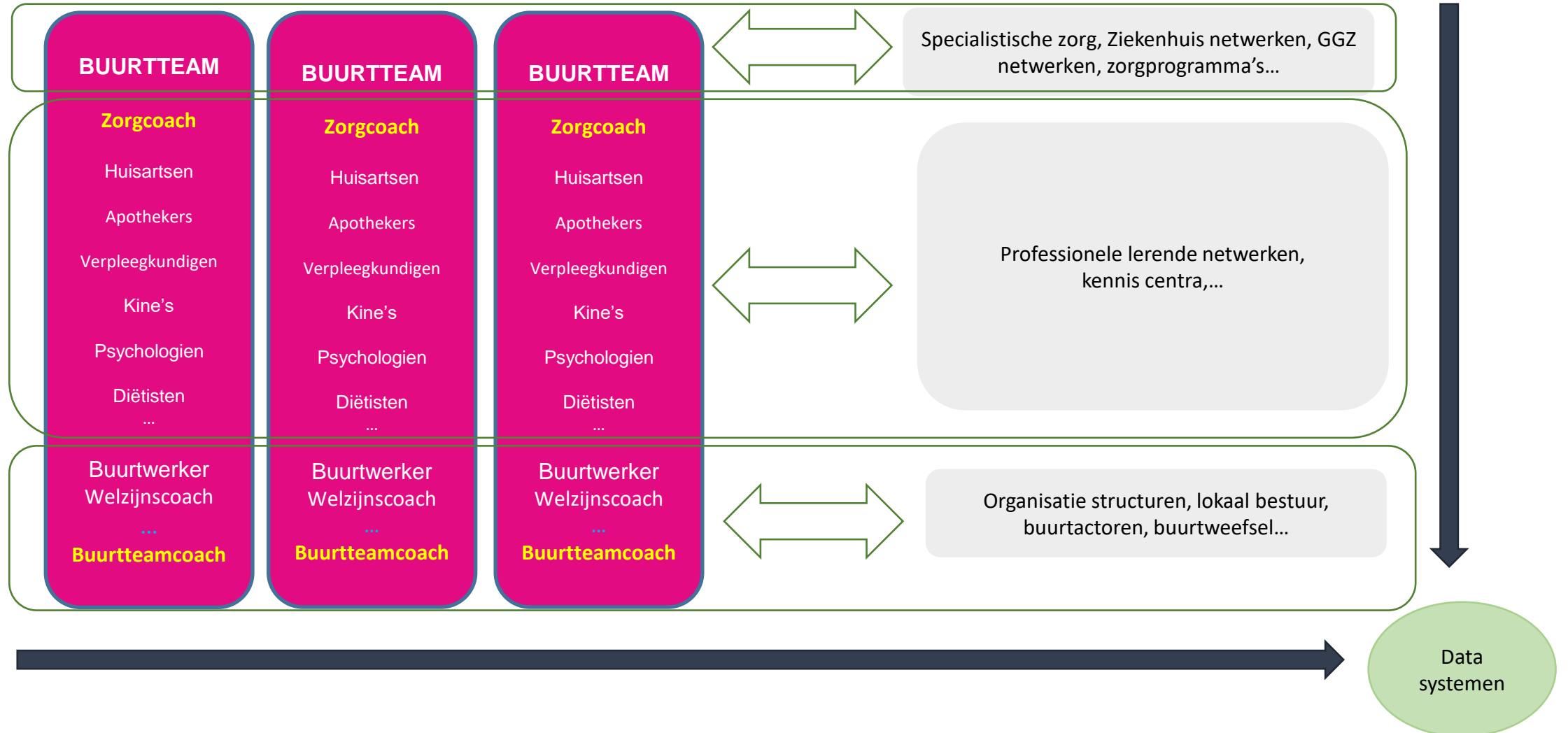
#144682772

GEÏNTEGREERDE ZORG
VOOR EEN BETERE GEZONDHEID



DES SOINS INTÉGRÉS
POUR UNE MEILLEURE SANTÉ

Voorstelling buurtteams en bijhorende ecosystemen



Deelacties van de buurtteamwerking

- **Populatiemanagement en stratificatie:** personen at risk opsporen en toeleiden tot acties: zorgcoördinatie, zelfregie, gezondheidsbevorderende acties,
- **Detectie van populatiegebonden** noden in de buurt -> zorgaanbod meer vraaggestuurd maken
- Implementatie van multidisciplinaire transmurale **zorgprogramma's** (Hartfalen, COPD, diabetes, CNI, GGZ...)
- (proactieve) **zorgoördinatie**, inzetten op zelfregie, patiëntenparticipatie
- **Zorgplan** samen met de zorgvrager ifv individuele zorgnoden, **zorgplanningsgesprekken** op maat
- **Populatiegerichte acties** rond vaccinatie, vroegdetectie, (*spirometrie, hartfalen detectie ...*)
- Coördinate van het **medicatiebeleid**, promoten huisapothekerschap
- Inzetten op **vroege detectie** van chronische aandoeningen bv spirometry, NTproBNP test voor hartfalen...
- **Acties** rond preventie, empowerment, educatie en voorlichting gezonde levensstijl, verbeteren gezondheidsgeliterdheid zowel individueel als in groep
- **Zelfevaluatie**, opvolging dashboards, benchmarking, ...
- Inzetten op **connectie** met welzijnsactoren, buurtweefsel



Centrale rollen en tools in de buurtteamwerking

Buurtteamcoach: Een lid van het buurtteam, die ook een organisatorische trekkersrol opneemt.

- De buurtteamcoaches vormen een verlengde van het integratiemanagementteam. Hierdoor willen we maximaal inzetten op verduurzaming.
- Buurtteams worden van binnenuit versterkt en een deel van de ondersteuning verplaatst van het meso-niveau naar micro niveau
- Naar analogie met de praktijkondersteuner in een praktijk is de buurtteamcoach de praktijkondersteuner voor het buurtteam. Hij werkt nauw samen met de populatiemanager en kan de gegevens uit de dashboard helpen vertalen naar acties in de buurt.

Zorgcoach: is het aanspreekpunt voor de **proactieve zorgcoördinatie** en afstemming van de zorg:

Step up binnen de buurtteamwerking om complexe problemen aan te pakken ingebed in een getrappt systeem van zoco:

- Zelfregie door de patiënt en/of coördinatie door omgeving van de patiënt
- Coördinatie door het individuele zorgteam
- Coördinatie door de zorgcoach van het buurtteam

Zorgplan: tool om zelfmanagement van de zorgvrager te stimuleren en communicatie met het zorgteam te faciliteren. Het zorgplan is een resultaat van een **zorgplanningsgesprek** waarin doelen en te plannen acties worden besproken

Population health management dashboard: om zicht te krijgen op de zorgopvolging op praktijk/buurtniveau. Het buurtteam krijgt richting ifv gezamenlijke acties (bv. sensibilisatie, gezondheidspromotie, ...)

Het buurtteam neemt samen verantwoordelijkheid om de zorg voor een bepaalde populatie maximaal op te nemen



Huisarts en/of zorgcoach: In kaart brengen van zelfredzaamheid, mate van regie



Zorgcoach houdt bij en geeft door aan ZZL



Patiënt kan zelf verder met zorgplan, zorgt zelf voor opvolging van de afspraken die werden gemaakt



Eigen regie



Zorgplan delen met individueel zorgteam
Patiënt slaagt er niet in zorgplan alleen op te volgen, heeft begeleiding nodig, maar casus is niet erg complex.



Follow-up 'light'



Complexe situatie met intensieve follow-up
Huisarts verwijst patiënt door naar zorgcoach, doet zorgplanningsgesprek met patiënt en zorgt voor verdere follow-up



Zorgcoach



Buurtteams doen acties op verwijzing 'vindplaatsgericht samenwerken'

Het buurtteam is een **vindplaats** voor:

- **Zorgcoach:** deze heeft een centrale rol voor de zorgcoördinatie via samenwerking met het buurtteam en is ook vlot bereikbaar voor andere zorg en welzijnsactoren in de buurt
- **ELP:** de eerstelijnspsycholoog maakt deel uit van het buurtteam en is laagdrempelig toegankelijk in de buurt
- **Welzijnscoach:** een nieuw initiatief van de zorgzame buurt dat samen met het buurtteam wordt toegepast
- **Bewegingscoach:** BOV is een bestaand initiatief voor individueel of groepsaanbod in kader van een gezondheidsbevorderende actie voor een buurtteampopulatie, ook toegankelijk voor de buurt
- **Buurtsupport GGZ:** een lokale link in de buurt met het GGZ netwerk
-



Drie verhalen uit Zorgzaam Leuven

GEÏNTEGREERDE ZORG
VOOR EEN BETERE GEZONDHEID



DES SOINS INTÉGRÉS
POUR UNE MEILLEURE SANTÉ

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





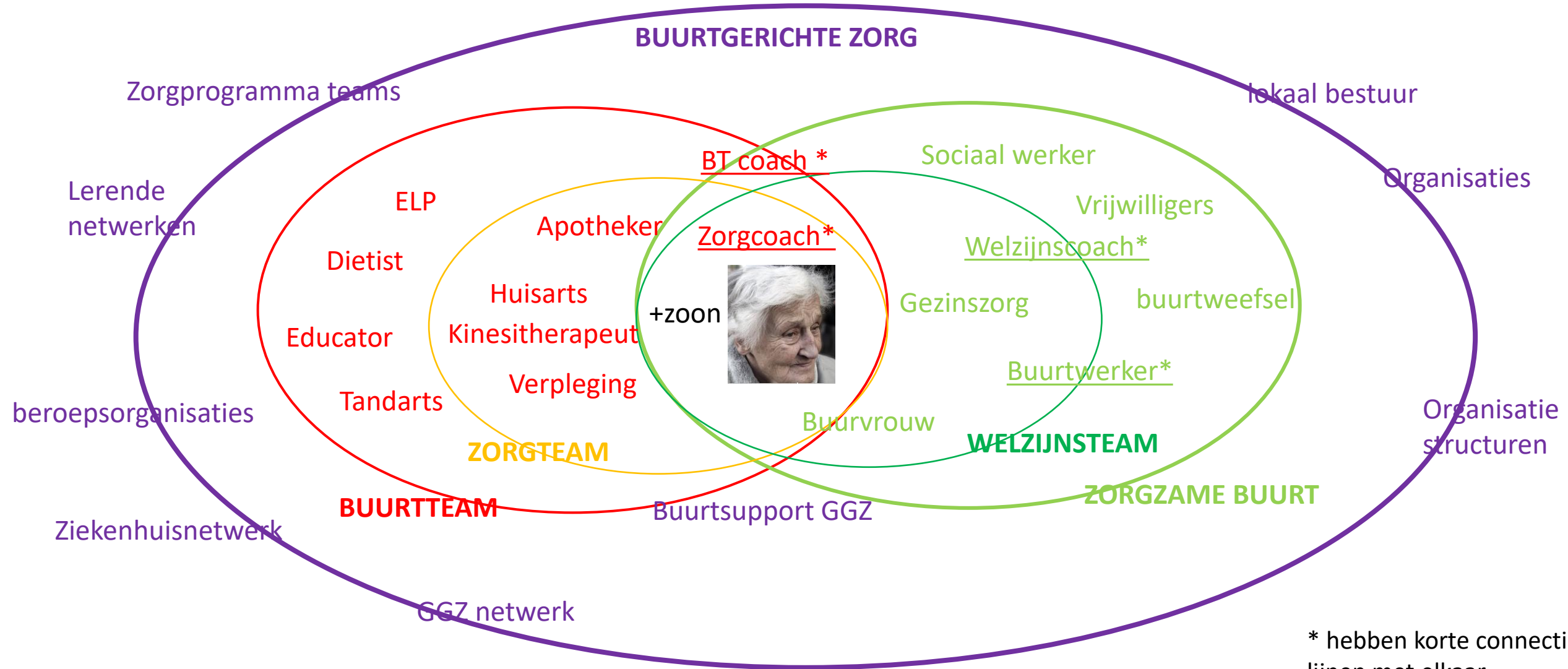
Welke oplossingen willen we via proactieve zorg bieden aan groepen mensen zoals Julia?

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

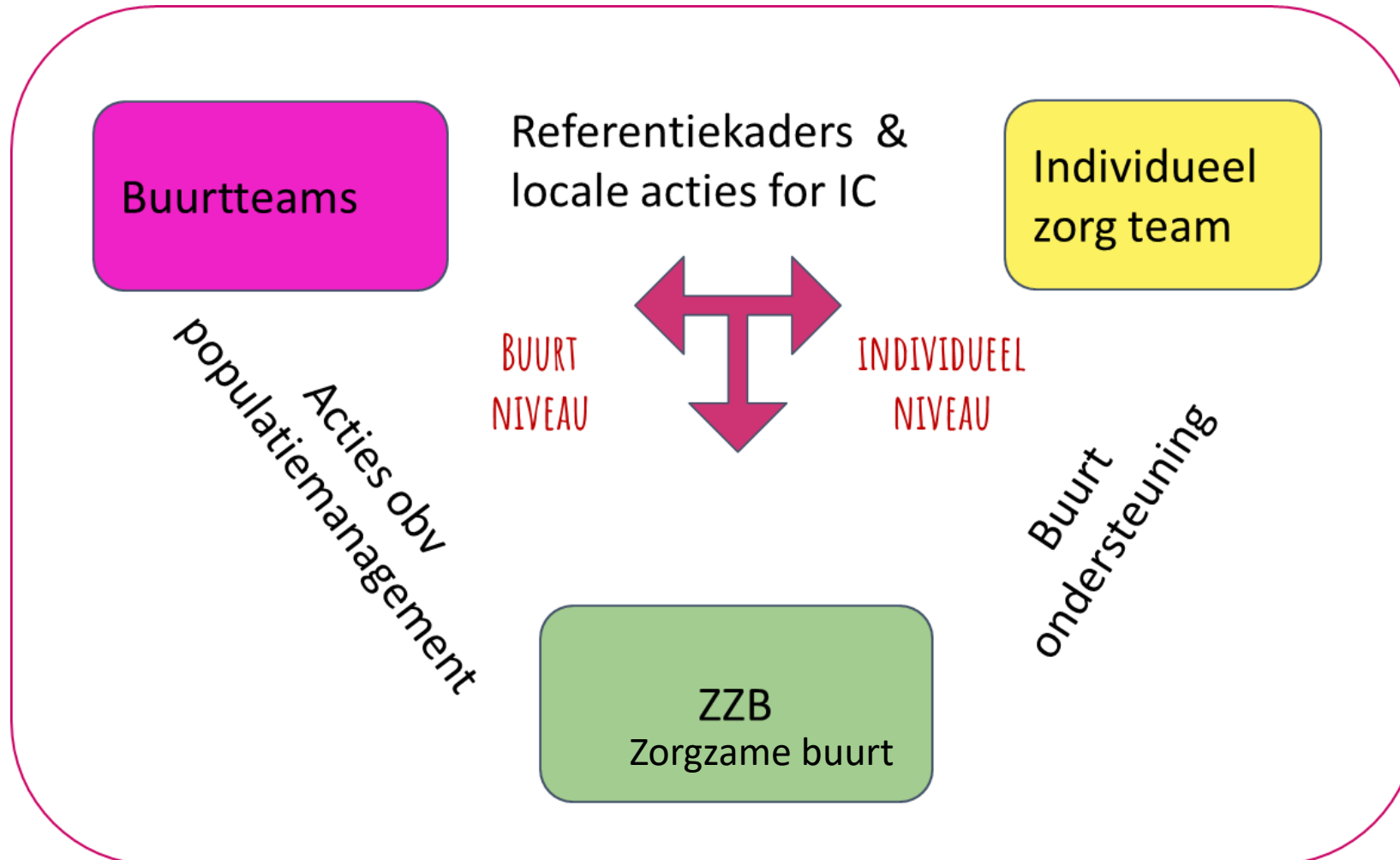
Enkele voorbeelden:

- **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

Buurtgerichte, nabije zorg met zoveel mogelijk connectie tussen alle actoren, gefaciliteerd door centrale figuren*



Onderlinge dynamieken



Hoe ziet het verhaal van Julia er dan uit...

De situatie van Julia vraagt om veel samenwerking in een geïntegreerd systeem. Gelukkig is de buurvrouw er, maar natuurlijk kan zij niet alle zorg voor Julia georganiseerd krijgen.

Zorgcoach Karin

Daarom schakelt de huisarts **zorgcoach Karin van het buurtteam in**, die meer tijd kan maken voor een **zorgplanningsgesprek** en bijhorende acties. Natuurlijk nadat dit eerst met Julia werd besproken en ze hier haar toestemming voor geeft.

Karin zal het gesprek afstemmen op het tempo van Julia en ook ruimte maken voor het bespreken van **doelen**, het inzetten van extra zorg, enz.

Zorgcoördinatie, zorgplan en zorgteam

Deze afspraken zetten ze samen in een kort overzichtelijk, voor Julia begrijpelijk **zorgplan** dat door Karin ook aan de rest van het **zorgteam** wordt bezorgd. Hierin ziet iedereen wie ook in het zorgteam zit en welke taken reeds worden opgenomen. Er is ruimte voor de aandachtspunten van het zorgproces van Julia, alsook voor andere ondersteuning zoals buurtwerker, welzijnscoach, vrijwilligers enz...

Op deze manier kunnen we samen vermijden dat de situatie van Julia ontspoord en er op bepaald moment 'ad hoc' tijd moet worden gemaakt voor een urgent MDO waar alle betrokken actoren tegelijk tijd voor moeten maken. Of erger nog, dat de situatie plots zo erg uit de hand is gelopen zodat er plots drastische maatregelen moeten worden getroffen.

In het geval van Julia zal de zorgcoach op regelmatige basis even langs moeten lopen om te kijken of alles loopt, eigenlijk bij wijze van spreken een langgerekt (remote) MDO, en het zorgteam en andere ondersteuners weten ook heel goed hoe ze Karin kunnen bereiken indien ze zich zorgen maken.

Het succes van de buurtgerichte aanpak

De herkenbaarheid van **spilfiguren** voor heel **nabije zorg**, zodat korter op de bal kan worden gespeeld. Zorgverleners en welzijnsactoren in de buurt kennen zorgcoach Karin, en Karin kent de buurtwerker, welzijnscoach, de andere zorgverleners, evt ook vrijwilligers in de buurt goed... Ze weten elkaar snel te vinden wat zorgt voor **samenwerking en vertrouwen**.

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





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

Disease management en multidisciplinaire zorg/welzijn via zorgprogramma's

Enkele voorbeelden

- **Voor het zorgteam: afspraken volgens zorgprogramma** diabetes met taakverdeling en structuur vastgelegd in een zorgplan
- **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
- ...

En hoe ziet het verhaal van Eddy eruit?

Ook Eddy is het best geholpen met een geïntegreerde aanpak. **Barometers** op praktijkniveau geven mogelijkheden aan zorgverleners om zelf een rol op te nemen in **populatiemanagement** zodat Eddy niet meer tussen de mazen van het net glipt.

In een **zorgplanningsgesprek** kunnen een aantal aandachtspunten en werkpunten samen met Eddy besproken worden. In de opstart van het zorgplan gaat wellicht extra tijd moeten vrijgemaakt worden om samen met hem op zoek te gaan naar **doelen** en vooral naar zaken die hem kunnen motiveren.

Als deze tijdsinvestering voor de huisarts of een andere zorg- of welzijnswerker uit de omgeving van Eddy niet lukt kan ook **zorgcoach** Karin ingezet worden. Alweer uiteraard met instemming van Eddy. Hierbij zal er vooral in het begin intensiever met Eddy zelf gewerkt moeten worden om voor hem een haalbaar zorgproces op te starten waar hij zelf meer en meer regie opneemt in verloop van tijd. De proactieve zorgcoördinatie wordt dus op maat ingezet met de bedoeling om dit af te bouwen naar **zelfregie**. Eddy neemt zelf initiatief om zijn zorgteam samen te stellen en er ook verder mee af te spreken. Het zorgplan is hierin voor hem houvast en Karin is bereikbaar waar nodig.

De **ELP** kan ingezet worden om Eddy te ondersteunen in gedragsverandering, hij kan samen met een diëtist aan de slag met zijn voedingsgewoonten en hij kan toegeleid worden naar laagdrempelig aanbod in de buurt rond gezondheidsgeletterdheid en levensstijl.

De **buurteamcoach** kan indien het buurtteam hiervoor kiest dergelijke aanbod samen met de buurt en het buurtcentrum organiseren, een specifieke doelgroep hiervoor sensibiliseren. Indien Eddy ook nood heeft aan het verbreden van zijn **sociaal netwerk** kan de zorgcoach of een ander teamlid hem toeleiden naar de **welzijnscoach**. Of indien de psychische kwetsbaarheid van Eddy weer de kop opsteekt kan de huisarts, zorgcoach of iemand van het zorgteam snel beroep doen op de buurtsupport van GGZ, om de aanpak mee te oriënteren.

En inderdaad, misschien kan Eddy af en toe wel eens langsgaan bij Julia om een babbel te doen. De buurtwerker weet waar Eddy als **vrijwilliger** ergens bij zou kunnen helpen...

Dit is Jan

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



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

Jan actiever betrekken – empowerment!

Zelfmanagement stimuleren en hem hierin maximaal ondersteunen

Enkele voorbeelden

- Aanzetten tot gezonde **levensstijl, preventie**
- **Toeleiden 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
- ...

Ook voor Jan is er een verhaal....

Jan glipt tussen de mazen van het net. Zonder vaste huisarts en met weinig gezondheidsvaardigheden loopt hij kans om op een bepaald moment toch in problemen te geraken.

Het gebrek aan vaste huisarts is uiteraard geen ideale situatie, maar in een buurt waar een **gestructureerd netwerk van eerstelijns zorg- en welzijnsactoren** actief is, kunnen zorgactoren die wel met Jan in contact komen hem overtuigen er iets aan te doen.

Ondertussen kan Jan ook gebruik maken van het aanbod aan **gezondheidsacties** die in zijn buurt georganiseerd worden door het buurtteam en de buurtwerkers. Zo zal hij misschien wel door zijn goede kameraad Jef mee genomen worden naar een info avond over rookstop, of kan hij ook wel eens een wandelsessie van de BOV coach meedoen, als hij nadien nog wat kan nakeuvelen met zijn vrienden. Ook een gezamenlijke vaccinatie actie in de buurt kan hem misschien overhalen om toch een vaste huisarts uit te kiezen...

De keuze van de activiteiten waarop wordt ingezet in de buurt kan door de **buurtteamcoach en populatiemanager** ondersteund worden door data uit 'je buurt in cijfers' voor te leggen aan het buurtteam. De **zorgcoach** kan nog aanvullen met trends uit de dashboards van de praktijken uit het buurtteam. Hieruit kunnen patronen worden afgeleid die aandacht verdienen, hiaten waarvoor een aanbod moet komen, of doelgroepen waarop extra moet worden ingezet....

Dank voor uw aandacht

www.zorgzaamleuven.be

GEÏNTEGREERDE ZORG
VOOR EEN BETERE GEZONDHEID



DES SOINS INTÉGRÉS
POUR UNE MEILLEUR

Zorgzaam Leuven

