



GEÏNTEGREERDE ZORG  
VOOR EEN BETERE GEZONDHEID

## Kandidatuur locoregionaal actieplan

### PILOOTPROJECTEN “GEÏNTEGREERDE ZORG VOOR CHRONISCH ZIEKEN”

Titel van het project:

Zorgzaam Leuven

**Voor een geldige indiening van deze kandidatuur, gelieve:**

- Onderstaande Word template **volledig** in te vullen
- Deze ingevulde Word template en eventuele bijlagen<sup>1</sup> elektronisch in te dienen in één emailbericht op het e-mailadres: [chroniccare@health.belgium.be](mailto:chroniccare@health.belgium.be)<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Maximaal 4 bijlagen: alle mandaten in één pdf (zie volgende pagina), de gantt chart in Excel (zie D.2. Projectplan), het model van overeenkomst integratiemanagement (zie D.4. Governance) en optioneel de Toolbox in Excel, aangereikt door het coaching team (zie D.2. Projectplan)

<sup>2</sup> De exacte datum zal later meegedeeld worden, wetende dat dit binnen de 30 dagen moet zijn na de publicatie van het Koninklijk Besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het RIZIV overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van pilootprojecten voor geïntegreerde zorg in het Belgisch Staatsblad.

# Engagementsverklaring

**Indien dit pilootproject wordt weerhouden voor de uitvoeringsfase, verplicht het consortium zich tot de volgende voorwaarden:**

- Het aanvaarden van de externe evaluatie in het kader van de wetenschappelijke evaluatie.
- Het registreren en ter beschikking stellen van gegevens.
- Het deelnemen aan opleidingen, intervisies en uitwisselingsactiviteiten georganiseerd door de overheden of in het kader van de wetenschappelijke begeleiding.
- Het gebruiken van de door de overheden ontwikkelde instrumenten en methodieken.
- Het laten aansluiten van de ICT-ontwikkelingen bij de filosofie van het actieplan eGezondheid.
- Aansporen van bevolking om hun geïnformeerde toestemming te geven via eHealth om elektronisch gegevens te delen tussen verstrekkers die een therapeutische relatie hebben met de rechthebbende.
- Het progressief uitbreiden van het aantal geïnccludeerde personen en het aantal partners in het consortium.
- Het voorkomen van uitsluiten van nieuwe partners.
- Het afsluiten van een overeenkomst met het Verzekeringscomité met respect voor de bepalingen voorzien in het Koninklijk Besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het RIZIV overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van pilootprojecten voor geïntegreerde zorg.

Zoals beschreven in art. 5 van het KB, kan de kandidatuur ingediend worden door een vertegenwoordiger van de partners van het consortium. Hiervoor dient deze vertegenwoordiger een mandaat te hebben van elk van de partners dat de engagements die de partners opnemen in het voorstel bevestigt.

De partners kunnen hun mandaat geven via een ondertekend formulier of via een email. Alle mandaten gegeven door de partners van het consortium dienen bijgevoegd te worden in één bijlage bij het indienen van het kandidaatsdossier. De hieronder gevraagde handtekening van de gemandateerde geldt als akkoord voor de engagementsverklaring voor alle partners.

## **Gegevens gemandateerde:**

**Voornaam:** Marie Van de Putte en Gijs Van Pottelbergh

**Naam:** Van de Putte – Van Pottelbergh

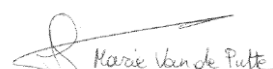
**Adres :** Leopold-I-straat 24, 3000 Leuven

**Postcode + Gemeente :** 3000 Leuven

**Telefoon/Gsm:** 0486/83 54 20

**E-mail:** zorgzaamleuven@gmail.com

Handtekening  


  
Marie Van de Putte

### Korte samenvatting van het project (MAX 800 woorden)

“Zorgzaam Leuven” is geconcepieerd als een langlopend regio-veranderingstraject, met een pilootfase in de periode 2017-2021. Het project wordt met alle betrokkenen in de zorg voor chronisch zieken aangevat binnen de fusiegemeente Groot Leuven. Het is een impulsprogramma dat zich richt op een grondige en blijvende vernieuwing in lijn met de “quadruple-aim” doelstellingen. Een centraal stimuleringsorgaan opgericht ter ondersteuning van de uitvoering van een breed projectplan, dat in co-creatie met alle partners werd uitgewerkt. Het plan steunt op drie pijlers, richt zich naar drie onderscheiden doelgroepen, beoogt het behalen van 10 onderling sterk verweven strategische doelen en 35 operationele doelen.

Het Leuven consortium omvat op moment van indiening 54 lokaal betrokken organisaties, geleid door een stuurgroep die zowel de stad en de bevolking, de welzijnszorg, de gezondheidszorg, de eerste- en de tweedelijnsdiensten vertegenwoordigt. Zorgzaam Leuven heeft een open netwerkstructuur van niet hiërarchische betrokkenheid en mikt op innoverende netwerken en zelfsturende lokale teams.

## 1. DRIE PIJLERS

1. **Populatiegericht denken, prioriteren en evalueren.** De bevolkingsinformatie van de hele Leuvense populatie wordt maximaal uit diverse bronnen samengebracht in een operationele databankvorm. Acties en ondersteuning worden steeds gericht op omschreven deelpopulaties. Tijdslijnen worden uitgetekend, zodat evaluatie, bijsturing en extrapolatie mogelijk wordt.
2. **Het ‘zorgzame buurt’ concept vanuit een nabij en ondersteunend buurtweefsel.** Door schaalverkleining tot 8 buurten en 24 wijken mikken we op kleinschalige zorgintegratie rond de chronisch zieke, zijn omgeving en een natuurlijke multidisciplinaire integratie van de nabije zorgverleners. Bestaande teamwerking rond de patient binnen de wijk wordt gestimuleerd. Het gemeenschappelijk gebruik van persoonsgerichte zorgmodellen, gericht op de individuele levensdoelen van mensen, is hierbij cruciaal en wordt uitgebouwd en getraind. Vanuit bestaande ankerpunten wordt buurtmanagement ondersteund, inclusief gerichte acties voor mantelzorg en creatief vrijwilligerswerk. Drie ontwikkelingslijnen vanuit de bevolking, de welzijnszorg en de gezondheidszorg willen we versneld convergeren.
3. **Slimme acties in co-creatie.** We kiezen bewust voor “slimme acties”, katalysator-acties die enkelvoudig en controleerbaar worden opgezet, uitdrukkelijk met oog op een breder veranderingseffect. “In co-creatie” betekent dat we nieuwe acties maximaal op goed lopende initiatieven van bestaande Leuvense organisaties enten. Hierdoor zal verandering van binnenuit groeien vanuit een groot draagvlak. Aanvullende acties helpen richten, intensiveren en convergeren : het aanleggen van dataverzamelingen en beheersmodellen, de aanwezigheid van zorgcoaches om samenwerking te bevorderen over de lijnen heen, informatiseren aan de hand van m-Health toepassingen, het geïntegreerd dossierbeheer en beveiligde communicatie. We voorzien opleiding via intervisie tussen zorgteams, met veel aandacht voor het aspect zelfmanagement en ondersteuning van de mantelzorger. **ZZL mag niet louter gezien worden als één groot project, het omhelst veeleer een brede veranderingsbeweging, die van bij de start al berust op 35 convergerende actielijnen.**

## 2. FOCUS OP 3 DOELGROEPEN

### Doelgroep I: de meest kwetsbare chronisch zieken

Definitie: door opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten is zorgintegratie hier het moeilijkst. De definitie van kwetsbaarheid is nog conceptueel. Het project zal over de jaren een steeds betere populatieomschrijving uitwerken van de meest kwetsbare populatie via drie sporen: vanuit bestaande

databanken, via frailty schalen vooral bij ziekenhuiscontacten, en via een verantwoorde inschatting door nabije zorgactoren.

*“Slimme acties”*: een aanvullend casemanagement op mesoniveau en zorgcoördinatie op generalistisch microniveau wordt geconcipieerd en uitgewerkt. Daarnaast wordt ook de plaats en inbreng van thematische coaches verkend. Voor de meest kwetsbaren wordt het 24/7 flexibel thuiszorgaanbod afgestemd, de tijdelijke zorgovername voor WZC bewoners wordt uitgewerkt, alsook het revaliderend kortverblijf, de groepsrevalidatie in de eerstelijns en het voeren van een rationeel medicatiebeleid.

#### **Doelgroep II: personen met complex-chronische aandoening(en)**

*Definitie*: chronische ziekten met ernstige impact, complexe leefsituaties en/of multimorbiditeit.

*“Slimme acties”*: ZZL zal multidisciplinaire zorgprogramma's ontwikkelen, gericht op een aanpak van bestaande multimorbiditeit. En dit voor tenminste 5 frequente chronische ziekten zoals diabetes mellitus type 2, chronische obstructieve pulmonaire ziekte (COPD), chronisch hartfalen, chronisch nierlijden en chronisch psychisch lijden. Daarin gaat veel aandacht naar empowerment, zelfmanagementvaardigheden en het verbeteren van health literacy. Rationeel medicatiegebruik is ook hier één van de invalshoeken.

#### **Doelgroep III: personen met risico op chronische aandoening in de gezonde populatie**

*Definitie*: Doelgroep is de hele populatie, die “nog niet” onder doelgroep 1 en 2 valt. We zetten vooral in op gezonde leefstijl bevordering, verhoging van weerbaarheid, en voorkomen van afhankelijkheid.

*“Slimme acties”*: interventies gaan over een waaier van acties zoals bijvoorbeeld bepaald in “Leuven Gezonde Stad”. Ook acties rond vroegtijdige zorgplanning vallen hieronder. Er wordt sterk ingezet op ondersteuning van de mantelzorger.

### **3. BAANBREKEND OP HET GEBIED VAN ZORGFINANCIERING**

De eerste twee jaren werken we met de projectsubsidies, waar mogelijk aangevuld met extra inbreng vanuit de consortiumpartners door oriëntatie van mensen en werkingsmiddelen naar de projectdoelen. De jaarlijkse projectsubsidies worden vooral ingezet op projectsturing en directe coaching van professionals.

**Het sluitstuk: het Leuven project als “integrator-functie” in de regio. Een ontmoetingsplaats, virtueel of fysiek, waar regionale interventies gepland en aangestuurd worden, regionale trainingen georganiseerd worden, coaching en intervisie plaats heeft. Vanuit een visie naar populatiegericht en kwaliteitsvol werken, dataverzameling en analyse.**

## INHOUD

|     |                                                                                              |     |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A.  | Contextueel kader.....                                                                       | 6   |
| 1.  | Administratieve gegevens.....                                                                | 6   |
| 2.  | Geografische activiteitenzone .....                                                          | 7   |
| 3.  | Samenstelling van het consortium.....                                                        | 9   |
| B.  | Risicostatificatie van de populatie en middelencartografie .....                             | 13  |
| 1.  | Voorbereidend werk .....                                                                     | 13  |
| 2.  | Stratificatie / Objectivering van de behoeften en risico's in de regio .....                 | 18  |
| 3.  | Cartografie van de middelen .....                                                            | 39  |
| 4.  | SWOT analyse van de regio.....                                                               | 42  |
| C.  | Doelgroep en inclusie.....                                                                   | 47  |
| 1.  | Inclusiecriteria.....                                                                        | 47  |
| i.  | Administratieve doelgroep .....                                                              | 47  |
| ii. | Operationele doelgroep.....                                                                  | 47  |
| 2.  | Inclusieprocedure .....                                                                      | 51  |
| D.  | Locoregionaal actieplan voor de ontwikkeling van geïntegreerde zorg voor chronisch zieken... | 55  |
| 1.  | Visie en doelstellingen .....                                                                | 55  |
| 2.  | Projectplan.....                                                                             | 61  |
| 3.  | Financieel plan .....                                                                        | 127 |
| 4.  | Zelf-evaluatie .....                                                                         | 132 |
| i.  | Data-analyse .....                                                                           | 132 |
| ii. | Verbetering implementeren op basis van zelf-evaluatie.....                                   | 133 |
| 5.  | Governance van het project .....                                                             | 134 |
| i.  | Modaliteiten van samenwerking tussen de partners .....                                       | 134 |
| ii. | Interne organogram project met samenstelling, bevoegdheden en functionering.....             | 135 |
| 6.  | Communicatieplan.....                                                                        | 145 |

## A. CONTEXTUEEL KADER

### 4. ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

#### Project

**Titel:** Zorgzaam Leuven

**Generiek mailadres:** zorgzaamleuven@gmail.com

#### Coördinator

**Opmerking:** Indien de coördinator voor de uitvoeringsfase nog niet werd gekozen, gelieve dan de functiebeschrijving die het consortium zal gebruiken, toe te voegen (zie deel D.4.Governance).

☐ Mr.

☐ Mevr.

**Voornaam:** De coördinator voor de uitvoeringsfase werd nog niet gekozen. De functiebeschrijving wordt hieronder weergegeven.

#### Profiel coördinatoren:

- kennis van de pilootzone en het zorglandschap
- kennis van de organisatie van zorg- en hulpsystemen
- luistervaardigheid en bemiddelingstechnieken om te komen tot een consensus
- projectmanagement vaardigheden
- change management vaardigheden
- presentatie- en vergadertechnieken
- redactievaardigheden van verslagen en rapporten

#### Opdracht coördinator(en)

- het project coördineren met aandacht voor evenwicht en harmonie binnen het consortium
- netwerkleaderschap opnemen passend bij een niet-hiërarchische netwerkstructuur. De functie van leiderschap richt zich op verbinding, navigatie, realisatie door duidelijke en gedeelde verantwoordelijkheden te leggen bij de partners in het consortium
- gedragsverandering teweeg brengen bij zorgverleners en personen met een zorgnood via specifieke acties, ondersteund door verandercoaches
- zoeken naar externe financiering
- verbindingen maken en relaties onderhouden met stakeholders, realiseren van synergieën tussen acties, zorgen voor draagvlak en vertrouwen
- informeren en inspireren van alle partners binnen en buiten het consortium m.b.t. de verschillende initiatieven
- de stuurgroep informeren over de voortgang en evaluatie van de acties
- communiceren naar de bevolking en naar zorgverleners, stakeholders
- er wordt één aanspreekpersoon aangesteld die het project vertegenwoordigt t.o.v. de overheden, eventuele problemen rapporteert naar de Interadministratieve Cel Chronische Ziekten, deelneemt aan de nationale overleg-, vormings- en intervisiemomenten

**Naam:** Klik hier als u tekst wilt invoeren.

**Adres :** Klik hier als u tekst wilt invoeren.

**Postcode + Gemeente :** Klik hier als u tekst wilt invoeren.

**Telefoon:** Klik hier als u tekst wilt invoeren.

**Gsm:** Klik hier als u tekst wilt invoeren.

## 5. GEOGRAFISCHE ACTIVITEITENZONE

**Geef de naam, postcode en NIS-code van de betrokken gemeenten, incl. deelgemeenten/districten.**

- ⇒ **De geografische activiteitenzone bestaat uit aaneengesloten gemeenten. Wegens de geografische samenstelling geldt deze voorwaarde tot aaneensluiting van (deel)gemeenten niet voor de Duitstalige Gemeenschap**
- ⇒ **De gemeenten kunnen geïdentificeerd worden op basis van de NIS-code of indien deze niet nauwkeurig genoeg is op niveau van een statistische sector (projecten in Brussel).**
- ⇒ **Een (deel)gemeente en district kan maar behoren tot één pilootproject.**

| Postcode | Nis-code | Gemeente            |
|----------|----------|---------------------|
| 3018     | 24062    | Wijgmaal            |
| 3012     | 24062    | Wilsele             |
| 3010     | 24062    | Kessel-lo           |
| 3000     | 24062    | Leuven (Centrum)    |
| 3000     | 24062    | Leuven (Korbeek-lo) |
| 3001     | 24062    | Heverlee            |
| 3001     | 24062    | Heverlee (Haasrode) |

De projectregio bestaat uit de fusiegemeente Leuven. Gezien de opdeling van de bredere Oost-Brabantse regio (waar Leuven een deel van is) in zorgregio's nog niet duidelijk is op dit moment, is het de keuze van het consortium om te starten met enkel de fusiegemeente Leuven.

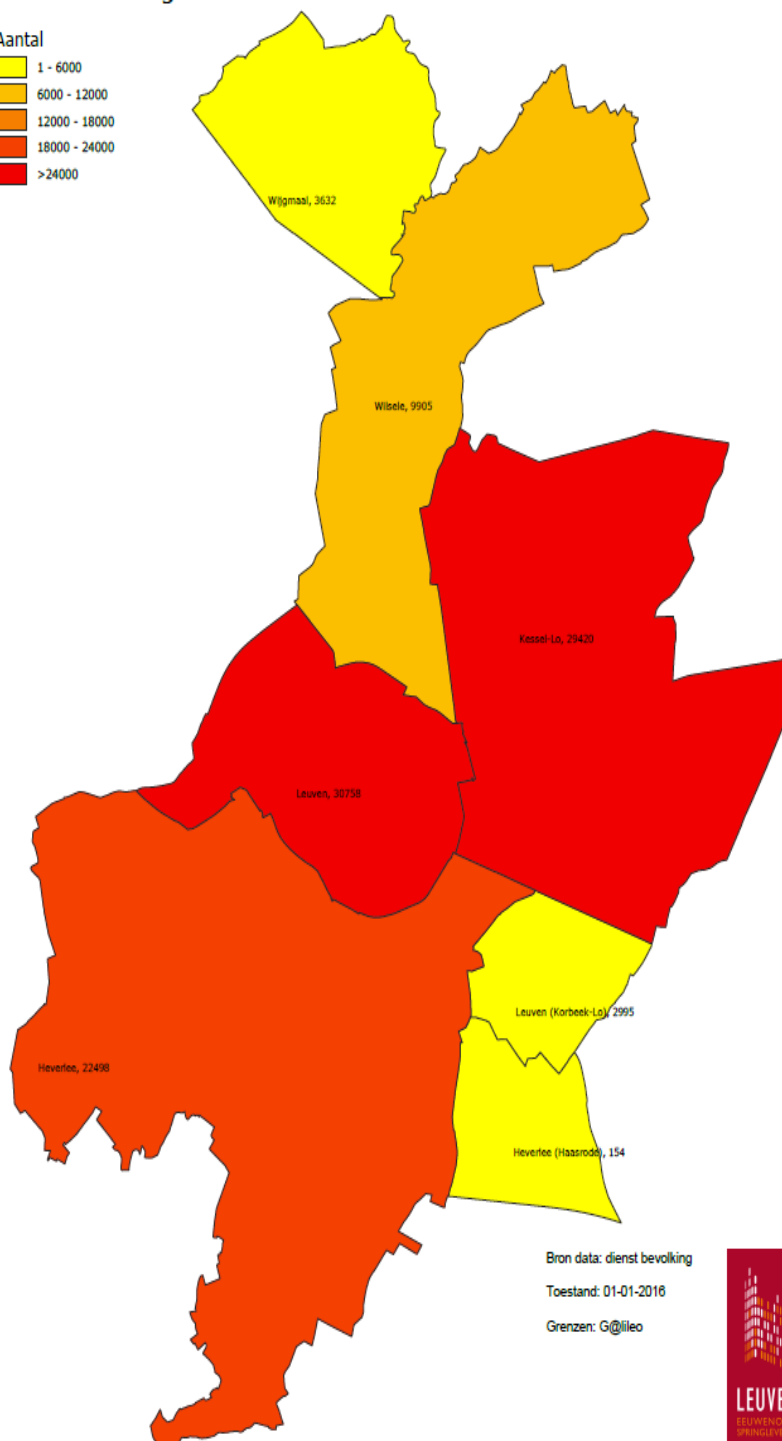
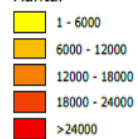
Indien in het kader van de vorming van zorgregio's één of meerdere buurtgemeenten van Leuven opgenomen worden in de zorgregio waartoe Leuven zal behoren is het de intentie van het consortium om deze gefaseerd mee op te nemen in deze proefregio. Gezien er reeds goede contacten bestaan binnen de regio rond Leuven zal dit uitbreiden van de proefregio, indien van toepassing, erg snel kunnen gaan.

**Geef het aantal inwoners binnen de geografische activiteitenzone (referentiejaar: 2016). Motiveer indien de grootte van de populatie in de geografische activiteitenzone afwijkt van de vooropgestelde 100.000 à 150.000 inwoners.**

Het aantal gedomicilieerde inwoners binnen onze geografische activiteitenzone bedraagt op 01/01/2016: 99362 en ligt net onder de vooropgestelde 100.000 inwoners (noot: 01/01/2017: 100.413 inwoners). In Leuven zijn er bijkomend nog een 50.000 tal studenten en personen met een tijdelijk verblijf, die ook gebruik maken van de gezondheidszorg- en welzijnsvoorzieningen. In onderstaande figuur wordt het aantal inwoners per deelgemeente weergegeven.

## Inwoners deelgemeenten

Aantal



## 6. SAMENSTELLING VAN HET CONSORTIUM

**Actualiseer de identificatie van de projectpartners op het moment van indiening kandidatuur.**

| <b>Naam van de partner/organisatie/<br/>groepering<br/><br/>+ vermelding deelnemende<br/>diensten indien van toepassing<br/><br/>(+ RIZIV-nummer indien van<br/>toepassing)</b> | <b>Type sector<sup>3</sup><br/><br/>+ Rol binnen de<br/>zorgsector / type<br/>activiteit</b> | <b>Verantwoordelijke die de organisatie<br/>vertegenwoordigt : naam + functie<br/>binnen de organisatie</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MCH Leuven,<br>Polykliniek 94091087100, labo<br>82465044998                                                                                                                     | Medisch specialisten<br>Polykliniek en<br>laboratorium                                       | Dr. Jozef Van Deun, voorzitter Raad<br>van Bestuur, huisarts                                                |
| KHOBRA vzw                                                                                                                                                                      | 1 <sup>ste</sup> lijn<br>Huisartsenkring Leuven<br>en omstreken                              | Filip Charlier, voorzitter                                                                                  |
| Domus Medica vzw,<br>+ diverse onderdelen van de<br>vereniging                                                                                                                  | 1 <sup>ste</sup> lijn<br>Vereniging van en voor<br>Vlaamse huisartsen                        | Dr. Roel Van Giel, voorzitter                                                                               |
| Leuvense kinesitherapeuten Kring<br>(LKK)                                                                                                                                       | 1 <sup>ste</sup> lijn<br>Kinesitherapie                                                      | Dirk Bellemans, voorzitter                                                                                  |
| Wit-Gele Kruis Vlaams – Brabant,<br>en diensten Zorgkwaliteit en<br>innovatie                                                                                                   | Type sector: 1 <sup>ste</sup> lijn<br>Thuisverpleging                                        | Els Mathues, algemeen directeur                                                                             |
| Kring Zelfstandige<br>Verpleegkundigen Leuven vzw                                                                                                                               | 1 <sup>ste</sup> lijn<br>Verpleegkundigen                                                    | Peter Feryn, voorzitter                                                                                     |
| Brabants Apothekers Forum                                                                                                                                                       | 1 <sup>ste</sup> lijn<br>Huisapothekers                                                      | Hilde Deneyer, voorzitter                                                                                   |
| Vlaamse vereniging voor Klinisch<br>Psychologen (VVKP)                                                                                                                          | 1 <sup>ste</sup> lijn<br>Psychologen                                                         | Thomas Janssens, afgevaardigde<br>chronische zorg                                                           |
| Verbond der Vlaamse Tandartsen                                                                                                                                                  | 1 <sup>ste</sup> lijn<br>Tandartsen                                                          | Jean-Paul Souffriau, lid uitvoerend<br>bestuur en voorzitter                                                |
| Expertisecentrum Kraamzorg en<br>Praktijk voor De Vroedkunde De<br>Bakermat                                                                                                     | 1 <sup>ste</sup> lijn<br>Vroedvrouwen                                                        | Maity Van Rilaer, coördinator<br>vroedvrouwenpraktijk                                                       |
| Vlaams Apothekers Netwerk                                                                                                                                                       | 1 <sup>ste</sup> lijn<br>Huisapothekers                                                      | Dirk Vos, Voorzitter                                                                                        |
| Algemeen Pharmaceutische Bond                                                                                                                                                   | 1 <sup>ste</sup> lijn<br>Huisapothekers                                                      | Lieven Zwaenepoel, voorzitter                                                                               |
| Wijkgezondheidscentrum vzw De<br>Central                                                                                                                                        | 1 <sup>ste</sup> lijn<br>Wijkgezondheidscentrum                                              | Dr. Lieve Vanhaverbeke, huisarts en<br>staflid                                                              |
| Wijkgezondheidscentrum De<br>Ridderbuurt                                                                                                                                        | 1 <sup>ste</sup> lijn<br>Wijkgezondheidscentrum                                              | Dr. Greet Van Kersschaever, huisarts                                                                        |
| Wijkgezondheidscentrum Caleido                                                                                                                                                  | 1 <sup>ste</sup> lijn<br>Wijkgezondheidscentrum                                              | Dr. Michaël Erkens, huisarts                                                                                |
| Familiehulp vzw - regio Leuven en<br>aanvullende diensten thuiszorg en<br>gezinszorg                                                                                            | 1 <sup>ste</sup> lijn<br>Thuiszorg                                                           | Bart Tirez, regiodirecteur Leuven                                                                           |
| Solidariteit voor het gezin vzw –<br>dienst welzijnszorg en dienst                                                                                                              | 1 <sup>ste</sup> lijn<br>Thuiszorg                                                           | Sandra Christiaens, regiocoördinator<br>Vlaams-Brabant                                                      |

<sup>3</sup> Type sector: 1<sup>ste</sup> lijn, 2<sup>de</sup> lijn, medisch specialisme, woonzorg, thuiszorg, overleg of coördinatiestructuur, patiëntenvereniging, welzijnssector, ziekenfondsen, non-profit sector, private sector, lokale overheden, enz.

|                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| thuisverpleging (bv: voetverzorging, logopedie, kinesitherapie) Gezinszorg                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                           |
| Landelijke Thuiszorg vzw, erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg                                                                                                          | 1 <sup>ste</sup> lijn Thuiszorg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Marleen Vanhees, directeur                                                                |
| Thuishulp vzw: Thuiszorgcentrum socialistische mutualiteit – dienst gezinszorg en aanvullende thuiszorg                                                                                    | 1 <sup>ste</sup> lijn Thuiszorg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Hans Heyndels, bestuurder                                                                 |
| Thuiszorg Brabant vzw: thuiszorgcentrum socialistische mutualiteit Brabant – Zorg en diensten aan huis (bv. woningaanpassing, voetverzorging, kine, logopedie). Regionaal dienstencentrum, | 1 <sup>ste</sup> lijn Thuiszorg, zorg en diensten aan huis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Marianne Sauvage, secretaris en schatbewaarder                                            |
| Zorg Leuven (4 WZC's, 3 lokale dienstencentra, 3 GAW (groepen van assistentiewoningen) en een centrum voor kortverblijf                                                                    | 1 <sup>ste</sup> lijn Woonzorg, thuiszorg en ouderenzorg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Koen Wuyts, algemeen directeur<br>Herwig Beckers, voorzitter                              |
| CAW Oost-Brabant                                                                                                                                                                           | 1 <sup>ste</sup> lijn Centrum voor algemeen welzijn                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Bert Lambeir, algemeen directeur                                                          |
| UZ Leuven en diverse diensten – engagement van betrokken specialisten                                                                                                                      | 2 <sup>de</sup> lijn en medisch specialisme Ziekenhuis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Marc Decraemer, gedelegeerd bestuurder                                                    |
| Regionaal ziekenhuis Heilig Hart en diverse diensten – engagement van betrokken specialisten                                                                                               | 2 <sup>de</sup> lijn en medisch specialisme Ziekenhuis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Prof. G. Van Herck en mevr. M. Vandeuren – voorzitter en ondervoorzitter Raad van bestuur |
| Z.org KU Leuven (UPC KU Leuven)                                                                                                                                                            | 2 <sup>de</sup> lijn Regionaal en universitair psychiatrisch centrum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Dr. Wim Tambeur, gedelegeerd bestuurder                                                   |
| Netwerk Diletti: netwerk GGZ volwassenen artikel 107, arrondissement Leuven                                                                                                                | Overkoepelend netwerk geestelijke gezondheidszorg, waarin vertegenwoordiging van 1 <sup>e</sup> , 2 <sup>e</sup> en 3 <sup>e</sup> lijnsvoorzieningen en – diensten, familie- en ervaringsdeskundigen, medisch specialisten, woonzorg, welzijn...                                                                                                                                                                                                                         | Gust Rector, voorzitter                                                                   |
|                                                                                                                                                                                            | Diletti vertegenwoordigt op vlak van GGZ in de projectregio van Zorgzaam Leuven volgende organisaties of diensten:<br>- CGG Passant<br>- CGG VBO<br>- UPC KUL campus Gasthuisberg<br>- zorggroep Alexianen Tienen campus psychosociaal centrum Mechelsestraat<br>- initiatieven beschut wonen vzw De Hulster, vzw Pastya, vzw Fides, vzw Walden<br>- PVT Salvenbos Heverlee<br>- UPC St. Kamillus Bierbeek<br>- Alle betrokken mobiele teams<br>- Schakelteam internering |                                                                                           |

|                                                                   |                                                                                                         |                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                   | - vzw De Spiegel<br>- Revalidatiecentrum Sonar – vzw Walden<br>- Ontmoetings- en activiteitencentra GGZ |                                                                                                |
| Stad Leuven en diverse diensten                                   | Lokale overheden, stadsbestuur                                                                          | Bieke Verlinden, schepen sociale zaken, werk en studentenzaken<br>Gust Vriens, stadssecretaris |
| OCMW Leuven sociale dienst, voorzitter Herwig Beckers             | Type sector: lokale overheden<br>Lokaal bestuur                                                         | Mevr. Patricia Sabbe<br>Mevr. Hilde Clincke<br>Dhr. Koen Dresselaers                           |
| MS-liga Vlaanderen vzw                                            | Patiëntenorganisatie                                                                                    | Maria Torfs, voorzitter raad van bestuur                                                       |
| Kom op tegen Kanker                                               | Organisatie belangenbehartiging patiënten met kanker en naasten                                         | Marc Michils, algemeen directeur                                                               |
| Ons Zorgnetwerk vzw                                               | Mantelzorgorganisatie                                                                                   | Marleen Vanhees, directeur                                                                     |
| Logo Oost-Brabant vzw                                             | Overleg-en coördinatiestructuur. Gezondheidspromotie en ziektepreventie                                 | Annick Hirschböck, coördinator                                                                 |
| SEL GOAL                                                          | Overleg-en coördinatiestructuur                                                                         | Marleen Vanhees, voorzitter                                                                    |
| LMN Leuven                                                        | Overleg-en coördinatiestructuur. Lokaal multidisciplinair netwerk.                                      | Dr. Gijs Van Pottelbergh, voorzitter                                                           |
| Panal vzw (Palliatief Netwerk Arrondissement Leuven)              | Overleg-en coördinatiestructuur                                                                         | Dominique Dewilde, Voorzitter                                                                  |
| UC Leuven - Limburg                                               | Kennisinstelling – Hogeschool (incl. groep gezondheid en welzijn)                                       | Toon Quaghebeur, groepshoofd gezondheid en welzijn                                             |
| KU Leuven en Leuven instituut voor Gezondheidszorg Beleid (LIGB). | Kennisinstelling - universiteit                                                                         | Prof. dr. D. De Ridder, afdelingshoofd                                                         |
| LUCAS KU Leuven                                                   | Kennisinstelling                                                                                        | Prof. dr. Chantal Van Audenhove, directeur                                                     |
| ACHG KU Leuven                                                    | Academische vereniging                                                                                  | Prof. dr. Bert Aertgeerts, diensthoofd                                                         |
| InnovAge                                                          | Innovatieplatform                                                                                       | Mieke Nieuwdorp, coördinator                                                                   |
| CM Leuven                                                         | Ziekenfonds                                                                                             | Dominiek Roelandts, algemeen directeur                                                         |
| Socialistische mutualiteit en dienst maatschappelijk werk         | Ziekenfonds                                                                                             | Hans Heyndels, secretaris<br>Michel Michiels, secretaris-schatbewaarder                        |
| Liberaal mutualiteit van Brabant                                  | Ziekenfonds                                                                                             | Philip Willems, secretaris generaal                                                            |

**Beschrijf de proactieve aanpak om partners te bereiken in uw regio die momenteel nog niet toegetreden zijn tot het project.**

In de conceptualisatiefase werden 'ontbrekende' partners steeds uitgenodigd op de voorstelling van het project, de toelichting van de stand van zaken en overzicht van uitgewerkte acties. Deze voorstellingen werden interactief aangepakt.

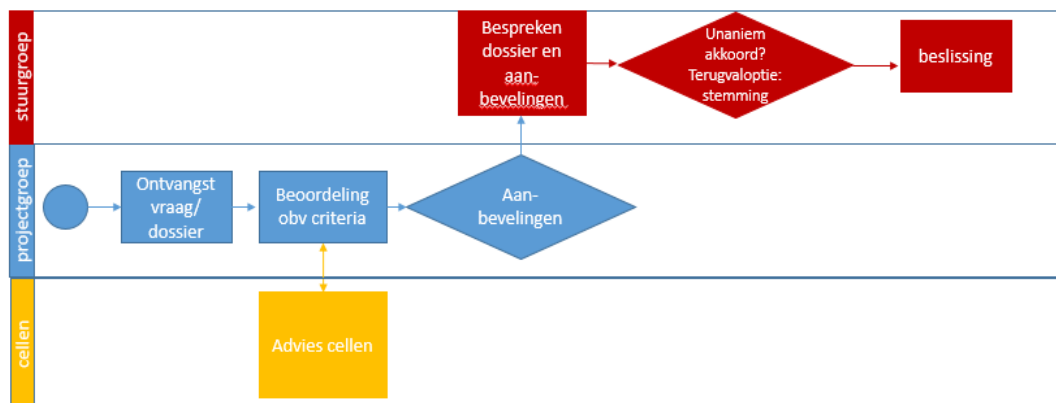
Om in de volgende fase effectieve toetreding tot het project te stimuleren zal er gewerkt worden via 'peterschap'. In elke werkgroep wordt bepaald welke de ontbrekende partners zijn. Leden van de groep nemen het op zich om die partners te benaderen en hen te motiveren om in te stappen.

Daarnaast blijven we inspanningen leveren om het project en het belang van participatie bij organisaties te kunnen toelichten op raden van bestuur en algemene vergaderingen. Zorgzaam Leuven zet bijkomend in op een goed contact met een stevig netwerk van belanghebbenden. Dit zijn personen of organisaties die rechtstreeks of onrechtstreeks invloed kunnen ondervinden of invloed kunnen uitoefenen op dit project, zelfs indien ze er formeel geen deel van uitmaken (bv. partners van Leuven MindGate, verenigingen voor patiënten of mantelzorgers, bedrijven).

**Beschrijf de modaliteiten voor inclusie van bijkomende partners in het project.**

Zorgzaam Leuven kiest voor een **open netwerk structuur**, bestaande uit verschillende partnerorganisaties die op een collectieve manier samenwerken. Deze structuur vergemakkelijkt het instappen van nieuwe partners.

- Inclusie op vraag van het consortium:  
De stuurgroep zal tijdens een vast jaarlijks evaluatiemoment de algemene werking van het consortium evalueren en bepalen welke partners ontbreken. Het voorbereidend werk gebeurt door de projectgroep op basis van de aanbevelingen vanuit de cellen en de werkgroepen, die een oplijsting maken van de ontbrekende partners en de inspanningen die reeds geleverd werden om hen te betrekken.
- Inclusie op vraag van een potentiële nieuwe partner:  
Indien een belanghebbende wenst toe te treden tot het project, zal de stuurgroep hierover beslissen. Bij elke inclusie wordt een vaste procedure gevolgd (zie onderstaande figuur).



## B. RISICOSTRATIFICATIE VAN DE POPULATIE EN MIDDELENCARTOGRAFIE

### 1. VOORBEREIDEND WERK

☞ ZIE P2-4 VAN DE PRAKTISCHE FICHE «RISICOSTRATIFICATIE VAN DE POPULATIE EN CARTOGRAFIE VAN DE MIDDELEN»

**1. Wat zijn de behoeften uitgedrukt door de patiënten in uw regio? Bv: de behoeften ten aanzien van integratie van de zorg, de kwaliteit van de zorg, enz. (MAX 400 woorden)**

De behoeften uitgedrukt door de patiënten in onze regio worden hieronder ingedeeld in vier groepen (conform KCE position paper organisatie van zorg voor chronisch zieken):

- **Psychologische behoeften:**
  - Behoeftte aan informatie over allerhande aspecten die gerelateerd zijn aan ziek zijn: informatie over de ziekte, symptomen, medicatie, behandeling, tegemoetkomingen en andere financiële- en administratieve aspecten
  - Nood aan eenduidige en voor de patiënt begrijpbare communicatie
  - Extra aandacht voor mensen met migratie achtergrond en kwetsbare mensen
  - Informatie verspreiden via andere kanalen dan het internet
  - Behoeftte aan een degelijke ontslagvoorbereiding en communicatie hieromtrent
  - Na ontslag uit het ziekenhuis is er behoeftte aan ondersteuning bij het vinden van de correcte zorgverleners en informatie over de thuis ondersteunende diensten
  - Behoeftte aan meer empathie, zeker bij slecht nieuws gesprekken
  - Algemene beleefdheid
  - Meer patiënt/ familie gerichtheid, de patiënt mee laten beslissen over het verdere verloop van de behandelingen
  - Meer privacy tijdens onderzoeken en gesprekken met artsen
  - Tijdens opname in een ziekenhuis/thuisvervangend milieu of bij zorgopvolging thuis mogelijkheid krijgen om op tempo van patiënten te werken en patiënten hierbij te laten participeren
- **Behoeften gerelateerd aan zorgverlening:**
  - Waar kan ik terecht met mijn vragen? Centraal aanspreekpunt waar patiënten terecht kunnen met hun vragen
  - Behoeftte aan een betere telefonische bereikbaarheid van diensten/zorgverleners binnen en buiten het ziekenhuis
  - Er is nood aan het delen van informatie over hun aandoening en zorgbeleid bv. gedeeld medicatieschema
  - Er is nood aan praktische hulp, bv. bij het in orde brengen van administratie, aanvragen premies,...
  - Vereenvoudiging van de regelgeving
  - Nood aan ondersteuning in hun zelfmanagement bv. unidosering van medicatie helpt om medicatie correct in te nemen
  - Er is behoeftte aan kortere wachttijden voor consultatie
  - Er is nood aan het verkorten van de wachtlijsten voor bepaalde pathologieën/specialisten
  - Respect voor de keuze van patiënten in de niet planbare zorg
- **Sociale behoeften:**
  - Voldoende ondersteunen van vrijwilligers en mantelzorgers.
  - Behoeftte aan mentale en psychische ondersteuning via professioneel of informele weg. Belang van sociale contacten en contacten met lotgenoten.

- Nood aan financiële hulp voor bepaalde patiënten.
- Nood aan automatisch toekennen van een aantal sociaal-financiële voorzieningen waar mensen recht op hebben op gemeentelijk, provinciaal, federaal niveau
- **Spirituele behoeften:**
  - Erkenning van de ziekte en het ziek zijn, zowel door de omgeving als door zorgverleners
  - Zingeving aan het leven ondanks hun ziekte
  - Aandacht voor het zelfbeschikkingsrecht van patiënten in hun zorg

**2. Beschrijf kort hoe jullie dit in kaart hebben gebracht. Bv: brainstormsessie met het consortium, interviews, vragenlijsten, enz. (MAX 200 woorden)**

- **M.b.t. behoefte en mogelijkheden aan zelfmanagement ondersteuning:**
  - Een behoeftenanalyse (2016) werd gehouden met 1<sup>ste</sup> lijnszorgverleners en zorgvragers (≤1 chronische aandoeningen). Het onderzoek werd gevoerd vanuit de expertise cel 'Healthy Living', UCLL. (Lauwerier E. & Jans G., 2016)
  - Andere projecten die de afgelopen jaren in de regio liepen, geven inzichten in noden van chronisch zieke kwetsbare personen en hun huidig omringend zorgverleners- en mantelzorgnetwerk. Bv. Innovage-project "therapietrouw en medicatieveiligheid bij kwetsbare ouderen thuis"
  - Eindrapport project Kom op Tegen Kanker "Transmuraal zorgpad voor alleenstaande kankerpatiënten thuis"
- **M.b.t. noden aan casemanagement:**
  - Eindrapport Innovage-project "Urgent" en "Valnet", project Kom op Tegen Kanker "Hooggradig glioma patiënten"
  - Opvolgingsrapporten protocol 3 project "Oriëntatie en Opvolgings Traject Thuiszorg"

Om het idee "**zorgzame buurten**" te toetsen organiseerde Zorgzaam Leuven (25/10/2016) een focusgroepspraak met 5 zorgverleners, 6 patiënten/mantelzorgers en 2 moderatoren

- **M.b.t. behoeften rond de zorg in het ziekenhuis:**
  - Jaarverslag ombudsdienst UZ Leuven, Heilig Hart Leuven en Z.org (2015)
  - In 2015 - 2016 organiseerde de dienst kwaliteit UZ Leuven een lunch met de CEO voor medewerkers die patiënt waren geweest in het ziekenhuis (n=48). Doel: directie actief betrekken naar een meer patiëntgerichte organisatie, hen laten luisteren naar ervaringen van patiënten en behoeften identificeren.

**3. Wat zijn de behoeften uitgedrukt door de zorgverleners in uw regio? Bv: de behoeften ten aanzien van de integratie van de zorg, welzijn op het werk, enz. (MAX 400 woorden)**

De behoeften uitgedrukt door de zorgverleners binnen onze regio zijn beknopt te omschrijven als:

- **Zorgcoördinatie:**
  - Nood aan multidisciplinair, gecoördineerde zorg
  - Behoeftte aan taakafspraken omtrent wie wat doet binnen de chronische zorg en zorg van de patiënt
  - Zorgteam rond de patiënt dient voldoende bekend te zijn
  - Iedere inwoner kan 24/7 beroep doen op de nodige hulp en zorg
  - Weekendwacht huisartsen uitbreiden met partners uit de 1ste lijn
  - Nood aan een uniforme aanpak van vroegtijdige zorgplanning
  - Behoeftte aan extra ondersteuning binnen de huisartsenpraktijk om patiënten met chronische problemen optimaal te ondersteunen
  - Nood aan meer herstelcapaciteit
  - Nood aan een medicatiebeleid op maat van de patiënt
- **ICT:**
  - Nood aan een degelijke ICT-infrastructuur om patiënten met chronische problemen en hun zorgverleners optimaal te ondersteunen
  - Behoeftte aan een efficiënte uitwisseling van gegevens tussenzorgverleners: geïntegreerd patiëntendossier met gedeeld medicatieschema
  - Zorgdoelen moeten zichtbaar zijn in een digitaal, raadpleegbaar zorgplan met duidelijke acties, taakverdeling en termijn
  - Nood aan een aanbod van betrouwbare en valide platforms en apps die gebruikt kunnen worden om patiënten te ondersteunen
- **Samenwerking, bereikbaarheid & communicatie:**
  - Belang van een vlotte communicatie en samenwerking tussen de betrokken actoren
  - Het is een meerwaarde als zorgverleners rond de patiënt elkaar kennen
  - Nood aan een geïntegreerde samenwerking met alle sectoren
  - Bereikbaarheid van specialisten in de ziekenhuizen optimaliseren
  - Geïntegreerd werken rond verschillende gezondheidsthema's op wijkniveau.
  - Zorgpartners dienen met een overzichtelijk, centraal gecoördineerd hulpaanbod naar buiten te komen
  - Inzetten op "ambassadeurs" die mensen de weg tonen naar laagdrempelige basiswerkingen en deze werken versterken.
- **Health literacy:**
  - Kwetsbare groepen hebben informatie nodig over de werking van ons gezondheids- en welzijnssysteem
  - Bestaande aanbod rond voorlichting en zelfmanagement in kaart brengen, coördineren en uitbreiden
  - Zorgverleners ondersteunen in het coachen van patiënten
- **Billijkheid/ Equity**
  - Meer aandacht voor de financiële drempels tot onze gezondheid- en welzijnszorg
  - Meer aandacht voor het welbevinden en de geestelijke gezondheid van mensen in armoede

- **Mantelzorg en zorgnetwerken:**
  - Erkenning van mantelzorgers als waardevolle schakel in het zorg- en welzijnssysteem
  - Proactieve ondersteuning en begeleiding van mantelzorgers
  - Investeren in de kracht van zorgnetwerken op buurtniveau
- **Primaire preventie:**
  - Omgevingen creëren waar gezonde voeding en bewegingsmogelijkheden aangeboden worden
  - Nood aan revalidatie en herstelprogramma's die transmuraal verder lopen en gezamenlijk opgevolgd worden
  - Behoeftes aan groepssessies kinesitherapie
  - Stimuleren van mondzorg

**4. Beschrijf kort hoe jullie dit in kaart hebben gebracht. Bv: brainstormsessie met het consortium, interviews, vragenlijsten, enz. (MAX 200 woorden)**

- Het project ZZL wilde expliciet een “opbouw in co-creatie”, vertrekkend vanuit de rijke historie van interventies en projecten die in Leuven nog lopen of reeds afgelopen zijn. Er werden co-creatiesessies georganiseerd met zorgverleners en zorgorganisaties uit het werkveld omtrent 10 onderwerpen: beter bewegen, meer flexibele en efficiënte thuiszorg, tandzorg, vroegtijdige zorgplanning, zelfmanagement versterken en health literacy verhogen, geïntegreerde zorgprogramma's, gepast voorschrijven en gebruiken van geneesmiddelen, beter ondersteunde RVT's, casemanagement en zorgzame buurten. **In totaal vonden er 23 werkgroepvergaderingen en 15 co-creatiemomenten plaats en namen er meer dan 200 personen deel.**
- Het LMN Groot Leuven organiseerde een bevraging omtrent het heden en de toekomst van chronische zorg. Deze bevraging richtte zich tot **166 huisartsenpraktijken binnen de zorgregio Leuven**. In totaal namen 128 praktijken deel.
- Er werd een behoeftenanalyse (februari– april 2016) gehouden met zorgverleners uit de 1ste lijn en zorgvragers (patiënten met  $\leq 1$  chronische aandoeningen). Het onderzoek werd gevoerd vanuit de expertisecel 'Healthy Living', binnen UCLL. Zorgverleners vanuit diverse disciplines werden bevestigd via **focusgroepsgesprekken en twee semigestructureerde face-to-face interviews** (Lauwerier E. & Jans G., 2016).
- Tijdens de **armoedeconferentie over gezondheid** die het OCMW, de stad Leuven en terreinpartners op 25/11/2014 organiseerden, werden heel wat behoeften geformuleerd m.b.t. gezondheidsongelijkheid.
- Op 12 mei 2015 vond er een **co-creatiesessie “mantelzorg”** plaats, georganiseerd door stad Leuven, waaraan 54 mensen deelnamen vanuit verschillende organisaties en 16 mantelzorgers.
- **Jaarverslag ombudsdienst UZ Leuven, Heilig Hart Leuven en Z.org (2015)**

**5. Welke middelen of sterktes heeft u vastgesteld bij de patiënten die ingezet kunnen worden als ondersteuning van het project? Bv: hun visie op het systeem, betrokkenheid, motivatie voor verandering – vanuit individueel standpunt en vanuit een globaal standpunt voor de geografische activiteitenzone, enz. (MAX 400 woorden)**

De patiënten die betrokken werden binnen de verschillende co-creatiesessies en de pitchsessie hebben steeds zeer kritisch en constructief mee nagedacht over het project. Op een **pitchsessie van 22/12** werden

de resultaten van de verschillende co-creatiesessies voorgesteld aan een panel van o.a. patiënten en mantelzorgers. De patiënten voelen zich gewaardeerd en erkend in hun rol als 'adviseur' binnen een co-creatiesessie of de pitchsessie. Hun motivatie voor verandering komt voornamelijk voort uit hun eigen ervaringen met het gezondheidszorgsysteem, kwaliteit van zorg, integratie van zorg.

Ook mantelzorgers en burgers (vrijwilligers) blijken een sterke visie te hebben op de ondersteuning die ze nodig hebben en wat voor hen belangrijke aandachtspunten zijn bij buurtgerichte zorg (zie **focusgesprek 25/10**).

**6. Beschrijf kort hoe jullie dit in kaart hebben gebracht. Bv: brainstormsessie met het consortium, interviews, vragenlijsten, enz. (MAX 200 woorden)**

Op de pitchsessie van 22/12 werden de resultaten van de verschillende co-creatiesessies voorgesteld aan een panel van o.a. patiënten en mantelzorgers. Het doel van deze sessie was om reeds in een vroeg stadium acties af te stemmen op de aanwezige noden/behoefte van de patiënt en zijn mantelzorger. Ook binnen de diverse co-creatiesessies was er een actieve betrokkenheid van patiënten of hun mantelzorgers.

**7. Welke middelen of sterktes heeft u vastgesteld bij de zorgverleners die ingezet kunnen worden als ondersteuning van het project? Bv: hun visie op het systeem, betrokkenheid, motivatie voor verandering – vanuit individueel standpunt en vanuit een globaal standpunt voor de geografische activiteitenzone, enz. (MAX 400 woorden)**

Er gaat een zeer grote interesse en betrokkenheid uit van de verschillende zorgverleners en zorgorganisatie binnen de projectregio. **In totaal maakten in de conceptualisatiefase minstens 54 organisaties deel uit van het consortium van Zorgzaam Leuven.** Zorgverleners en zorgorganisaties maakten, in hun drukke werkschema, tijd vrij om actief te participeren aan **diverse co-creatiesessies (150 – tal leden) en werkgroepen (107 leden)**. In totaal vonden er een **100-tal overlegmomenten** plaats waar alle zorgpartners aan hebben bijgedragen, zowel op meso-niveau als op micro-niveau. Het actieplan werd tussentijds meerdere keren voorgelegd aan het consortium. De finale **voorstelling van het actieplan** op 10 mei 2017 trok veel belangstelling van individuele zorgverstrekkers. Op 20 juni 2017 werd een **masterclass** over zorgprogramma's georganiseerd, met meer dan 50 zorgverleners die zich hiervoor een hele dag vrij maken. Er is een grote bereidheid bij de zorgverleners om het project te ondersteunen, processen en tools uit te werken,... De deelnemers durven ook hun eigen werking in vraag te stellen en na te denken waar er ruimte is voor verbetering.

Daarnaast is er een **grote ervaring met innoverende projecten**.

**8. Beschrijf kort hoe jullie dit in kaart hebben gebracht. Bv: brainstormsessie met het consortium, interviews, vragenlijsten, enz. (MAX 200 woorden)**

Het antwoord op deze vraag komt overeen met het antwoord beschreven bij vraag 4.

**9. Wat zijn uw conclusies van dit voorbereidende werk die kunnen dienen als startpunten van de verdere analyses? Bv: beschrijf de denkpistes die u kunnen helpen met het afbakenen van de risicostratificatie (deel 2) resulterend uit dit voorbereidende werk (MAX 800 woorden)**

**Samenvatting: actieve betrokkenheid garandeert bottom up opstelling. De grootste behoeften liggen in zorgcoördinatie, samenwerking en ICT ondersteuning bij zorgverleners, health literacy, mantelzorgondersteuning en bereikbaarheid bij de patiënten.**

Dankzij deze uitgebreide behoefteanalyse bij zowel patiënten als zorgverleners binnen onze projectregio hebben we een zeer goed zicht gekregen op de aanwezige noden en behoeften. De belangrijkste thema's die naar voren komen in de behoefteanalyse van de patiënten zijn: behoefte aan informatie op maat, psychologische ondersteuning, zorgcoördinatie- en integratie, sociale ondersteuning (mantelzorg, familie, ...), financiële hulp en erkenning van de ziekte en het ziek zijn.

De belangrijkste thema's die blijken uit de behoefteanalyse van de zorgverleners zijn: zorgcoördinatie, ICT, Health literacy, equity, primaire preventie, mantelzorg en zorgnetwerken, samenwerking, communicatie en bereikbaarheid.

Deze aanwezige noden en behoeften vormen samen met de risicostratificatie van de populatie en de cartografie van de middelen een belangrijke leidraad bij het opstellen van het Zorgzaam Leuven actieplan. Het helpt ons om accenten te leggen en prioriteiten te stellen binnen het actieplan.

De actieve betrokkenheid van zorgverleners en patiënten bij deze behoefteanalyse zorgde van bij het begin voor een bottom up benadering bij het opstellen van het actieplan die aangevuld werd met expertise uit eerdere projecten. Er gaat ook een grote ondersteuning uit van de Stad Leuven die niet onbelangrijk is. Schepenen en medewerkers van bepaalde diensten proberen aanwezig te zijn op overlegorganen van Zorgzaam Leuven. Via diverse academische centra zijn ook studenten actief betrokken bij de uitbouw van het Zorgzaam Leuven project.

## **2. STRATIFICATIE / OBJECTIVERING VAN DE BEHOEFTE EN RISICO'S IN DE REGIO**

☞ ZIE P5-8 VAN DE PRAKTISCHE FICHE «RISICOSTRATIFICATIE VAN DE POPULATIE EN CARTOGRAFIE VAN DE MIDDELEN»

☞ OPMERKING: HET IS DE BEDOELING DAT DEZE RISICOSTRATIFICATIE VAN DE POPULATIE LEIDT TOT HET IDENTIFICEREN VAN SUBDOELGROEPEN MET GELIJKAARDIGE KENMERKEN/BEHOEFTE

**10. Welke gegevensbronnen zijn gebruikt om deze risicostratificatie uit te voeren? Bv. IMA, database ziekenhuis, informatie uit andere sectoren, enz. (MAX 400 woorden)**

- Stadsmonitor. (2014). *Betaalbaarheid van de zorg en opvang*. Geraadpleegd op 7 december 2016 via <http://stadsmonitor.vlaanderen.be/betaalbaarheid-van-zorg-en-opvang>
- Kind en Gezin. (2014). *Kansarmoede-index Kind en Gezin*. Geraadpleegd op 23 januari 2017 via <http://www.kindengezin.be/cijfers-en-rapporten/cijfers/kansarmoede/gemeentelijk-niveau>
- Algemene Directie Statistiek- Statistics Belgium. (2014). *Gemiddelde netto belastbaar inkomen*. Geraadpleegd op 23 januari 2017 via [http://statbel.fgov.be/nl/modules/pressrelease/statistieken/arbeidsmarkt\\_en\\_levensomstandighed/en/le\\_revenu\\_moyen\\_des\\_belges\\_s\\_elevait\\_a\\_17\\_684\\_euros\\_en\\_2014.jsp](http://statbel.fgov.be/nl/modules/pressrelease/statistieken/arbeidsmarkt_en_levensomstandighed/en/le_revenu_moyen_des_belges_s_elevait_a_17_684_euros_en_2014.jsp)
- Algemene Directie Statistiek- Statistics Belgium. (2014). *Gemiddelde netto belastbaar inkomen*. Geraadpleegd op 23 januari 2017 via [http://statbel.fgov.be/nl/binaries/PERSBERICHT%20Fiscale%20Statistieken%202014\\_tcm325-281408.pdf](http://statbel.fgov.be/nl/binaries/PERSBERICHT%20Fiscale%20Statistieken%202014_tcm325-281408.pdf)
- Statistics Belgium. (2014). *Onderwijsniveau*. Geraadpleegd op 6 december 2016 via [http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/arbeid\\_leven/opleiding/niveau/](http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/arbeid_leven/opleiding/niveau/)

- Studiedienst Vlaamse regering. (2016) *Vlaamse Regionale Indicatoren*. Brussel.
- VDAB Arvastat. (2016). *Werkloosheid*. Geraadpleegd op 23 januari 2017 via [https://arvastat.vdab.be/arvastat\\_basisstatistieken\\_werkloosheid.html?geo=24062](https://arvastat.vdab.be/arvastat_basisstatistieken_werkloosheid.html?geo=24062)
- Algemene Directie Statistiek- Statistics Belgium. (2011). *Bevolking met diploma hoger onderwijs*. Geraadpleegd op 23 januari 2017 via [http://census2011.fgov.be/data/fresult/highdegree\\_nl.html](http://census2011.fgov.be/data/fresult/highdegree_nl.html)
- Reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: 'het momentum' is daar, nu het juist gebruiken  
E. Lauwerier en G. Van Pottelbergh
- Heylen, V. (2016). *GEZONDHEID IN VLAAMS-BRABANT*. Geraadpleegd op 7 december 2016 via [http://www.vlaamsbrabant.be/binaries/publicatie-dossier-gezondheid\\_tcm5-110386.pdf](http://www.vlaamsbrabant.be/binaries/publicatie-dossier-gezondheid_tcm5-110386.pdf)
- IMA database – gegevens 2014
- Geografisch Informatiesysteem (GIS) Stad Leuven
- Stad Leuven. (2017) *Leuven, gezonde stad: omgevingsanalyse en visietekst*. Leuven.
- <http://intego.be>
- <https://provincies.incijfers.be/>
- Ziekenhuisdata UZ Leuven
- Data aangeleverd door de verschillende partners

**11. Welke populatiedeterminanten zijn vastgesteld in de regio die verschillen ten aanzien van het gemiddelde in België? (MAX 1600 woorden)**

- *socio-economische/socio-demografische factoren (Vb. leeftijd, geslacht, inkomensniveau, opleidingsniveau, isolement, enz.)*
- *prevalentie van bepaalde pathologieën (vb. diabetes, enz.)*

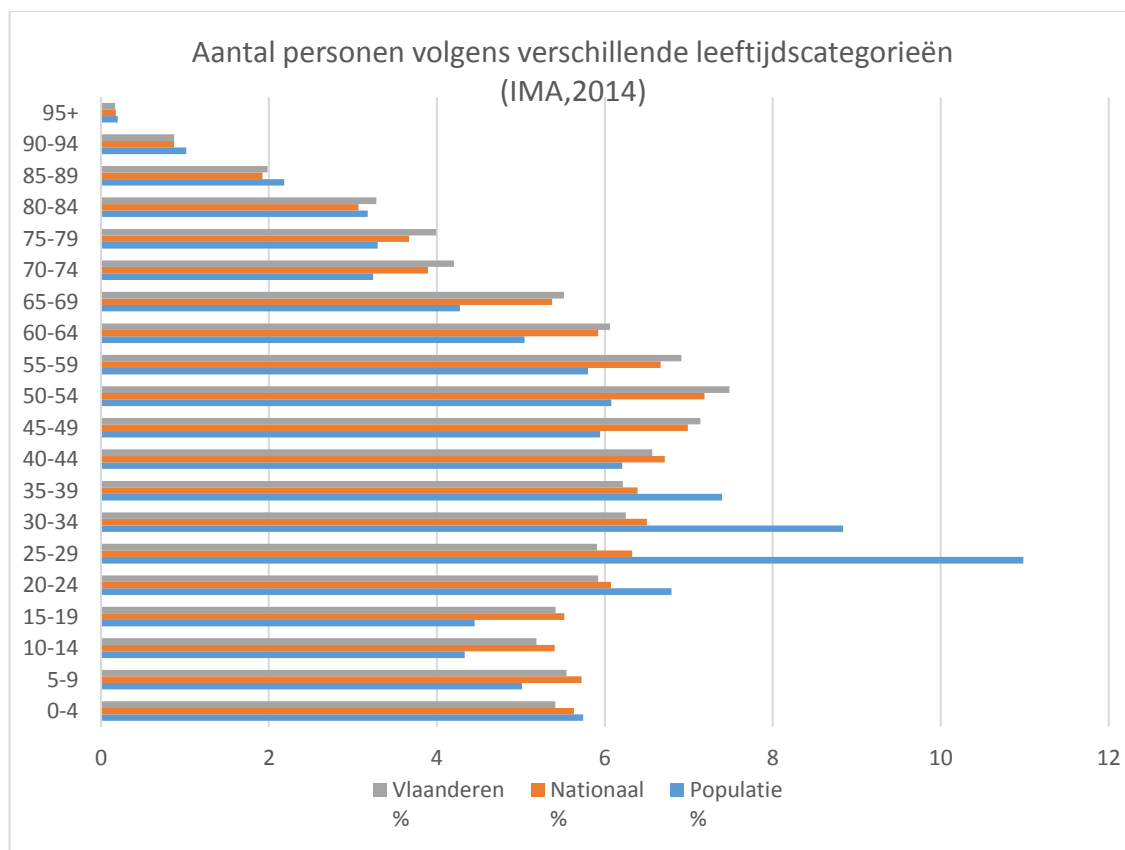
**Samenvatting :** ten opzichte van andere regio's wonen in Leuven relatief veel 25-29 jarigen en personen met een leeftijd hoger dan 85 jaar. Tussen een gemiddeld welvarende bevolking met hoge scholingsgraad, wonen veel kwetsbare mensen en zijn er relatief meer alleenstaanden. Bijkomend is er een grote vlottende populatie van 50.000 studenten. En er is een grote groep vreemdelingen, met hogere geboorteaantallen. Van de 13 centrumsteden in Vlaanderen scoort de gezondheidstoestand in Leuven het hoogst. Zoals overal stijgen ook in Leuven het aantal chronische aandoeningen en heeft 8% van de bevolking officieel een statuut van chronisch zieke.

Demografie en socio-economie

Binnen onze projectregio zijn er 95 388 **individueel verzekerden** in 2014 (IMA, 2014). 50,2% hiervan zijn vrouwen, wat ongeveer overeenkomt met het percentage voor België, 50,8% vrouwen. De gemiddelde leeftijd binnen deze groep bedraagt 40 jaar (Nationaal: 41 jaar) (IMA, 2014).

Onderstaande figuur geeft de verdeling weer van het **aantal personen volgens verschillende leeftijdscategorieën** (IMA, 2014). Opvallend voor onze projectpopulatie is het hoge aantal personen binnen de leeftijdscategorie 25-29 jaar (10,98%) t.o.v. Vlaanderen (5,90%) en Nationaal (6,32%). Ook voor de leeftijdscategorieën 20-24, 30-34 en 35-39 is het aantal personen binnen deze categorieën beduidend hoger voor de projectregio dan in Vlaanderen en Nationaal.

Binnen de leeftijdscategorieën 85-89, 90-94 en 95+ heeft onze projectregio ook een hoger aantal personen (respectievelijk 2,18%; 1,02%; 0,20%) dan Vlaanderen (1,98%; 0,87%; 0,17%) en Nationaal (1,92%; 0,87%; 0,18%) (IMA, 2014).



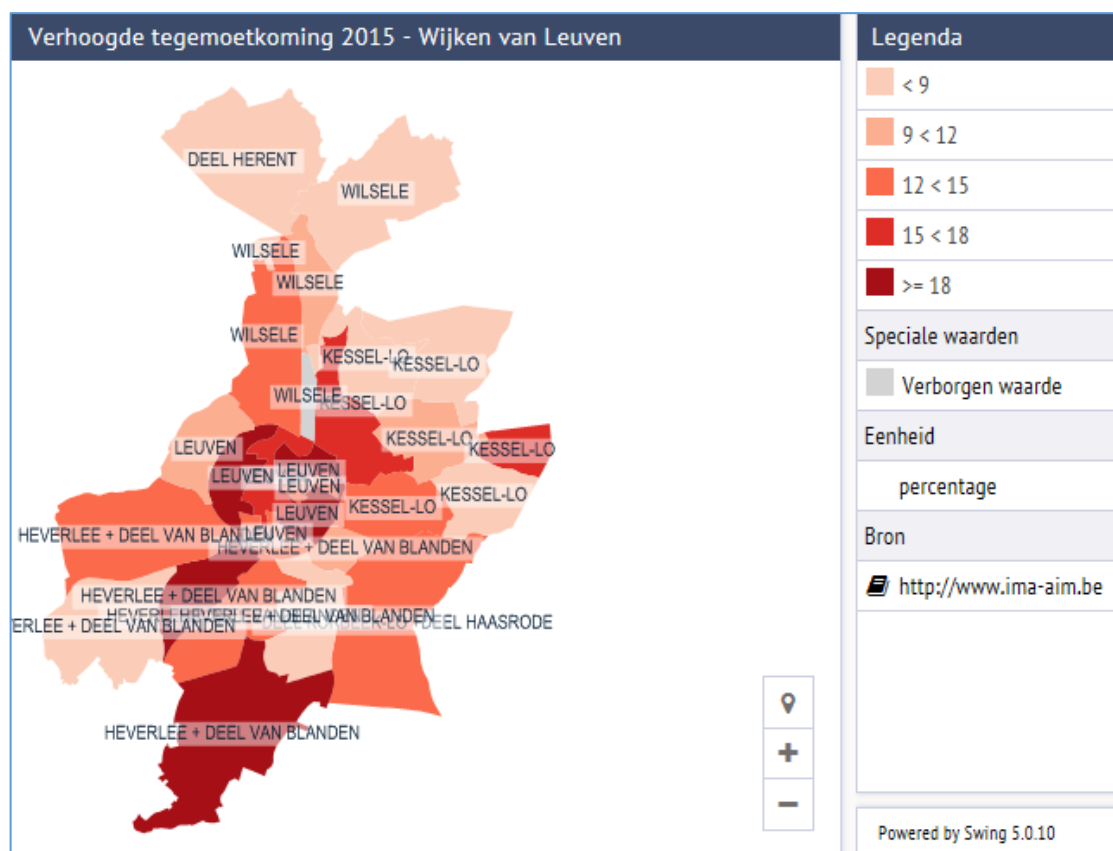
Het aantal **alleenstaanden** binnen onze projectregio bedraagt 23,8%. Dit percentage ligt hoger dan het nationaal gemiddelde (17,4%) en het gemiddelde voor Vlaanderen (14,8%) (IMA, 2014). Wanneer we kijken naar de cijfers van de provincie (2016) dan bedraagt het percentage alleenstaanden binnen de leeftijdscategorie 18 tot 64 jaar 26,9% t.o.v. 12,7% in Vlaanderen. 35,7% van de alleenstaanden binnen onze projectregio zijn 75 jaar of ouder (34,4% in Vlaanderen) (Provincies in cijfers, 2016). Het percentage alleenstaande bij personen met statuut chronische aandoening bedraagt binnen onze projectregio 46,6%.

Leuven is gekend als studentenstad. Het totaal aantal ingeschreven **studenten** (KULeuven, UCLL Leuven & LUCA Lemmensinstituut) voor het academiejaar 2015-2016 bedroeg 52 032. Ongeveer 80% van deze studenten zit op kot (KULeuven).

Het aantal personen met een **verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering** bedroeg in 2016 gemiddeld 13,2 % in onze projectregio; 13,7% in Vlaanderen; 9,9% in Vlaams-Brabant. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal personen met een verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering per leeftijdscategorie in 2016 (Provincies in cijfers, 2016).

|                                                                  | Leuven | Vlaams-Brabant | Vlaanderen |
|------------------------------------------------------------------|--------|----------------|------------|
| <b>0-24 jarigen met verhoogde tegemoetkoming in de ZV</b>        | 13,6%  | 8,8%           | 12,5%      |
| <b>25-64 jarigen met verhoogde tegemoetkoming in de ZV</b>       | 10,6%  | 6,6%           | 9,3%       |
| <b>65-jarigen en ouder met verhoogde tegemoetkoming in de ZV</b> | 21,8%  | 20,9%          | 27,3%      |

Binnen de IMA databank vinden wij een overzicht van het aandeel personen met een verhoogde tegemoetkoming per wijk van Leuven (IMA, 2015).



Er zijn relatief veel huishoudens met OCMW-steun. Daarvan is drie op vier alleenstaand of een gezin ten laste. Het aantal **leefloners** per 1000 inwoners bedroeg in Leuven in 2015 8,33% (in de Provincie Vlaams-Brabant 3,18%, in Vlaanderen 4,24%) (Provincies in cijfers, 2015).

Het aantal **geboorten** in kansarme gezinnen binnen onze projectregio is relatief hoog en bedroeg in 2014 15,1% (6,5% in de Provincie Vlaams-Brabant en 11,38% Vlaanderen) en 17,7% in 2015 (7,21% in de provincie Vlaams-Brabant en 12,01% Vlaanderen) (kansarmoede-index Kind & Gezin, 2015).

Het **gemiddeld netto belastbaar inkomen** per inwoner voor onze projectregio bedroeg 20 261 euro in 2014. Dit is hoger dan het gemiddelde voor Vlaanderen, 18 949euro en België, 17 684 euro (Provincies in cijfers; Algemene Directie Statistiek- Statistics Belgium, 2014).

Volgens ARVASTAT (VDAB, 2016) bedroeg het aantal **Niet-Werkende Werkzoekenden** (NWWZ - werkloosheidsgraad) binnen onze projectregio in december 2016 7,5% t.o.v. 7,2% in Vlaanderen. Hieronder worden een aantal specifieke kenmerken weergegeven van het aantal Niet-Werkende Werkzoekenden voor onze projectregio (VDAB, 2016):

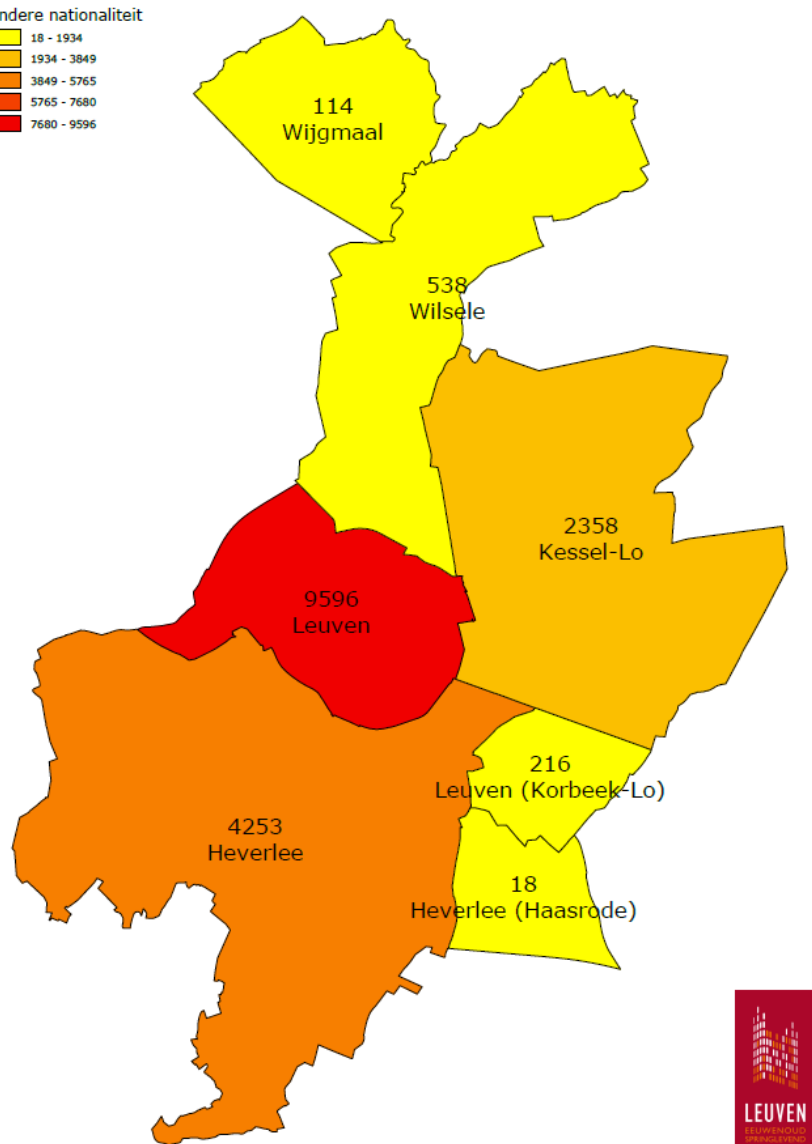
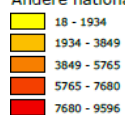
| NWWZ per deelgemeente                      | Aantal |  |
|--------------------------------------------|--------|--|
| Wijgmaal                                   | 74     |  |
| Leuven (Korbeek-lo) en Heverlee (Haasrode) | 87     |  |
| Onbepaald                                  | 117    |  |

|                               |                                                                                                                      |             |       |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|
|                               | <i>Sommige adressen kunnen niet toegekend worden aan een wijk (bv. recent aangelegde straten of postbusadressen)</i> |             |       |
|                               | Wilsele                                                                                                              | 253         |       |
|                               | Heverlee                                                                                                             | 605         |       |
|                               | Kessel-lo                                                                                                            | 799         |       |
|                               | Leuven                                                                                                               | 1640        |       |
| <b>Totaal</b>                 |                                                                                                                      | <b>3575</b> |       |
|                               |                                                                                                                      |             |       |
| <b>Geslacht</b>               |                                                                                                                      |             |       |
|                               | Mannen                                                                                                               | 2180        | 61%   |
|                               | Vrouwen                                                                                                              | 1395        | 39%   |
| <b>Leeftijd</b>               |                                                                                                                      |             |       |
|                               | < 25 jaar                                                                                                            | 638         | 17,8% |
|                               | 25 t/m 49 jaar                                                                                                       | 2231        | 62,4% |
|                               | >= 50 jaar                                                                                                           | 706         | 19,7% |
| <b>Studieniveau</b>           |                                                                                                                      |             |       |
|                               | Laaggeschoold                                                                                                        | 1321        | 37%   |
|                               | Middengeschoold                                                                                                      | 1024        | 28,6% |
|                               | Hooggeschoold                                                                                                        | 1230        | 34,4% |
| <b>Werkloosheidsduur</b>      |                                                                                                                      |             |       |
|                               | < 1 jaar                                                                                                             | 2096        | 58,6% |
|                               | 1 tot 2 jaar                                                                                                         | 620         | 17,3% |
|                               | >= 2 jaar                                                                                                            | 859         | 24%   |
| <b>Nationaliteit</b>          |                                                                                                                      |             |       |
|                               | EU                                                                                                                   | 2935        | 82,1% |
|                               | Niet-EU                                                                                                              | 640         | 17,9% |
| <b>Origine</b>                |                                                                                                                      |             |       |
|                               | Autochtonen                                                                                                          | 2280        | 63,8% |
|                               | Allochtonen                                                                                                          | 1295        | 36,2% |
| <b>Specifieke doelgroepen</b> |                                                                                                                      |             |       |
|                               | Jonge WZ (< 25 jaar)                                                                                                 | 638         | 17,8% |
|                               | Oudere WZ (>= 55 jaar)                                                                                               | 457         | 12,8% |
|                               | Langdurig WZ (>= 1 jaar)                                                                                             | 1479        | 41,4% |
|                               | Laaggeschoolde WZ                                                                                                    | 1321        | 37%   |
|                               | Allochtone WZ                                                                                                        | 1295        | 36,2% |
|                               | Arbeidsgehandicapten                                                                                                 | 555         | 15,5% |
|                               | WZ in specifieke doelgroep                                                                                           | 2931        | 82,0% |

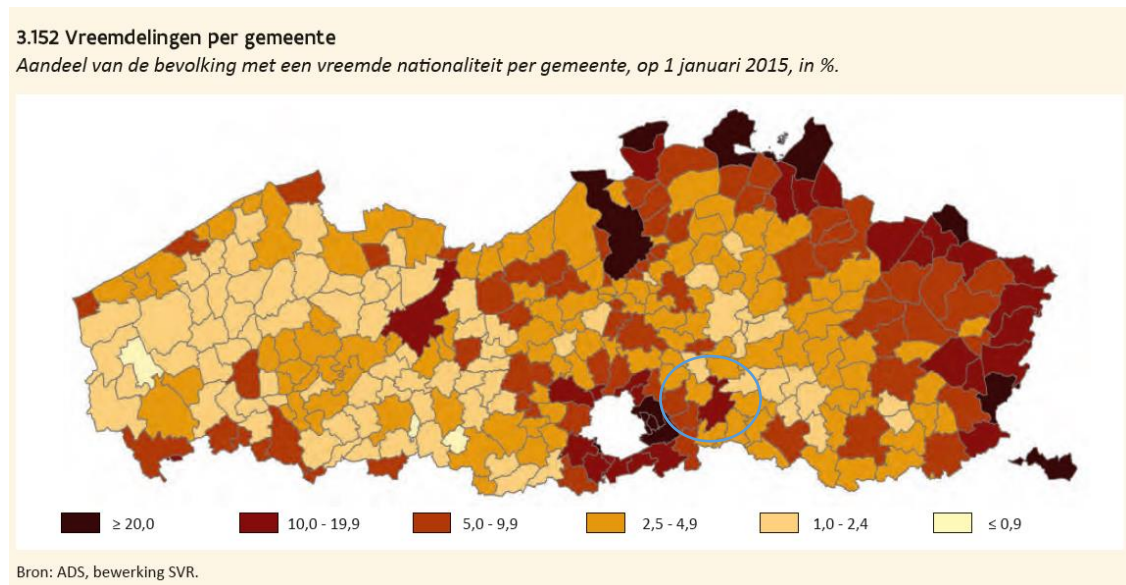
Onderstaande figuur geeft per deelgemeente het **aantal inwoners met een andere nationaliteit** weer binnen onze projectregio (GIS, 2016). De cijfers worden deels gekleurd door het feit dat buitenlandse studenten die hier komen studeren verplicht zijn zich hier te domiciliëren gedurende hun studieperiode (indien langer dan 90 dagen).

## Inwoners per deelgemeente 01/01/2016

Andere nationaliteit

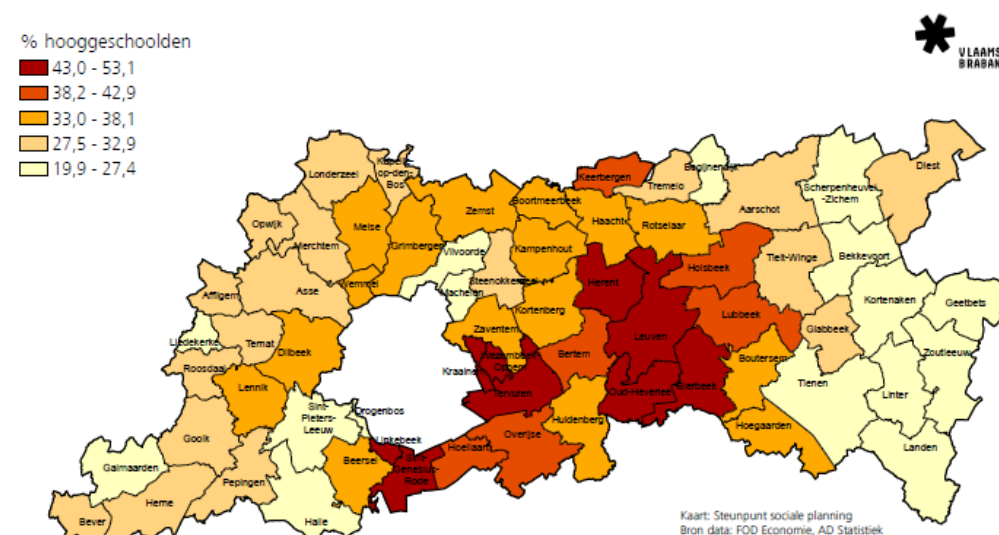


Onderstaande figuur is afkomstig uit het rapport van Vrind (2015) en geeft het **aandeel van de bevolking weer met een vreemde nationaliteit** per gemeente. Hier zien we dat dit aandeel voor Leuven tussen de 10,0 en 19,9% is gelegen.



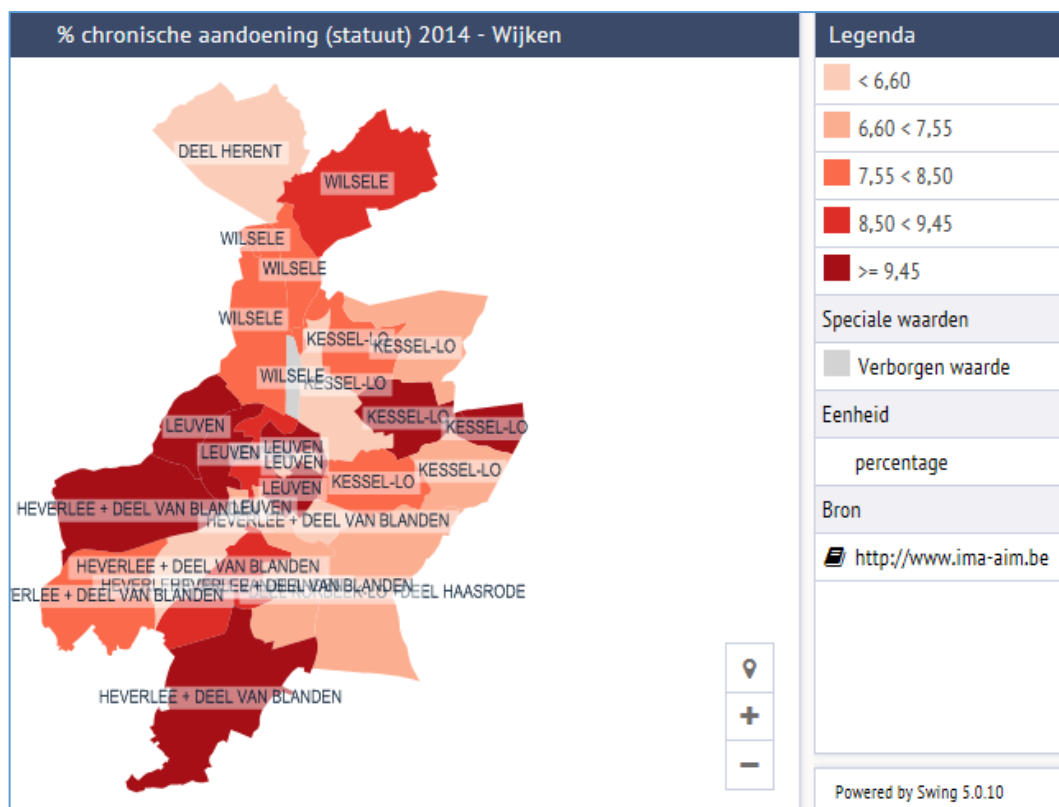
Wat betreft het **opleidingsniveau** blijkt iets meer dan een kwart (28%) van de Belgische bevolking van 20 jaar of ouder een diploma van het hoger onderwijs te hebben in 2011. Dit aandeel schommelt van 26% in Wallonië en 28% in Vlaanderen tot 35% in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Onze projectregio behoort met 49,92% tot de 10 gemeenten waar het aandeel van de bevolking met een diploma van het hoger onderwijs het grootst is (Census 2011, FOD Economie).

Onderstaande kaart toont het aandeel hogeschoolden onder de inwoners van een gemeente in Vlaams-Brabant (Gezondheid in Vlaams-Brabant, 2016).

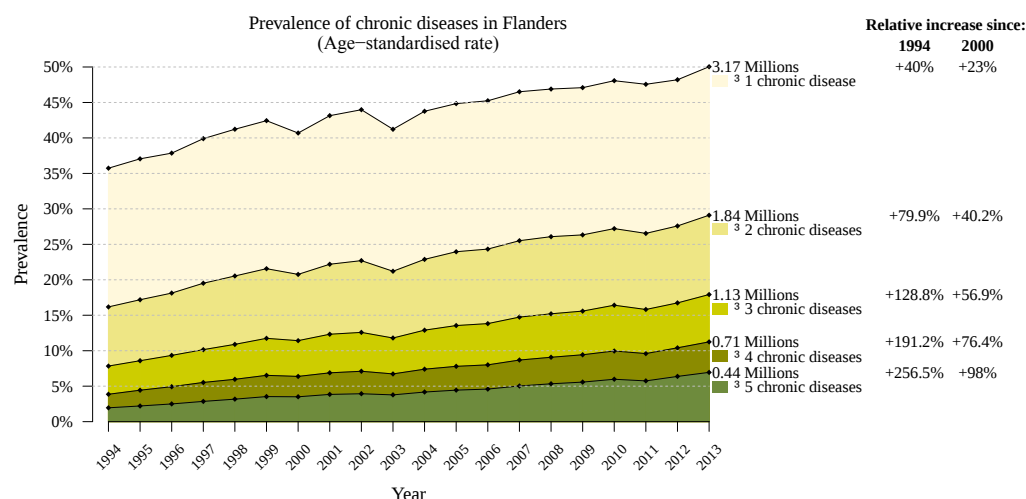


### Gezondheidstoestand

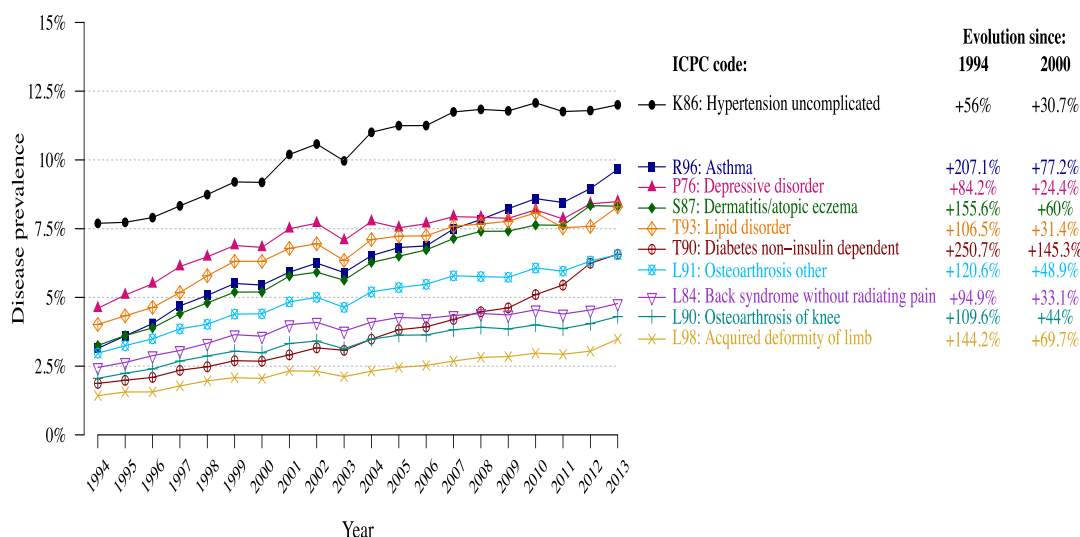
8,5% van onze verzekerden heeft het **statuut chronische aandoening** (8061 personen) t.o.v. 9% nationaal en 9,1% in Vlaanderen (IMA, 2014). Onderstaande kaart geeft de verdeling weer van het aantal personen met een statuut chronische aandoening per wijk in Leuven.



Cijfers uit de Intego databank ([www.intego.be](http://www.intego.be)) tonen ons de evolutie van het aantal personen met één of meerdere chronische aandoeningen voor Vlaanderen. Daarbij zien we dat er tussen de jaren 1994 en 2013 een duidelijke toename merkbaar is van het aantal personen dat lijdt aan een chronische aandoening (zie figuur 1). Diabetes is de absolute koploper en heeft het grootste aandeel in de toename van chronische aandoeningen, zoals afgebeeld in figuur 2. Figuur 1 leert ons verder dat de toename tussen 1994 en 2013 vooral merkbaar is wanneer we kijken naar het aantal personen met meerdere aandoeningen. De gegevens tonen ons verder dat er geen indicaties zijn dat deze stijging de komende jaren gaat afremmen of vertragen (Lauwerier. E & Van Pottelbergh G., 2016)



*Figuur 1. De prevalentie van het aantal chronische ziekten per patiënt gestandaardiseerd voor evoluties in de bevolking. Cijfers van het Intego register.*



Figuur 2. Overzicht van de individuele bijdrage van diverse chronische aandoeningen in de prevalentie stijging tussen 1994 en 2013.

Binnen onze populatie heeft 28,7% **minstens 1 chronische aandoening**. Dit cijfers is iets lager dan het gemiddelde Nationaal (32,4%) en in Vlaanderen (32,5%). 15,1% van onze populatie heeft minstens 2 chronische aandoeningen (17,0% Nationaal & 16,6% Vlaanderen) en 6,5% van onze populatie heeft er minstens 3 (7,5% Nationaal & 7,0% Vlaanderen). Het aantal personen binnen onze populatie met minstens 1 chronische aandoening en minstens 2 ziekenhuisopnames bedroeg in 2014 gemiddeld 1,6% (2,1% Nationaal & 2,1% Vlaanderen). Het aantal personen met minstens 1 chronische aandoening en minstens 2 consultaties op spoed bedroeg in 2014 gemiddeld 1,3% (1,7% Nationaal & 1,4% Vlaanderen) (IMA,2014).

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de **prevalentie van bepaalde aandoeningen** binnen onze populatie en doelpopulatie in vergelijking met Vlaanderen en Nationaal (IMA, 2014). De aandoeningen aangeduid in kleur vormen binnen ons project in een eerste fase de focus.

| Kenmerken                                          | Populatie<br>Aantal | Populatie<br>% | Doelpop<br>Aantal | Doelpop.<br>% | Nationaal<br>Aantal | Nationaal<br>% | Vlaanderen<br>Aantal | Vlaanderen<br>% |
|----------------------------------------------------|---------------------|----------------|-------------------|---------------|---------------------|----------------|----------------------|-----------------|
| Aantal personen met kanker                         | 624                 | 0,7            | 179               | 2,2           | 97.155              | 0,9            | 59.719               | 0,9             |
| Aantal personen met bariatrische chirurgie         | 38                  | 0,0            | 16                | 0,2           | 12.487              | 0,1            | 6.033                | 0,1             |
| Aantal personen met cardio-vasculaire aandoeningen | 17.187              | 18,0           | 4.838             | 60,0          | 2.312.968           | 20,7           | 1.349.388            | 21,1            |
| Aantal personen met COPD                           | 2.180               | 2,3            | 1.016             | 12,6          | 310.656             | 2,8            | 180.935              | 2,8             |
| Aantal personen met astma                          | 1.396               | 1,5            | 123               | 1,5           | 201.714             | 1,8            | 113.156              | 1,8             |
| Aantal personen met diabetes                       | 4.090               | 4,3            | 1.823             | 22,6          | 597.998             | 5,3            | 314.198              | 4,9             |
| Aantal personen met mucoviscidose                  | 10                  | 0,0            | 8                 | 0,1           | 1.781               | 0,0            | 1.016                | 0,0             |

|                                                                                                        |            |            |            |            |         |     |         |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|---------|-----|---------|-----|
| Aantal personen met diabetes met cardiovasculaire aandoeningen                                         | 3.275      | 3,4        | 1.532      | 19,0       | 480.389 | 4,3 | 254.189 | 4,0 |
| Aantal personen met exocriene pancreasziekten                                                          | 27         | 0,0        | 20         | 0,2        | 3.091   | 0,0 | 1.507   | 0,0 |
| Aantal personen met psoriasis                                                                          | 51         | 0,1        | 25         | 0,3        | 8.484   | 0,1 | 4.936   | 0,1 |
| Aantal personen met ziekte van Crohn / colitis ulcerosa / psoriatische arthritis / reumatoid arthritis | 372        | 0,4        | 149        | 1,8        | 53.305  | 0,5 | 34.742  | 0,5 |
| Aantal personen met psychosen bij jongeren                                                             | 1.151      | 1,2        | 686        | 8,5        | 112.555 | 1,0 | 61.329  | 1,0 |
| Aantal personen met psychosen bij ouderen                                                              | 335        | 0,4        | 264        | 3,3        | 32.751  | 0,3 | 19.743  | 0,3 |
| Aantal personen met ziekte van Parkinson                                                               | 271        | 0,3        | 176        | 2,2        | 39.469  | 0,4 | 24.964  | 0,4 |
| Aantal personen met epilepsie                                                                          | 1.095      | 1,1        | 564        | 7,0        | 145.510 | 1,3 | 81.699  | 1,3 |
| Aantal personen met HIV                                                                                | 139        | 0,1        | 62         | 0,8        | 10.159  | 0,1 | 3.963   | 0,1 |
| Aantal personen met chronische hepatitis B en C                                                        | small cell | small cell | 0          | 0,0        | 473     | 0,0 | 190     | 0,0 |
| Aantal personen met multiple sclerose                                                                  | 49         | 0,1        | 34         | 0,4        | 6.168   | 0,1 | 3.293   | 0,1 |
| Aantal personen met orgaantransplantatie                                                               | 96         | 0,1        | 77         | 1,0        | 12.138  | 0,1 | 7.065   | 0,1 |
| Aantal personen met ziekte van Alzheimer                                                               | 264        | 0,3        | 136        | 1,7        | 34.466  | 0,3 | 23.106  | 0,4 |
| Aantal personen met nierinsufficiëntie                                                                 | 16         | 0,0        | 12         | 0,1        | 3.578   | 0,0 | 2.055   | 0,0 |
| Aantal personen met schildklier-aandoeningen                                                           | 2.641      | 2,8        | 703        | 8,7        | 451.926 | 4,0 | 185.786 | 2,9 |
| Aantal personen met hemofilie                                                                          | small cell | small cell | small cell | small cell | 242     | 0,0 | 187     | 0,0 |

0,3% van onze populatie bevindt zich in een **zorgtraject** diabetes (0,3% Nationaal & 0,4% Vlaanderen) en 0,2% in een zorgtraject chronische nierinsufficiëntie (0,2% Nationaal & 0,3% Vlaanderen).

Onderstaande tabel geef informatie over de **subjectieve gezondheidstoestand** ervaren door de inwoners van onze projectregio. Iets minder dan 1 op 4 inwoners in Leuven ervaart een minder goede gezondheid. Hiermee scoort Leuven het best van alle 13 centrumsteden (het gemiddelde is 26%). Vrouwen, de oudere leeftijdscategorieën en de lager en midden opgeleiden ervaren de eigen gezondheid over het algemeen als minder goed dan de mannen, de jongere leeftijden en de hoger opgeleiden (Stadsmonitor, 2014).

Aandeel inwoners met minder goede gezondheid, in 2011 en 2014, in %.

|                  | 2011  | 2014 | BI ondergrens (2) | BI bovengrens (2) |
|------------------|-------|------|-------------------|-------------------|
| Antwerpen        | 28,0  | 25,9 | 24,2              | 27,7              |
| Gent             | 25,8  | 24,2 | 21,4              | 27,3              |
| Aalst            | 29,0  | 27,6 | 25,4              | 29,9              |
| Brugge           | 25,4  | 25,1 | 23,0              | 27,3              |
| Genk             | 28,7  | 28,8 | 26,9              | 30,7              |
| Hasselt          | 24,5  | 25,1 | 21,7              | 28,8              |
| Kortrijk         | 23,6* | 27,9 | 24,5              | 31,7              |
| Leuven           | 23,6  | 22,3 | 20,7              | 24,0              |
| Mechelen         | 27,2  | 24,5 | 21,1              | 28,3              |
| Oostende         | 32,3  | 32,3 | 28,5              | 36,4              |
| Roeselare        | 27,5  | 25,4 | 21,8              | 29,3              |
| Sint-Niklaas     | 28,5  | 24,7 | 21,3              | 28,5              |
| Turnhout         | 26,2  | 26,1 | 24,0              | 28,4              |
| Totaal 13 steden | 27,0  | 25,8 | 24,9              | 26,6              |

(1) \* wijst op een significant verschil tussen 2011 ten opzichte van 2014 en dit onder controle van geslacht en opleiding (zie leeswijzer).

(2) BI= betrouwbaarheidsinterval 2014: als de percentages van twee steden binnen elkaars betrouwbaarheidsinterval vallen, is er een grote kans dat het verschil wordt veroorzaakt door toeval en er geen significant verschil is (zie leeswijzer).

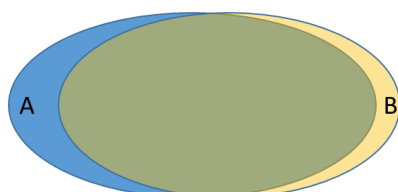
Bron: survey Stadsmonitor.

**12. Welke kwetsbare groepen konden geïdentificeerd worden in de regio? Bv. chronisch zieken in armoede, chronisch zieken met een beperkt sociaal netwerk, chronisch zieken uit etnische minderheidsgroepen, enz. (MAX 800 woorden)**

**Samenvatting:** de groep meest kwetsbaren is niet scherp gedefinieerd. Statistieken spreken over 8% van de bevolking, maar zorgverleners weten dat de groep veel groter en meer variabel is. ZZL maakt van de omschrijving van kwetsbaarheid een projectdoelstelling. Op termijn wil het project de populatie van zeer kwetsbare chronisch zieken in de regio correct identificeren, met de bedoeling de meest actieve ondersteuning op deze groep te richten.

De “Kwetsbare doelgroep” omvat personen die zonder hulp niet meer voldoende voor zichzelf (kunnen) zorgen. Zonder actieve terugkerende ondersteuning van een derde persoon dreigen ‘negatieve gezondheidsuitkomsten’ zoals functiebeperkingen, ongevallen, verslechtering van de gezondheid, ziekenhuisopname, opname in een woonzorgcentrum of overlijden. **De kwetsbare doelgroep van Zorgzaam Leuven bestaat uit personen met minstens één chronische aandoening en bijkomende criteria voor kwetsbaarheid, maar is niet strikt af te lijnen volgens IMA criteria.** De kwetsbare groepen kunnen we niet uitsluitend identificeren op basis van IMA-data omwille van enerzijds de beperktheden van IMA qua data (vb. geen data i.v.m. welzijnsgebruik, beperkte socio-demografische data, beperkingen i.v.m. data omtrent aandoeningen, ...). Anderzijds omdat één van de doelstellingen van het project is de kwetsbaren vanuit verschillende definities en oogpunten te zoeken en includeren.

De groep kwetsbare personen (zie figuur, B) situeert zich wel voor een groot deel binnen de door IMA gedefinieerde groep ‘personen met een statuut chronische aandoening’ (zie figuur, A).



Binnen **groep A 'personen met statuut chronische aandoening'** zien we in de IMA data (2014) opvallende gegevens die wijzen op verhoogde kwetsbaarheid:

- 46.6% is alleenstaande en 58% is vrouw
- 17.8% is erkend als mindervalide
- hoge scores voor IMA proxy's gerelateerd aan lage Socio-economische Status (SES): 55.7% heeft minstens 2 criteria die proxy zijn voor lage SES, 33.1% heeft MAF terugbetaling, 35.4% heeft een verhoogde tegemoetkoming
- 19.4% heeft minstens één contact met een psychiater en 24% gebruikt SSRI's/SNRI's. Psychosen: 8.5% bij jongeren en 3.3% bij ouderen
- 27.9% werd minstens één keer opgenomen in het ziekenhuis (2014). 9.5% werd meer dan één keer opgenomen.
- 12.4% heeft minstens 2 spoedopnames en minstens 2 ziekenhuisopnames per jaar
- 38.2% heeft polymedicatie (meer dan 5 geneesmiddelen)
- 19% heeft diabetes samen met cardiovasculaire aandoening(en)
- 12.9% heeft een zorgforfait

Deze IMA-gegevens kunnen we aanvullen met algemene gegevens rond kwetsbaarheid voor de **globale populatie** binnen onze projectregio:

- Het aantal alleenstaande binnen onze projectregio is relatief hoog, 23,8% (35,7% is ≤75 jaar) (IMA, 2014).
- Er zijn relatief veel huishoudens met OCMW-steun. Daarvan is drie op vier alleenstaand of heeft een gezin ten laste. Het aantal leefloners per 1000 inwoners bedroeg in Leuven in 2015 8,33% (in de Provincie Vlaams-Brabant 3,18%; in Vlaanderen 4,24%) (Provincies in cijfers, 2016).
- Het aantal geboorten in kansarme gezinnen binnen onze projectregio is relatief hoog en evolueert in stijgende lijn. Ze bedroeg in 2014 15,1% (6,5% in de Provincie Vlaams-Brabant en 11,38% Vlaanderen) en 17,7% in 2015 (7,21% in de provincie Vlaams-Brabant en 12,01% Vlaanderen) (kansarmoede-index Kind & Gezin, 2015).
- Het aantal personen met een verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering bedroeg in 2016 gemiddeld 13,2 % (in 2014 was dit nog 12,4%) in onze projectregio; 13,7% in Vlaanderen; 9,9% in Vlaams-Brabant.
- In Leuven is het percentage inwoners dat gezondheidsuitgaven niet op tijd kan betalen om financiële redenen gestegen van 4% in 2011 naar 5,2% in 2014 (stadsmonitor, 2014).
- De economie is sterk gericht op hooggeschoolden. Er is een hoge werkgelegenheidsgraad, maar tegelijk ook een hoge (jeugd)werkloosheidsgraad. De werkloosheidsgraad van de Leuvenaars bedroeg in december 2016 7,5% t.o.v. 7,2% in Vlaanderen. Opvallend zijn de grote groep langdurig werkloze (>= 1 jaar) 41,4%, allochtone werkloze (36,2%), laaggeschoolde werklozen (37%) en de hoge jeugdwerkloosheid (< 25 jaar) (17,8%) (VDAB, 2016)

Kwetsbare groepen situeren zich vooral binnen de ouderen, de alleenstaanden, mensen met psychiatrische problematiek, personen met migratie achtergrond, kansarmen, werklozen, mensen met mobiliteitsproblemen, zorgmijders en mensen zonder enig sociaal netwerk.

### **13. Op basis van welke bron kon men deze kwetsbare groepen identificeren? (MAX 200 woorden)**

Cfr. antwoord op vraag 12. De kwetsbare groepen kunnen we niet uitsluitend identificeren op basis van IMA-data omwille van enerzijds de beperktheden van IMA qua data (vb. geen data i.v.m. welzijnsgebruik, beperkte socio-demografische data, beperkingen i.v.m. data omtrent aandoeningen, ...). Anderzijds omdat één van de

doelstellingen van het project is de kwetsbaren vanuit verschillende definities en oogpunten te zoeken en includeren. Dit laatste willen we o.a. doen door populatiemanagement (zie verder)

Andere bronnen:

- Stadsmonitor. (2014). Betaalbaarheid van de zorg en opvang. Geraadpleegd op 7 december 2016 via <http://stadsmonitor.vlaanderen.be/betalbaarheid-van-zorg-en-opvang>
- Stad Leuven. (2017) Leuven, gezonde stad: omgevingsanalyse en visietekst. Leuven.
- Kind en Gezin. (2014). Kansarmoede-index Kind en Gezin. Geraadpleegd op 23 januari 2017 via <http://www.kindengezin.be/cijfers-en-rapporten/cijfers/kansarmoede/gemeentelijk-niveau>
- Statistics Belgium. (2014). Onderwijsniveau. Geraadpleegd op 6 december 2016 via [http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/arbeid\\_leven/opleiding/niveau/](http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/arbeid_leven/opleiding/niveau/)
- Studiedienst Vlaamse regering. (2016) Vlaamse Regionale Indicatoren. Brussel.
- VDAB Arvastat. (2016). Werkloosheid. Geraadpleegd op 23 januari 2017 via [https://arvastat.vdab.be/arvastat\\_basisstatistieken\\_werkloosheid.html?geo=24062](https://arvastat.vdab.be/arvastat_basisstatistieken_werkloosheid.html?geo=24062)
- Algemene Directie Statistiek- Statistics Belgium. (2011). Bevolking met diploma hoger onderwijs. Geraadpleegd op 23 januari 2017 via [http://census2011.fgov.be/data/fresult/highdegree\\_nl.html](http://census2011.fgov.be/data/fresult/highdegree_nl.html)
- Heylen, V. (2016). GEZONDHEID IN VLAAMS-BRABANT. Geraadpleegd op 7 december 2016 via [http://www.vlaamsbrabant.be/binaries/publicatie-dossier-gezondheid\\_tcm5-110386.pdf](http://www.vlaamsbrabant.be/binaries/publicatie-dossier-gezondheid_tcm5-110386.pdf)
- <https://provincies.incijfers.be/>

**14. Welke opvallende verschillen zijn vastgesteld op vlak van zorggebruik bij de populatie/doelgroep in de regio ten aanzien van het gemiddelde in België? Bv. aantal spoedopnames, percentage polyfarmacie,... (MAX 1600 woorden)**

**Samenvatting:** huisartsen en huisapothekers hebben het meest frequent contact met de populatie. In de groep van de kwetsbaarste personen heeft 90% een huisarts, met gemiddeld meer dan 10 contacten per jaar. Leuven kent een hoog cijfer van jonge huisartsen die voornamelijk in samenwerkingsverband georganiseerd zijn. Huisapothekers zijn in Leuven een actieve groep. Zij hebben gemiddeld 100 patiëntcontacten per dag. Tandartsen worden onvoldoende bezocht. Daarnaast wordt 10% eenmaal, en 2% meermaals per jaar in een acuut ziekenhuis opgenomen. Bijna 10% consulteert jaarlijks een spoeddienst. 1,6% verblijft in een RVT, 1,6% heeft thuisverpleging. Op vlak van preventie worden de geprogrammeerde campagnes in Leuven goed opgevolgd.

Beroep doen op een zorgverstrekker

75,4% van onze populatie had in 2014 een contact met de **huisarts** t.o.v. 80,9% in Vlaanderen en 75,6% Nationaal. Het gemiddeld aantal contacten met een huisarts bedroeg 4,1 binnen onze projectregio t.o.v. 4,6 in Vlaanderen (Nationaal: 4,1) (IMA, 2014).

Het aantal personen binnen onze projectregio met een raadpleging bij een **specialist** bedroeg 44,5% t.o.v. 50,3% Nationaal en 49,9% in Vlaanderen. Het gemiddeld aantal raadplegingen bij een specialist kwam neer op 1,7 binnen onze projectregio t.o.v. gemiddeld 1,8 raadplegingen Nationaal en voor Vlaanderen (IMA, 2014).

Bij **personen met het statuut chronische aandoeningen** binnen onze projectregio liggen de cijfers van artsenbezoeken hoger. 91,1% had minstens een contact met de huisarts in 2014. Het gemiddeld aantal contacten met een huisarts bedroeg 11,3. 68,5% had een contact met een specialist in 2014. Het gemiddeld aantal contacten met een specialist bedroeg 3,7 (IMA, 2014).

Opvallend voor onze projectregio is het aantal personen met minstens 1 contact met een **psychiater** (5,0%). Dit cijfers is hoger dan het Nationaal gemiddelde (3,7%) en het gemiddelde voor Vlaanderen (3,5%) (IMA, 2014).

25,7% van onze populatie heeft geen enkel contact gehad bij de **tandarts** binnen een periode van 3 kalenderjaren (jaar x, jaar x-1, jaar x-2) (België: 28,1% & Vlaanderen: 25,9%). 66% van onze populatie heeft minstens 1 contact (geen spoed of orthodontische behandeling) met de tandarts gehad gedurende een periode van 2 kalenderjaren (jaar x, jaar x-1) (België: 63,3% & Vlaanderen: 66,3%). 52,8% had minstens 2 contacten met de tandarts in 2 verschillende jaren binnen een periode van 3 kalenderjaren (jaar x, jaar x-1, jaar x-2) (België: 49,8% & Vlaanderen: 53,5%) (IMA, 2014).

Binnen onze populatie heeft 1,7% een **thuisverpleegkundige**. Dit is iets lager dan het gemiddelde voor Vlaanderen, 2,0%.

#### Geneesmiddelen

41,4% van de personen binnen onze projectregio gebruikte minstens 3 maanden een medicijn in 2014 (Nationaal: 45,3% - Vlaanderen: 46,6%). 5,2% van de personen binnen onze projectregio, en 38,2% van personen met het statuut chronische aandoening is gepolymediceerd (meer dan 5 geneesmiddelen chronisch) (Nationaal: 6,0% - Vlaanderen: 5,8%) (IMA, 2014).

#### (Spoed/Her)opnames

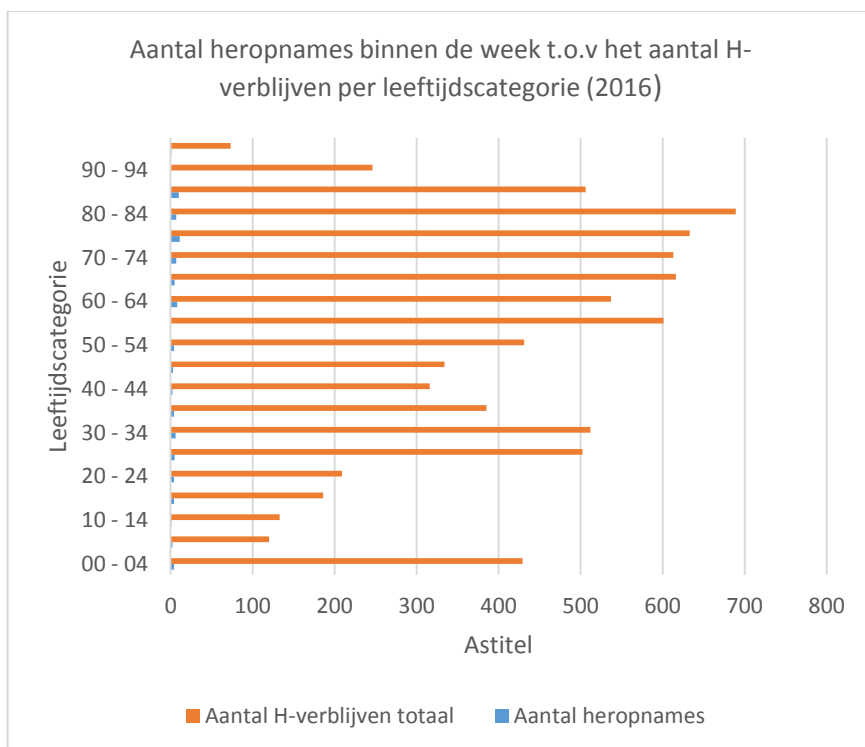
Het gemiddeld aantal personen met een **opname in een acuut ziekenhuis** in 2014 bedroeg 9,2% voor onze projectregio (11,1% Nationaal & 11,3% in Vlaanderen). Gemiddeld 2,1% van de populatie werd **meerdere keren opgenomen** in één jaar (2,7% Nationaal & 2,8% in Vlaanderen). Gemiddeld 1,9% wordt zelfs meerdere keren opgenomen in 6 maanden tijd (2,4% Nationaal & 2,5% in Vlaanderen). Het aantal personen met **een consultatie op de spoeddienst** bedroeg in 2014 gemiddeld 12,7%, in Vlaanderen was dit 13,6% en Nationaal 16,1% (IMA, 2014).

Het aantal **heropnames** binnen **UZ Leuven** voor het jaar 2016 werd geanalyseerd door de MIR (management informatie rapportering). Onder heropnames verstaan we hier H verblijven die minstens 1 aanwezigheid hebben op een H vloer of ITE vloer of H verblijven die een overnachting hadden op spoed met een uitcheck na 8u s 'morgens.

Heropnames (UZ Leuven) binnen de week, specifiek voor NIS-code 24062

*Noot: binnen de week wordt gedefinieerd als "binnen de 7 dagen, beginnende vanaf de dag na de opname". M.a.w. als een patiënt zondag ontslagen wordt en de zondag er op terug opgenomen wordt, dan telt dit als een heropname binnen de week.*

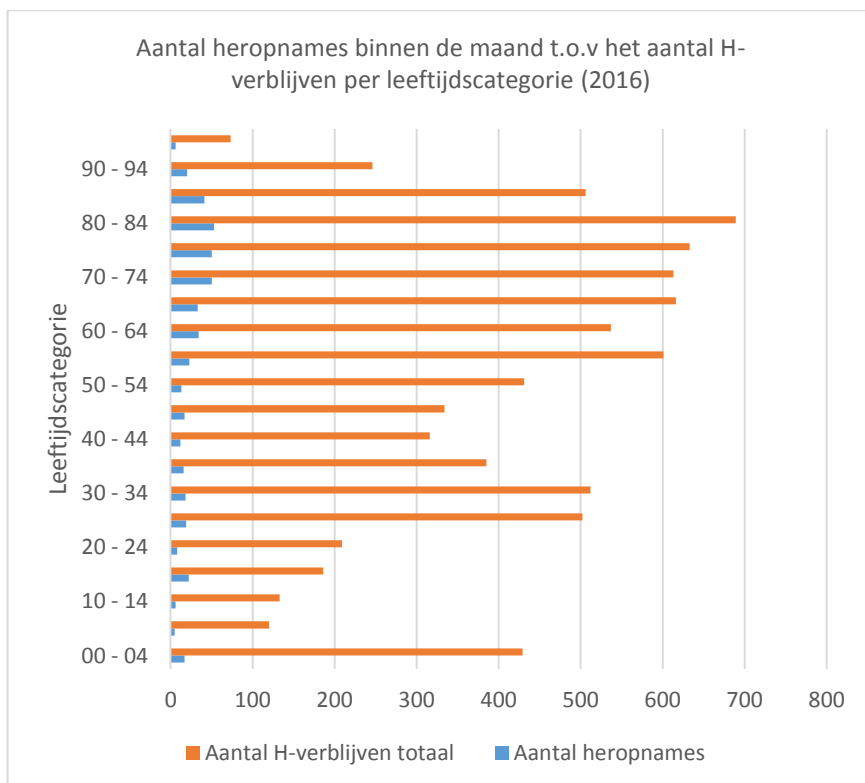
Voor 2016 waren er in totaal 88 heropnames binnen de week van de 8071 H-verblijven voor onze projectregio. Hiervan beperkte 12 heropnames zich tot een overnachting op spoed en 76 leidde tot een effectieve opname in het ziekenhuis. Onderstaande tabel geeft per leeftijdscategorie het aantal heropnames binnen de week weer t.o.v. het totaal aantal H-verblijven voor het jaar 2016.



#### Heropnames (UZ Leuven) binnen de maand, specifiek voor NIS-code 24062

*Noot: binnen een maand: "binnen de 30 dagen, beginnende vanaf de dag na de opname"..*

Voor 2016 waren er in totaal 88 heropnames binnen de maand van de 8071 H-verblijven voor onze projectregio. Hiervan beperkte 42 heropnames zich tot een overnachting op spoed en 421 leidde tot een effectieve opname in het ziekenhuis. Onderstaande tabel geeft per leeftijdscategorie het aantal heropnames binnen de maand weer t.o.v. het totaal aantal H-verblijven voor het jaar 2016.



### Ouderenzorg

Gemiddeld 1,6% van onze populatie is opgenomen in een **RVT** ( idem voor Vlaanderen en Nationaal)

### Uitgaven RIZIV

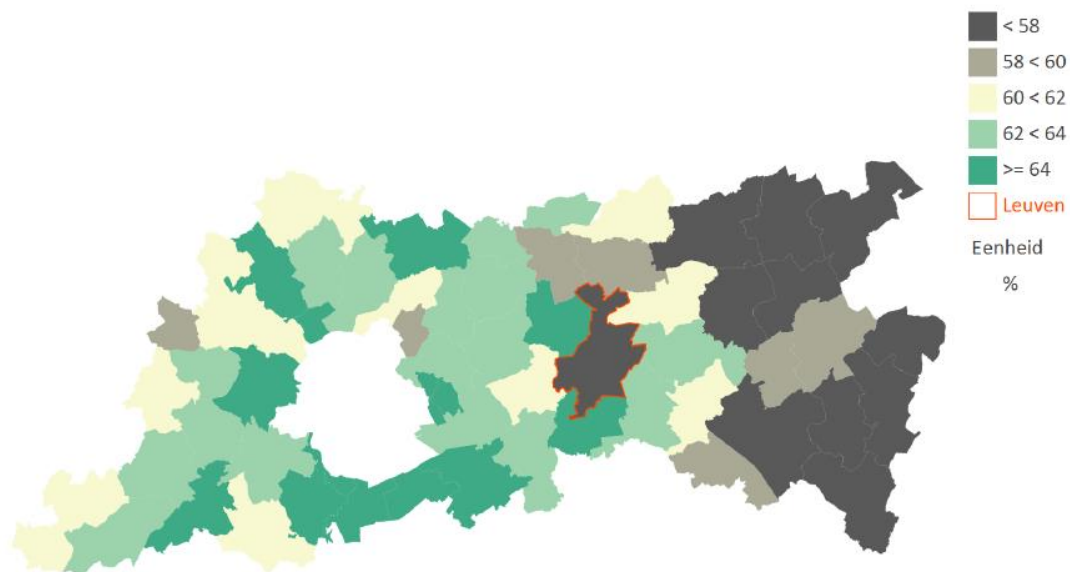
|                                                         | <u>Populatie</u> |                      |                         |
|---------------------------------------------------------|------------------|----------------------|-------------------------|
|                                                         | <u>Som_ZIV</u>   | <u>Som_remgelden</u> | <u>Som_supplementen</u> |
| Verpleegdagprijs (excl. 6de staatshervorming)           | 69.101.207       | 1.663.962            | -20                     |
| Honoraria van artsen - Specialisten                     | 47.559.084       | 7.035.166            | 2.866.059               |
| Farmaceutische verstrekkingen                           | 20.552.732       | 4.104.294            | 885                     |
| RVT/ROB/Dagverzorgingscentra (6de staatshervorming)     | 21.017.591       | 0                    | -74.237                 |
| Honoraria van verpleegkundigen                          | 8.265.146        | 12.639               | 2.153                   |
| Honoraria van artsen - Huisartsen                       | 8.554.891        | 1.607.528            | 152.709                 |
| Honoraria van tandheelkundigen                          | 6.625.260        | 1.435.768            | 274.169                 |
| Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren        | 4.695.634        | 1.059.441            | 502                     |
| Verzorging door kinesitherapeuten                       | 5.371.979        | 1.551.889            | 49.980                  |
| Revalidatie en herscholing (excl. 6de staatshervorming) | 2.551.177        | 108.680              | 523                     |
| Dialyse                                                 | 1.279.302        | 0                    | 0                       |
| Sociale Maximumfactuur                                  | 2.407.358        | -50.769              | 7.502                   |
| Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen         | 1.640.865        | 0                    | 0                       |
| Verzorging door bandagisten (6de staatshervorming)      | 620.029          | 21.475               | 1.217                   |
| REST                                                    | 25.378.355       | 694.996              | 8.102.897               |

### Preventieve zorg

Slechts 25,8% van de bevolking (Nationaal) gaat regelmatig preventief naar de **tandarts** (minstens 2 preventieve contacten in 2 verschillende jaren binnen een periode van 3 kalenderjaren). Voor Vlaanderen ligt het aandeel iets hoger, 30,8%. Binnen onze projectregio gaat ongeveer 1/3 (33%) preventief naar de tandarts (IMA, 2014).

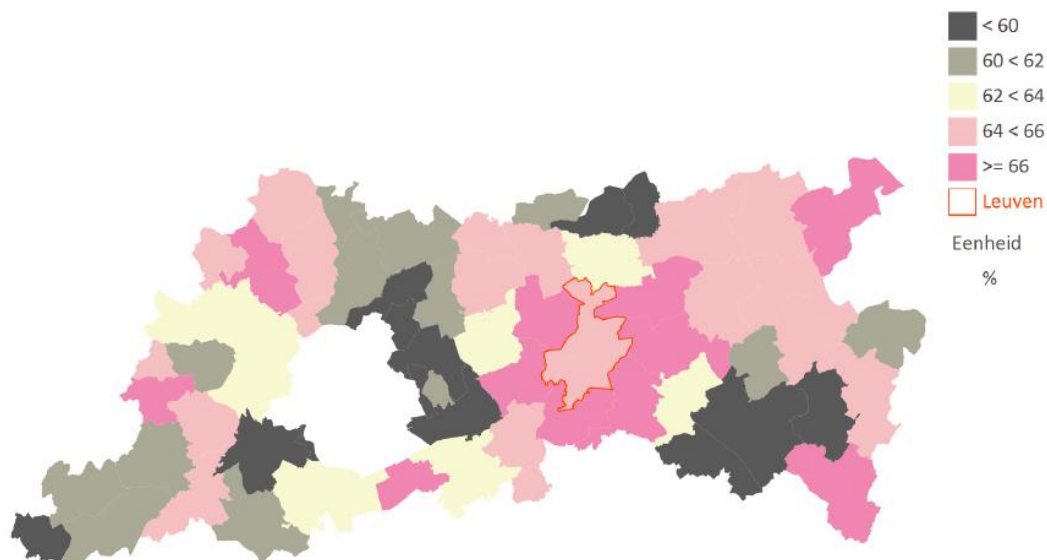
Bij 49,2% van de Leuvense vrouwen tussen 25 en 64 jaar vond een **baarmoederhalskankerscreening** plaats binnen een periode van drie kalenderjaren (jaar, jaar-1, jaar-2). Voor Vlaanderen bedraagt dit 50,7% en voor België is dit 51,5% (IMA, 2013). Uit cijfers van het rapport “bevolkingsonderzoeken naar kanker: stand van zaken in Leuven” van het LOGO Oost-Brabant blijkt de totale dekkinggraad voor baarmoederhalskankerscreening in 2015 voor onze regio gestegen naar 56,9%. In dezelfde periode bedroeg de totale dekkinggraad 60,5% in Vlaanderen.

Totale dekkinggraad baarmoederhalskankerscreening per gemeente in de regio Vlaams-Brabant (Centrum voor Kankeropsporing vzw, 2015)



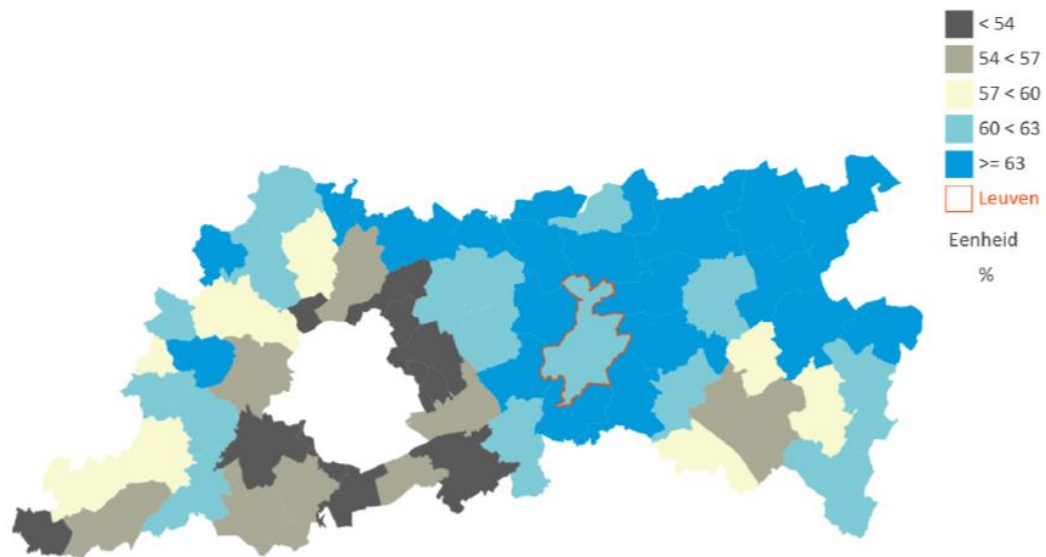
56,0% van de Leuvense vrouwen van 50-69 jaar nam deel aan het bevolkingsonderzoek **borstkankerscreening** in de periode 2012-2013 (IMA, 2013). Binnen Vlaanderen verschilt de spreiding naar provincie (totaal gemiddeld 49,5%). In Limburg is de deelname aan het bevolkingsonderzoek het meest succesvol, met een participatie van 60,2% in de periode 2012-2013. In Vlaams-Brabant wordt maar 42% van de vrouwen uit de doelgroep gemobiliseerd, mede door de lage deelnamegraad in het gebied rond Brussel. De streek van Leuven kent een hoge deelnamegraad (Vrind, 2015). Voor België bedraagt de deelnamegraad 32,7%. Uit cijfers van het rapport “bevolkingsonderzoeken naar kanker: stand van zaken in Leuven” van het LOGO Oost-Brabant blijkt de totale dekkingsgraad voor borstkankerscreening in 2015 in onze regio 64,3% (Vlaanderen: 64,3%).

Totale dekkingsgraad borstkankerscreening per gemeente in de regio Vlaams-Brabant (Centrum voor Kankeropsporing vzw, 2015)



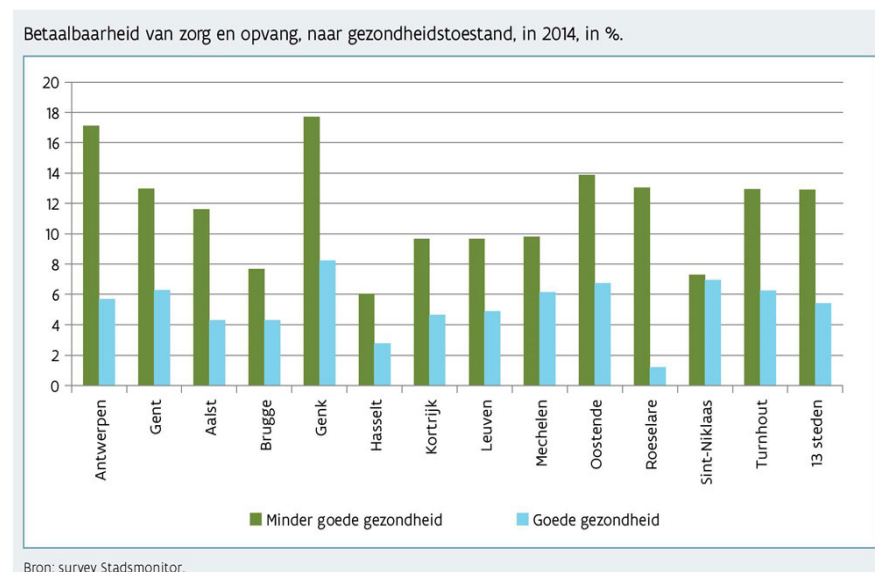
In 2015 liet 61,5% van de Leuvenaars zich preventief screenen voor **dikke darmkanker**. Voor Vlaanderen was dit 63,4% (rapport “bevolkingsonderzoeken naar kanker: stand van zaken in Leuven”, LOGO Oost-Brabant).

Totale dekkingsgraad dikke darmkanker screening per gemeente in de regio Vlaams-Brabant (Centrum voor Kankeropsporing vzw, 2015)



### Algemeen

In Leuven is het percentage inwoners dat **gezondheidsuitgaven** niet op tijd kan betalen om financiële redenen gestegen van 4% in 2011 naar 5,2% in 2014 (Stadsmonitor, 2014).



**15. Welke concrete elementen werden geïdentificeerd die prioritair aangepakt moeten worden op basis van deze analyses (1 en 2) en waarom worden ze als prioritair beschouwd? (MAX 800 woorden)**

**Samenvatting:** gemiddelde cijfers verbergen de grote diversiteit. Om deze beter te vatten zijn deelpopulaties nodig met aandacht voor de individuele behoeften. Deze zijn cruciaal voor de proactieve acties die we nodig hebben. Psychiatrische patiënten, erg kwetsbaren die dikwijls de weg naar zorg niet vinden, personen met polymedicatie en de frequente gebruikers van spoeddiensten zijn groepen die speciale aandacht verdienen.

Deze aanwezige noden en behoeften vormen samen met de risicostratificatie van de populatie een belangrijke leidraad bij het opstellen van het Zorgzaam Leuven actieplan. Het helpt ons om accenten te leggen en prioriteiten te stellen binnen het actieplan.

Dankzij de uitgebreide behoefteanalyse bij zowel patiënten als zorgverleners binnen onze projectregio hebben we een zeer goed zicht gekregen op de aanwezige noden en behoeften. De belangrijkste thema's die naar voren komen in de **behoefteanalyse van de patiënten** zijn: behoefte aan informatie op maat, psychologische ondersteuning, zorgcoördinatie- en integratie, sociale ondersteuning (mantelzorg, familie, ...), financiële hulp en erkenning van de ziekte en het ziek zijn. De belangrijkste thema's die blijken uit de **behoefteanalyse van de zorgverleners** zijn: zorgcoördinatie, ICT, health literacy, equity, primaire preventie, mantelzorg en zorgnetwerken, samenwerking, communicatie en bereikbaarheid.

Alle elementen uit de behoefteanalyse bij patiënten en zorgverleners zitten verweven in het actieplan van Zorgzaam Leuven. De verschillende elementen komen binnen ons actieplan gefaseerd aan bod gedurende de komende 4 jaar. Welke elementen prioritair aan bod komen, kan worden afgeleid uit de Gantt chart van het actieplan in bijlage (zie Excel). De strategische doelstellingen zijn geformuleerd op basis van de gedetecteerde behoeften, zowel bij patiënten als bij zorgverleners. De verschillende elementen die voortkomen uit de behoefteanalyses worden prioritair beschouwd omdat zij het resultaat zijn van een actieve betrokkenheid van zorgverleners en patiënten en een bottom up benadering binnen onze projectregio.

Uit de **risicostratificatie van de populatie** zullen volgende elementen prioritair worden aangepakt:

- Pro-actief disease management: er zullen zorgprogramma's uitgewerkt worden voor minstens 5 frequent voorkomende chronische aandoeningen (diabetes, chronische nierinsufficiëntie, COPD, hartfalen, psychisch lijden). Zo willen we het zorgtraject diabetes uitbouwen en optimaliseren tot een geïntegreerd zorgprogramma voorzien worden in een betere opvolging van diabetespatiënten: secundaire preventie, betere begeleiding via thuiszorg, zelfmanagement en gezonde levensstijl, optimalisatie medicatie gebruik, vaccinatie. Voor de meest kwetsbaren voorzien we casemanagement.
- Specifiek voor psychiatrische patiënten zijn er opportuniteiten om de zorg te verbeteren via: zorgprogramma psychisch lijden, meer zorg aan huis, betere afstemming met ambulante teams GGZ, betere noodopvang, casemanagement, psychose bij dementerenden, MDO's efficiënter toepassen.
- De aanwezigheid van een erg kwetsbare groep van personen met minstens 2 spoedopnames en minstens 2 ziekenhuisopnames (998 personen met statuut chronische aandoening) schept opportuniteiten om gericht zorg te verlenen aan risico-personen: een betere coördinatie van zorg, casemanagement, zorgprogramma's, medicatiebegeleiding, vroegtijdige zorgplanning
- Voor de gepolymediceerde personen (4963 in de hele populatie): verhoogde medicatiebegeleiding, medicatiebewaking, rationeel en evidence based voorschrijven, voorkomen van medicatie gerelateerde spoed- en ziekenhuisopnames, voorkomen van overbelasting van de mantelzorger, rationalisatie psychofarmaca gebruik in WZC's, gedeeld medicatieschema, zorgdoelen bepalen en medicatie hierop afstemmen.

- Bepaalde kwetsbare groepen vinden hun weg niet naar zorg en hulp. De verschillende kenmerken van kwetsbaarheid, mede gekoppeld aan de buurt, schept kansen om buurtgerichte initiatieven te ontwikkelen, vrijwilligers in te zetten, -screeningtools die zich richten op kwetsbaarheid, vroegdetectie en preventie te ontwikkelen voor zorgverleners.
- De aanwezigheid van de jonge Leuvense populatie (leeftijdscategorie tussen 25-29 jaar 10,98%) kan mogelijk voordelen bieden indien jonge burgers ingezet worden in een meer maatschappelijk model van zorg. Dat willen we bereiken door zorgzame buurten uit te bouwen.
- Maatschappelijke veranderingen zoals de vergrijzing, de sterke stijging van chronisch zieken, de multiculturele samenleving, nijpende tekorten aan zorgverleners, scheppen een 'sense of urgency' om het zorgaanbod meer te integreren en het zorgmodel voor chronisch zieken te hervormen.
- Afstemmen van de urgentielijnen eerstelijns en tweede lijn en correct en snelle diagnostiek zo dicht mogelijk bij de thuissituatie van de patiënt: (spoed/her)opnames voorkomen en/of beperken
- Aandacht voor kostenefficiëntie en financiële integratie omwille van o.a. de toenemende groep van patiënten die binnen de projectregio hun gezondheidsuitgaven niet op tijd kan betalen.
- Vroegdetectie en preventie: personen met risico op chronische ziekten, of die reeds een chronische ziekte hebben maar nog geen diagnose: opportuniteiten door het promoten van een gezonde levensstijl, primaire preventie en vroegdetectie.

**16. Welke elementen of conclusies uit deze analyse (1 en 2) kunnen leiden tot een betere definiëring van de doelgroep of kunnen gebruikt worden als inclusiecriteria? (MAX 1200 woorden)**

**Samenvatting : de erg kwetsbaren, en de multimorbide chronisch zieken zullen in ons project de eerste aandacht krijgen. Het doel is om steeds meer doelgericht en populatiegericht te leren werken, voor de erg kwetsbaren en uiteindelijk voor de hele populatie.**

Vooreerst wensen wij op te merken dat de uiteindelijke doelgroep de hele Leuvense populatie zal zijn die dan op basis van populatiegegevens vanuit een populatiedatabank kan onderverdeeld worden naargelang de interventie. Omwille van een mogelijkheid om de uitgewerkte acties te kanaliseren wordt een opdeling in 3 doelgroepen uitgewerkt.

**Doelgroep I : Chronisch zieken met hoge mate van kwetsbaarheid.**

Om de groep van **kwetsbaren** binnen onze projectregio beter te definiëren kunnen we een beroep doen op volgende elementen uit bovenstaande analyses:

Cfr. antwoord op vraag 12: binnen de **groep 'personen met statuut chronische aandoening'** zien we voor onze regio in de IMA data (2014) opvallende gegevens die wijzen op verhoogde kwetsbaarheid:

- 46.6% is alleenstaande en 58% is vrouw
- 17.8% is erkend als mindervalide
- hoge scores voor IMA proxy's gerelateerd aan lage Socio-economische Status (SES): 55.7% heeft minstens 2 criteria die proxy zijn voor lage SES, 33.1% heeft MAF terugbetaling, 35.4% heeft een verhoogde tegemoetkoming
- 19.4% heeft minstens één contact met een psychiater en 24% gebruikt SSRI's/SNRI's. Psychosen: 8.5% bij jongeren en 3.3% bij ouderen
- 27.9% werd minstens één keer opgenomen in het ziekenhuis (2014). 9.5% werd meer dan één keer opgenomen.
- 12.4% heeft minstens 2 spoedopnames en minstens 2 ziekenhuisopnames per jaar

- 38.2% heeft polymedicatie (meer dan 5 geneesmiddelen)
- 19% heeft diabetes samen met cardiovasculaire aandoening(en)
- 12.9% heeft een zorgforfait

Deze IMA-gegevens kunnen we aanvullen met algemene gegevens rond kwetsbaarheid voor de **globale populatie** binnen onze projectregio:

- Het aantal alleenstaande binnen onze projectregio is relatief hoog, 23,8% (35,7% is ≤75 jaar) (IMA, 2014).
- Er zijn relatief veel huishoudens met OCMW-steun. Daarvan is drie op vier alleenstaand of heeft een gezin ten laste. Het aantal leefloners per 1000 inwoners bedroeg in Leuven in 2015 8,33% (in de Provincie Vlaams-Brabant 3,18%; in Vlaanderen 4,24%) (Provincies in cijfers, 2016).
- Het aantal geboorten in kansarme gezinnen binnen onze projectregio is relatief hoog en evolueert in stijgende lijn. Ze bedroeg in 2014 15,1% (6,5% in de Provincie Vlaams-Brabant en 11,38% Vlaanderen) en 17,7% in 2015 (7,21% in de provincie Vlaams-Brabant en 12,01% Vlaanderen) (kansarmoede-index Kind & Gezin, 2015).
- Het aantal personen met een verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering bedroeg in 2016 gemiddeld 13,2 % (in 2014 was dit nog 12,4%) in onze projectregio; 13,7% in Vlaanderen; 9,9% in Vlaams-Brabant.
- In Leuven is het percentage inwoners dat gezondheidsuitgaven niet op tijd kan betalen om financiële redenen gestegen van 4% in 2011 naar 5,2% in 2014 (stadsmonitor, 2014).
- De economie is sterk gericht op hogeschoolden. Er is een hoge werkgelegenheidsgraad, maar tegelijk ook een hoge (jeugd)werkloosheidsgraad. De werkloosheidsgraad van de Leuvenaars bedroeg in december 2016 7,5% t.o.v. 7,2% in Vlaanderen. Opvallend zijn de grote groep langdurig werkloze (≥ 1 jaar) 41,4%, allochtone werkloze (36,2%), laaggeschoolde werklozen (37%) en de hoge jeugdwerkloosheid (< 25 jaar) (17,8%) (VDAB, 2016)

Kwetsbare groepen situeren zich voor onze regio vooral binnen de ouderen, de alleenstaande, mensen met psychiatrische problematiek, personen met migratie achtergrond, kansarmen, werklozen, mensen met mobiliteitsproblemen, zorgmijders en mensen zonder enig sociaal netwerk.

#### **Doelgroep II : complexe chronisch zieken.**

Tot deze groep behoren personen met chronische somatische of psychische aandoeningen of een combinatie van aandoeningen met duidelijke impact op het leven van de persoon en zijn omgeving. Voor chronisch zieken in meer **complexe situaties** of met **hoge multimorbiditeit** worden acties opgezet die kwetsbaarheid kunnen **voorkomen** zodat zij niet overgaan naar de groep van personen met hoge kwetsbaarheid.

In dit project starten we met de ontwikkeling van zorgprogramma's voor 5 veel voorkomende chronische ziekten: diabetes mellitus, COPD, chronisch hartfalen, chronisch nierlijden en chronisch psychisch lijden. De keuze voor deze 5 chronische ziekten kunnen we verantwoorden op basis van de IMA data, 2014: "**prevalentie van bepaalde aandoeningen**" binnen onze populatie en doelpopulatie in vergelijking met Vlaanderen en nationaal.

#### **Doelgroep III : De totale populatie.**

Daarnaast zullen bepaalde acties zich richten op de **brede populatie**, om bijvoorbeeld via levensstijlaanpassingen, via empowermentinspanningen maar ook via steunend maatschappelijk weefsel de evolutie naar chronisch ziek zijn en afhankelijkheid te voorkomen.

Het ultieme doel is een gezonde populatie (fysiek, psychisch) binnen een sociaal netwerk waarin mensen zich goed voelen.

Kaiser permanente piramide voor Zorgzaam Leuven:

|                    | Groep                                                                   | Doelstelling                                                                                                |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| KWETSBARE          | Kwetsbaren                                                              | Patiënt zo lang als mogelijk thuis = comfortzorg<br>Onnodige interventies vermijden                         |
| DISEASE MANAGEMENT | Ernstig chronisch Zieken = chronisch zieken met risico op kwetsbaarheid | De natuurlijke evolutie van de ziekte naar complicaties en kwetsbaarheid afremmen door proactief management |
| SELF CARE          | Risico op ziekte: pre-diabetes, rokers, HTA                             | De evolutie naar ernstig chronische ziekte afremmen                                                         |
| SELF CARE          | Gezonde populatie                                                       | Gezondheidsbevordering                                                                                      |

### 3. CARTOGRAFIE VAN DE MIDDELEN

☛ ZIE P9-12 VAN DE PRAKTISCHE FICHE «RISICOSTRATIFICATIE VAN DE POPULATIE EN CARTOGRAFIE VAN DE MIDDELEN»

**17. Welke bronnen zijn gebruikt om de analyse van de middelen in de regio uit te voeren? (MAX 400 woorden)**

De bronnen bestaan enerzijds uit gezondheidsrapporten, gebaseerd op cijfers van **Statistics Belgium**, **IMA** (Intermutualistisch Agentschap), **RIZIV** (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering), **Farmanet**, **MZG** (Minimale ZiekenhuisGegevens), **MPG** (Minimale Psychiatrische Gegevens), **HIS** (Health Interview Survey), **SHA** (System of Health Accounts; binnen OESO), verscheidene registers zoals het kadaster van de gezondheidszorgberoepen, het kankerregister, RIZIV-databases.

- **KCE**: performantie gezondheidszorg (rapport 2015)
- **OECD**: Geographic Variations in Health Care (2014; data 2009)
- **RIZIV**: geïntegreerde zorg voor chronisch zieken (interadministratieve cel)
- **European Observatory** on Health Systems and Policies (binnen WHO)
  - HIT-rapport (Health systems In Transition) België (2010)
  - Health System Efficiency (2016)

De verschillende actoren in de gezondheids- en welzijnszorg:

- **Provinciaal overzicht**: gezondheidszorg (algemeen, somatisch, psychologisch) en thuiszorg
- **Vlaamse provincies, Vlaamse Gemeenschapscommissie**: [www.desocialekaart.be](http://www.desocialekaart.be)
- **Vlaamse overheid**:
  - <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/ouderenzorg>
  - <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/thuiszorg>

o <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein>

- **Huisartsen:** op basis van de wachtkringen Mediawacht
- **Apothekers:** Brabants Apothekers Forum (BAF)
- **Thuisverpleging:** Wit-Gele Kruis, Socialistische Mutualiteit van Brabant (FSMB), Solidariteit voor het Gezin, Kring Zelfstandige Verpleegkundigen Leuven vzw
- **Kinesitherapeuten:** Leuvense Kine Kring (LKK) binnen Axxon, overige kinesitherapeuten
- **Diëtisten:** Lokaal Multidisciplinair Netwerk (LMN) Leuven
- **Diabeteseducatoren:** LMN Leuven
- **Podologen:** LMN Leuven
- **Tabakologen:** LMN Leuven
- **Psychologen:** register ontbreekt
- **Mantelzorg:** ouderen en Thuiszorg Vlaams Brabant
  - o Navraag bij de verschillende mantelzorgorganisaties is mogelijk, maar wordt bemoeilijkt door de privacywetgeving en de afwezigheid van een officiële registratie
  - o Steunpunt Thuiszorg vzw, Liever thuis vzw, S-plus Mantelzorg, Ons zorgnetwerk vzw, Ziekenzorg CM vzw, Okra Zorgrecht vzw
  - o Zorgplan Vlaanderen

**18. Welke middelen zijn aanwezig binnen het consortium die nuttig zijn voor de behandeling en begeleiding van de gekozen doelgroep?**

➔ *specifiëren aard en volume/kwantiteit van de middelen en hun mogelijke rol in de geïntegreerde zorg (MAX 1200 woorden)*

**Samenvatting :** dankzij een engagement van meer dan 50 zorgorganisatie, met een langlopende zorgtraditie, hebben de partnerorganisaties een enorm potentieel. Het project wil hieraan een toegevoegde waarde geven door convergentie, professionalisering en onderlinge afstemming. Zo streven we naar het ontstaan van een permanente bereidheid tot verandering.

De partner organisaties van het consortium hebben hun inbreng verklaard via een bijdrageformulier, dat toegevoegd werd aan de engagementsverklaring. Het bijdrageformulier kan [hier](#) geconsulteerd worden.

**19. Welke ontbrekende middelen werden geïdentificeerd in het bestaande systeem om kwaliteitsvolle geïntegreerde zorg (inclusief welzijn) te bieden aan de gekozen doelgroep? (MAX 800 woorden)**

**Samenvatting :** horizontale en verticale integratie is een grote noodzaak. Verder is er behoefte aan vermaatschappelijking van de zorg via buurten, mantelzorg en vrijwilligers. Overkoepelend moet ingezet worden op een verdere professionalisering van zorgmanagement.

- De verbinding tussen gezondheidszorg en welzijnszorg is nog onvoldoende, ondanks de inspanningen die hiervoor geleverd worden. Dit komt deels door verschillen in denkkader en in financieringsvormen
- Er is geen regionale aansturing op multidisciplinair niveau gezien versnipperde bevoegdheden en een veelheid aan projecten. Een aanzienlijk deel van de pilootprojecten slagen niet in duurzame implementatie
- Er is nood aan extra nachtopvangmogelijkheden en dagopvangplaatsen
- Populatiegericht denken is niet ingeburgerd bij zorgverleners en de tools hiervoor ontbreken nagenoeg volledig
- De participatie van mantelzorgers en patiënten aan het regionale beleid blijft moeilijk, ondanks inspanningen om hen actief te betrekken

- De heterogene populatie en concentratie van risicogroepen in bepaalde buurten: er is nood aan maatwerk rond de noden en de aanpak van specifieke problemen of drempels
- Gebrek aan middelen voor coördinatie van zorg
- Ontbreken van een mandaat en functiebeschrijving voor zorgcoördinatie en of casemanagement
- Gebrek aan integratie en samenwerking van sociaal werk en gezondheidsactoren
- Gebrek aan incentives voor een gestructureerd medicatienazicht en aan middelen voor een rationeel medicatiebeleid in WZC's
- Gebrek aan middelen en tools voor geplande zorg en doelgerichte zorg
- Gebrek aan communicatiemiddelen, geïntegreerd patiëntendossier
- Te weinig incentives voor preventieve zorg en proactieve zorg
- Te weinig middelen om kwetsbare groepen actief op te sporen (welzijnswerk, vrijwilligers) en te versnipperde gegevens over deze doelgroepen

**20. Welke van deze ontbrekende middelen kunnen aanvullend gemobiliseerd worden uit de omgeving? (uit de zorgsector, socioculturele sector, onderwijs, lokale overheden, verenigingsleven, bedrijfswereld, ...) (MAX 800 woorden)**

Het bestaande zorgaanbod is zeer uitgebreid en zou over het algemeen voldoende aansluiten bij de noden van de bevolking, indien het een overzichtelijk en goed afgestemd zorgaanbod was. In de realiteit zijn er echter problemen en inefficiënties die voortkomen uit de onoverzichtelijkheid en het gebrek aan een systematische samenwerking. Niet enkel de patiënt, maar ook de zorgverleners zelf kunnen moeilijk hun weg vinden in het complexe aanbod en de verschillende toegangspoorten.

Door de bestaande organisaties en diensten binnen één project te plaatsen met een transparant overzicht en gerichte oriëntatie van patiënten in het zorgaanbod, worden deze op een efficiëntere manier benut. Zo worden extra, nieuwe middelen grotendeels overbodig gemaakt.

In de conceptualisatiefase werden voor de geclusterde acties aan elk van de partnerorganisaties gevraagd in welke mate en op welke wijze er een mobilisatie van bestaande mensen en middelen kan gebeuren. Klik [hier](#) voor het overzicht.

**21. Welke inefficiënties werden geïdentificeerd in het bestaande systeem of in het bestaande aanbod? Bv. langdurige opnames, vermijdbare heropnames, polyfarmacie, duplicatie van verstrekkingen, onnodige duplicatie van diensten, ... (MAX 800 woorden)**

Uit de vele discussie en onderzoeken (bv. Europees vergelijkingen tussen zorgsystemen) komen naast de gekende goede elementen (zoals tevredenheid over zorgverleners) volgende grote lijnen naar voor:

1. **De vrije toegang en het financieringssysteem** maakt het mogelijk dat patiënten ongelimiteerd de eerstelijns, medisch specialisten en spoedgevallen kunnen raadplegen. Dit resulteert in veel ongeplande contacten in de eerstelijns, specialistische contacten, onderzoeken en spoedgevallen contacten en zorgt anderzijds ook voor wachtlijsten voor verwezen patiënten.
2. Preventieve acties bereiken maar een beperkt deel van de bevolking en **vooral kwetsbare personen worden onvoldoende bereikt**. Hierdoor zijn er vaak vermijdbare aandoeningen zoals baarmoederhalskanker of diabetes die in gevorderde stadia ontdekt worden. Ook de griepvaccinatie status bij 65-plussers is te laag.

3. **Er is voor veel chronische aandoeningen een gebrekkige opvolging van patiënten.** Een voorbeeld van gebrekkige disease management vinden we bij de diabetici. Slechts 67,8% van de insulineafhankelijke en 43,4% van de niet-insulinedependente diabetici krijgt een aangepaste opvolging (bloedafnames en screening naar complicaties).
4. Een beperking van deze analyse is het **weinig regio specifieke karakter van de databases.** Verschillen tussen Vlaanderen, Brussel en Wallonië komen naar boven, terwijl deze op provinciaal niveau al minder duidelijk zijn. Om dit verder te verfijnen naar een locoregionaal gebied zoals Zorgzaam Leuven vooropstelt, moeten de huidige zorgteams per patiënt of buurt in kaart gebracht worden. Vervolgens kunnen de hiaten aangevuld worden om het geheel van zorg te optimaliseren tot op het individuele niveau. Het omschrijven van de subpopulaties van chronisch zieken en per wijk inventariseren en beschikbaar stellen aan de diverse zorgverleners wordt een belangrijke doelstelling. Het bestaande lokale netwerk zal een primair kader uittekenen voor lokale multidisciplinaire samenwerking. En het inventariseren van het reeds bestaande zorgnetwerk rond elk van deze kwetsbare personen zal het vertrekpunt zijn voor optimalisatie van de zorg en in beginstap naar flexibele eerstelijnspraktijken en netwerken.

#### 4. SWOT ANALYSE VAN DE REGIO

☛ **ZIE P12-13 VAN DE PRAKTISCHE FICHE «RISICOSTRATIFICATIE VAN DE POPULATIE EN CARTOGRAFIE VAN DE MIDDELEN»**

**22. Op basis van de vorige analyses en vaststellingen, bespreek hieronder de zwaktes, sterktes, opportuniteiten en bedreigingen om geïntegreerde zorg te ontwikkelen voor de gekozen doelgroep binnen uw regio. (MAX 4 keer 400 woorden)**

##### 1. Sterkten

###### **Zorgverleners en organisaties:**

- Fijnmazig netwerk van eerstelijnszorgverleners: apotheken, kinesitherapeuten, thuisverpleegkundigen, tandartsen, enz.
- Fijnmazig netwerk van welzijnswerkers en een sterk welzijnsaanbod en goede invulling van welzijnsvoorzieningen (CAW, maatschappelijk werk, kortverblijf, dagverzorging, enz.). Goede samenwerking tussen verschillende organisaties (bv. project nachtzorg)
- Aanwezigheid van een universitair ziekenhuis en academische kenniscentra: kennis over geïntegreerde zorg, samenwerkingsmodellen, innovatie, verandermanagement, gedragskunde
- Relatief jonge huisartsen (29% < 30 jaar (+ HAO's) en 17% 30-40 jaar) – waarvan een groot deel goed georganiseerd in groepspraktijken
- Goed werkende wachtdiensten in de eerstelijns: bv. huisartsenwachtpost, apotheken, thuiszorg
- Er is een hoge opvangcapaciteit van RVT's in de regio
- Consultaties op spoeddienst en ziekenhuisopnames: onder het nationaal gemiddelde
- Sterke overlegcultuur op patiëtniveau (MDO)
- Jarenlange ervaring met projecten en sterke overlegcultuur zowel binnen de gezondheidszorg als de welzijnssector en het buurtwerk: bv. proeftuinprojecten (InnovAge), Koning Boudewijnstichting, IWT, FWO, protocol III, art 107. Brede implementatie en evaluatie ontbreken nog (zie zwakten).
- Een ruim aanbod van multidisciplinaire opleidingen aangeboden door SEL, LMN, Logo, beroepsorganisaties en mede ondersteund door de kennisinstellingen.

- De aanwezigheid van een dynamisch Lokaal Multidisciplinair Netwerk en een actieve SEL binnen onze projectregio
- Goede samenwerking tussen structuren en overlegplatformen op meso-niveau:
  - o Project 'samen in beweging op één lijn'
  - o Begeleidingscommissie transmurale zorg
  - o Geestelijke gezondheidszorg - Art 107 project
- Initiatieven rond data-uitwisseling tussen organisaties. Bv. het elektronisch patiëntendossier via KWS.
- Platform InnovAge: stuurgroep samengesteld uit partners van de eerstelijns, de ziekenhuizen, kennisinstellingen. Overlegplatform met toegang tot specifieke patiëntenpopulaties, zorgprofessionals, testplatform voor innovatieve zorgdiensten of producten.
- Groeiende betrokkenheid van lokale besturen bij zorg via projecten zoals Leuven gezonde stad en BOV en Leuven warme stad.
- Sterke ervaring met wijkwerking in een aantal Leuvense wijken.

#### **Populatie - sterkten:**

- Een relatief jonge bevolking (zie grafiek deel B2 vraag 11)
- Relatief meer hoog opgeleiden dan in de rest van Vlaanderen-België (49,92% in onze projectregio t.o.v. 28% Nationaal, idem Vlaanderen)
- Het gemiddeld aantal bezoeken bij de huisarts voor die personen met minstens 1 bezoek ligt hoger dan het nationaal gemiddelde (IMA 7.2% t.o.v. 5.9%). In de subdoelgroep 'personen met statuut chronische aandoening' heeft 91.1% contact met de huisarts.

## **2. Zwakten**

#### **Heterogene populatie - zwakten:**

- Hoog aantal studenten: 52.032, die niet behoren tot de administratieve doelgroep maar gebruik maken van de gezondheidsvoorzieningen
- Ontrafeling sociaal weefsel door studenten
- In bepaalde buurten en ook binnen de groep personen met 'statuut chronische aandoening' zien we hoge cijfers voor proxy's gerelateerd aan een lage SES.
- Het aantal alleenstaande binnen onze projectregio is relatief hoog, 23,8% (35,7% is ≤75 jaar) (IMA, 2014). In de groep 'personen met statuut chronische aandoening' zijn er veel alleenstaanden (46.6%) en mindervaliden (17.8%).
- Personen met een migratie-achtergrond wonen geconcentreerd in enkele buurten
- Gemiddeld meer personen met een consultatie bij de psychiater (IMA: 5% t.o.v. 3.7% nationaal). In de groep 'personen met statuut chronische aandoening' gebruikt 1 op 4 een SSRI-SNRI en heeft 19.4% minstens één contact met een psychiater. Dit kan deels verklaard worden door een goed werkend aanbod van GGZ in de regio (bv. Art. 107 project).
- In de groep 'personen met statuut chronische aandoening', wordt 27.9% minstens één keer per jaar opgenomen in het ziekenhuis. 9.5% wordt meer dan één keer opgenomen. 12.4% heeft minstens 2 spoedopnames en minstens 2 ziekenhuisopnames. 1 op 4 heeft minstens één consultatie op de spoeddienst per jaar.
- Het aantal leefloners per 1000 inwoners bedroeg in Leuven in 2015 8,33% (Vlaams-Brabant 3,18%; Vlaanderen 4,24%).
- Het aantal geboorten in kansarme gezinnen binnen onze projectregio is relatief hoog en evolueert in stijgende lijn.
- Het aantal personen met een verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering: in 2016 gemiddeld 13,2 % t.o.v. 9,9% in Vlaams-Brabant.

- Het percentage inwoners dat gezondheidsuitgaven niet op tijd kan betalen: stijging van 4% in 2011 naar 5,2% in 2014.
- Hoge werkgelegenheidsgraad, maar tegelijk ook een hoge werkloosheidsgraad. Opvallend zijn de grote groep langdurig werkloze ( $\geq 1$  jaar) 41,4%, allochtone werkloze (36,2%), laaggeschoolde werklozen (37%) en de hoge jeugdwerkloosheid ( $< 25$  jaar) (17,8%).

#### **Structurele hiaten in de zorg**

- Er is geen regionale aansturing gezien versnipperde bevoegdheden en een veelheid aan projecten. Een aanzienlijk deel slaagt niet in duurzame implementatie
- Er is nood aan extra nachtopvangmogelijkheden en dagopvangplaatsen
- Populatiegericht denken is niet ingeburgerd bij zorgverleners.
- De participatie van mantelzorgers en patiënten blijft moeilijk
- De heterogene populatie en concentratie van risicogroepen in bepaalde buurten: er is nood aan maatwerk rond de noden ) en de aanpak van specifieke problemen of drempels
- De verbinding tussen gezondheidszorg en welzijnszorg is nog onvoldoende

### **3. Opportunities**

#### **Opportunities voor een populatiegerichte aanpak van zorg:**

- Gezamenlijk besef van alle actoren dat dit noodzakelijk is
- Pro-actief disease management: via geïntegreerde zorgprogramma's (bv. diabetes) kan er voorzien worden in een betere opvolging: secundaire preventie, betere begeleiding via thuiszorg, zelfmanagement en gezonde levensstijl, optimalisatie medicatie gebruik, vaccinatie. Voor de meest kwetsbaren: casemanagement.
- Vroegdetectie, gezonde levensstijl en preventie: personen met risico op chronische ziekten, of die reeds een chronische ziekte hebben maar nog geen diagnose.
- Voor de erg kwetsbare groep van personen met minstens 2 spoedopnames en minstens 2 ziekenhuisopnames (998 personen): een betere coördinatie van zorg, casemanagement, zorgprogramma's, medicatiebegeleiding, vroegtijdige zorgplanning
- Specifiek voor psychiatrische patiënten: zorgprogramma psychisch lijden, meer zorg aan huis, betere afstemming met ambulante teams GGZ, betere noodopvang, casemanagement, psychose bij dementerenden, MDO's efficiënter toepassen.
- Voor de gepolymediceerde personen (4963 in de hele populatie): verhoogde medicatiebegeleiding, medicatiebewaking, rationeel en evidence based voorschrijven, voorkomen van medicatie gerelateerde spoed- en ziekenhuisopnames, voorkomen van overbelasting van de mantelzorger, rationalisatie psychofarmaca gebruik in WZC's, gedeeld medicatieschema, zorgdoelen bepalen en medicatie hierop afstemmen.
- Het feit dat mantelzorgers vaak overbelast zijn in hun draagkracht, schept opportunities om hen extra te ondersteunen door bestaande of nieuwe zorgvormen en opvangmogelijkheden verder te ontwikkelen en meer bekend te maken. Bijvoorbeeld: OOTT, kortverblijf
- Nachtopvangmogelijkheden uitwerken
- De vorming van een eerstelijnszone kan een sterke basis vormen voor populatiegericht denken

#### **Opportunities voor eerstelijnsnetwerken en buurtgerichte zorg:**

- de veelheid aan goed uitgewerkte Leuvense pilootprojecten te verbinden, multidisciplinair uit te bouwen en duurzaam te implementeren.
- nieuwe financieringsmodellen te onderzoeken die zorgverleners meer stimuleren om te werken volgens Triple Aim doelstellingen.

- De verschillende kenmerken van kwetsbaarheid, mede gekoppeld aan de buurt, schept kansen om buurtgerichte initiatieven te ontwikkelen, vrijwilligers in te zetten, -screeningtools die zich richten op kwetsbaarheid, vroegdetectie en preventie te ontwikkelen voor zorgverleners.
- De aanwezigheid van de jonge Leuvense populatie kan mogelijk voordelen bieden indien jonge burgers ingezet worden in een meer maatschappelijk model van zorg.
- Maatschappelijke veranderingen zoals de vergrijzing, de sterke stijging van chronisch zieken, de multiculturele samenleving, nijpende tekorten aan zorgverleners, scheppen een 'sense of urgency' om het zorgaanbod meer te integreren en het zorgmodel voor chronisch zieken te hervormen.
- De verhoogde nood om geïntegreerd samen te werken rond de patiënt schept mogelijkheden om IT toepassingen versneld te ontwikkelen ter ondersteuning van zorg en zelfstandig thuis wonen, toepassingen voor systematische gegevensverzameling en opvolging van de patiënt

#### **4. Bedreigingen**

##### **Heterogene populatie - risico's:**

- De grote kloof in ICT en gezondheidsgeletterdheid tussen de verschillende bevolkingsgroepen.
- Toenemende gezondheidskloof tussen hoog opgeleiden en laag opgeleiden, tussen arm en rijk. Toenemende concentratie van kansarmen in buurten (gettovorming zowel op vlak van wonen, scholen, vrije tijd)
- Stijging van het aantal personen met een migratie-achtergrond: personen zonder ziekteverzekering, culturele diversiteit, taalproblematiek, integratie-problematiek waardoor uitsluiting van het gezondheidssysteem dreigt
- Epidemische (exponentiële) toename van chronische ziekten: bv. diabetes
- Risico op vereenzaming (46.6% alleenstaanden in subgroep 'statuut chronische aandoening')
- Risico op zorgmijders binnen de doelgroep, mensen die niet openstaan voor innovatieve zorg, buurtgerichte zorg.
- Vermaatschappelijking van de zorg: risico dat gezonde mensen niet openstaan voor vrijwilligerswerk, bijvoorbeeld omwille van de nu reeds moeilijke combinatie werk en gezin. Er moet een win-win zijn voor iedereen.
- Een tekort aan mantelzorgers of een te hoge druk op de schouders van mantelzorgers. Steeds langer werken (latere pensioenleeftijd) en de niet-evidente combinatie tussen werk, gezin en het zorgen voor een zieke persoon, minder kinderen per ouder en complexere familiesamenstellingen. Kansarme mantelzorgers zijn extra kwetsbaar omdat extra hulp invoeren financieel vaak niet haalbaar is. Hierdoor vergroot de kloof nog meer.

##### **Professionals, verandering en innovatie– risico's:**

- Te hoge werkdruk op professionals, te veel veranderingen tegelijk in een 4-jarig project, waarbij onvoldoende incentives aanwezig zijn. Het risico is dat het project onvoldoende hervormingskracht heeft omdat de kritische massa van professionals niet bereikt wordt.
- Groep van zorgverleners die de noodzaak om te veranderen niet inzien en achterblijven.
- Besparingen in de gezondheidszorg, onaangepaste vergoedingssystemen op basis van prestaties, grote discrepanties in honoraria tussen zorgverleners die werken in de generalistische zorg versus de technische en gespecialiseerde zorg, werken ontmoedigend en beperken de instroom van nieuwe jonge zorgverleners.
- Een gedeeld patiëntendossier is essentieel voor een vlotte samenwerking, coördinatie, taakafstemming en proactieve opvolging van de patiënt. Trage ontwikkeling en onvoldoende implementatie van een gedeeld patiëntendossier vormt een bedreiging voor de ontwikkeling van meer geïntegreerde zorgverlening.

- Heroriëntering van rollen en taken, innovatie, kan bedreigd worden indien de juridische en deontologische regelgeving en vergoedingssystemen (pay for quality) niet snel genoeg volgen.
- Vroegdetectie van kwetsbaarheid: er kan een spanningsveld ontstaan tussen wat enerzijds professionals ervaren als risico's of problemen en anderzijds hoe kwetsbare personen daar naar kijken. De visie over de urgentie van een probleem kan verschillen alsook anticiperen op problemen die zich in de toekomst zouden voordoen.

## C. DOELGROEP EN INCLUSIE

*Enkele verduidelijkende definities (zie KB, art 1):*

- ⇒ **Administratieve doelgroep:** Het geheel van rechthebbenden met woonplaats in de regio van het pilootproject die beantwoorden aan de door het project vooropgestelde en op IMA niveau meetbare kenmerken. Tenzij een pilootproject er voor kiest om de ganse populatie op te nemen in de doelgroep moet het gaan om (groepen van) rechthebbenden met verschillende chronische aandoeningen, zonder beperking voor wat leeftijd, eventuele comorbiditeit of polypathologie en zorgperiode betreft. De financiële opvolging vanuit de federale overheid zal gebeuren op basis van deze administratieve doelgroep.
- ⇒ **Operationele doelgroep:** De groep van rechthebbenden waarvoor alle actoren binnen een project afspraken hebben gemaakt en zich hebben geëngageerd tot de geïntegreerde tenlasteneming van deze doelgroep met het oog op het realiseren van de doelstellingen zoals bepaald in het Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken "Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid".
- ⇒ **Geïnccludeerde rechthebbende:** De rechthebbende binnen de operationele doelgroep die individueel is geïnformeerd over de wijze van tenlasteneming in het kader van geïntegreerde zorg en waarmee concrete afspraken worden gemaakt die voortvloeien uit de ontwikkeling van de componenten geïntegreerde zorg. Het kan ook gaan om rechthebbenden die hun woonplaats hebben buiten de regio van het pilootproject. Het aantal geïnccludeerde rechthebbenden gedurende de uitbreidingsfase dient beschreven te worden per actie bij D.2. Projectplan.

### 1. INCLUSIECRITERIA

#### I. ADMINISTRATIEVE DOELGROEP

**23. Beschrijf de criteria waarmee u de administratieve doelgroep van uw project afbakt.**

- ⇒ Geef eveneens het aantal personen die binnen uw geografische activiteitenzone voldoen aan deze beschrijving(en) van de doelgroep.
- ⇒ Geef ook –indien van toepassing– de voorziene progressieve uitbreiding van de administratieve doelgroep.

**(MAX 400 woorden)**

De administratieve doelgroep bestaat de hele populatie (ongeveer 100.000 personen). Dit zijn alle personen met een domicilie in de regio.

Redenen:

- Door de administratieve doelgroep zo breed mogelijk te kiezen (hele populatie), worden alle winsteffecten van de interventies meegenomen
- In de meeste internationale voorbeelden wordt de globale populatie in rekening genomen

#### II. OPERATIONELE DOELGROEP

**24. Beschrijf de criteria waarmee u de operationele doelgroep van uw project afbakt.**

- ⇒ Geef ook een raming van het aantal personen die binnen uw geografische activiteitenzone voldoen aan deze inclusiecriteria en beschrijf hoe deze raming berekend werd.
- ⇒ Geef ook –indien van toepassing– de voorziene progressieve uitbreiding van de operationele doelgroep.

**(MAX 600 woorden)**

**Opmerking: De operationele doelgroep dient in de eerste, tweede, derde en vierde periode van 12 maanden respectievelijk 1%, 3%, 6% en 10% bedragen van de volledige bevolking in de geografische zone.**

Vraag 24 en 25 worden samen beantwoord.

Voorziene progressieve uitbreiding: volgens de IMA gegevens wonen er 8000 personen met het statuut chronisch zieke in de projectregio van ZZL. De doelstelling is om binnen de komende 4 jaren heel deze doelgroep en op langere termijn de volledige populatie te kunnen bereiken. Uit de timing van de acties (zie Gantt chart) kan de progressieve uitbreiding worden afgeleid. De operationele doelgroep zal in de eerste, tweede, derde en vierde periode van 12 maanden respectievelijk 1%, 3%, 6% en 10% bedragen van de administratieve doelgroep.

De acties zijn ontworpen op maat van 3 welomschreven doelgroepen, die samen de volledige populatie vormen.

#### **Doelgroep I: chronisch zieken met hoge mate van kwetsbaarheid (5000 personen – Lorenz curve)**

Kwetsbaarheid (*definitie*): een proces van het opeenstapelen van **lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren** dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)” (Bron ‘Kwetsbare ouderen’ Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2011, scp-publicatie 2011-10, isbn 978 90 377 0542 3). Kwetsbaar” betekent dat de persoon zonder **hulp van iemand anders** niet meer voldoende voor zichzelf kan zorgen. Zonder **actieve terugkerende ondersteuning van een derde persoon** dreigen dus ‘negatieve gezondheidsuitkomsten’ zoals functiebeperkingen, ongevallen, verslechtering van de gezondheid, ziekenhuisopname, opname in een woon-zorg centrum of overlijden.

Het omschrijven van deze populatie van” erg kwetsbare chronisch zieken”, en per wijk inventariseren en beschikbaar stellen aan de diverse zorgverleners is een belangrijke doelstelling van het project. Het project zal op basis van de rapporten en verslagen van de werkgroepen, gaandeweg een steeds beter zicht krijgen op de criteria die kwetsbaarheid beïnvloeden.

ZZL zet sterk in op mensen met een hoge zorgnood, **‘de meest kwetsbaren’**. Volgens de Lorenz curve gaat het over ongeveer 5000 Leuvenaars. Deze groep staat in voor 61% van de uitgaven door de ziekteverzekering, vertoont het hoogste percentage “ongeplande ziekenhuisopnames” en hiervan zouden 20 tot 30% opnames kunnen worden voorkomen door proactieve identificatie, evaluatie en zorgplanning (Mylton 2012).

Tot deze doelgroep behoren ook de chronisch zieken die door een hoge multimorbiditeit of zeer complexe situaties een reëel risico lopen op kwetsbaarheid.

#### **Doelgroep II : complex chronisch zieken (8000 personen – IMA en Intego data).**

Tot deze groep behoren personen met chronische somatische of psychische aandoeningen of een combinatie van aandoeningen met duidelijke impact op het leven van de persoon en zijn omgeving.

Voor chronisch zieken in meer **complexe situaties** of met **hoge multimorbiditeit** worden acties opgezet die kwetsbaarheid kunnen **voorkomen** zodat zij niet overgaan naar de groep van personen met hoge kwetsbaarheid.

Mensen met chronische aandoening hebben behoefte aan optimale medische programmatie, een patiëntgerichte benadering die rekening houdt met de eigen levensdoelstellingen, en een pro-actieve geplande zorg gericht op het voorkomen van verwikkelingen. In de mate dat de individuele capaciteiten van de persoon beperkt zijn, het ondersteuningsnetwerk beperkt is, de maatschappelijke positie precair is en het levensperspectief erg beladen wordt is **optimale zorgverlening afhankelijk van een optimale interdisciplinaire benadering.**

**Multimorbiditeit bij ouderen** vraagt bijzondere aandacht. Zorgprogramma's, praktijkrichtlijnen en indicatoren zijn frequent vastgelegd per medische aandoening. Vooral bij een verouderende bevolking wordt multimorbiditeit dominant. Levensdoelen, maar zelfs therapieopties dienen aangepast te worden aan dit gegeven. Bij multimorbiditeit moet onze manier van denken, handelen en plannen doordrongen worden van een holistische benadering van de persoon en zijn omgeving.

In dit project starten we met de ontwikkeling van zorgprogramma's voor 5 veel voorkomende **chronische ziekten: diabetes mellitus (4%), COPD (0.5%), chronisch hartfalen (5% asymptomatisch, 1% symptomatisch), chronisch nierlijden (10% lichte vorm en 1% ernstig) en chronisch psychisch lijden**. Het doel is om de zorg te optimaliseren binnen de eerstelijnszorg en af te stemmen met de ondersteunende tweedelijnsfuncties. Gekende zorgprogramma's per aandoening zullen wegens de bestaande multimorbiditeit vooral geïntegreerd bekeken en afgestemd worden. Multidisciplinaire samenwerking wordt vooral gestimuleerd wanneer de complexiteit groter wordt. Integratie van welzijn en gezondheidszorg zijn noodzakelijk en efficiënt wanneer de impact van de welzijnsaspecten meer dominant aanwezig is. Verder werden reeds 2 programma's binnen de co-creatiegroepen uitgewerkt.

- **Valpreventie** Vallen leidt dikwijls een plotse kwetsbaarheid en afhankelijkheid in.
- **Polyfarmacie** is gekend als een andere belangrijke killer van autonomie. Van de populatie met statuut chronische aandoening, zijn 3040 personen gepolymediceerd

### **Doelgroep III : De totale populatie (100.000 personen).**

Daarnaast zullen bepaalde acties zich richten op de **brede populatie**, om bijvoorbeeld via levensstijl-aanpassingen, via empowerment verhogend werken, maar ook via steunend maatschappelijk weefsel, de evolutie naar chronisch ziek zijn en afhankelijkheid te voorkomen. Het ultieme doel is een gezonde populatie (fysiek, psychisch) binnen een sociaal netwerk waarin mensen zich goed voelen.

Een drietal actielijnen worden al vroeg in het project aangezet omwille van hun belang op de volledige populatie in het algemeen en op de (kwetsbare) chronisch zieken in het bijzonder.

IIIa : Acties rond verspilling

IIIb: Acties rond integratie van levensstijl acties

IIIc: Uniforme Vroegtijdige Zorg Planning in Leuven.

Acties rond versterking van het zorgzame buurtweefsel hebben een breder effect dan alleen maar op chronisch zieken.

### **Inclusie van patiënten zal via 3 sporen gebeuren.**

- a) **Vanuit gekende populatiedatabanken**, zoals IMA-gegevens, en gekende condities als statuut chronisch zieken (8061 personen), MAF-factuur, gecombineerde chronische condities en verhoogde ziekenhuisopnames
- b) **Vanuit acute ziekenhuisopnames** via toepassing in de 2 regionale ziekenhuizen van "frailty-schalen"
- c) **Vanuit eerstelijns opsporing** onder andere via melding van als "kwetsbaar ingeschatte" personen, en via gerichte opsporing tenminste door huisartspraktijken, met bv. de NHS toolkit. Het doel is om centraal een optimale populatie van kwetsbare personen per regio en per buurt/wijk samen te stellen en administratief te beheren.

**25. Geef een beschrijving van de operationele doelgroep in termen van de behoeften en risico's geïdentificeerd na de stratificatie. (MAX 400 woorden)**

De criteria waarmee de operationele doelgroep werd afgebakend, zijn gebaseerd op behoeften en risico's geïdentificeerd na de stratificatie. Het antwoord op vraag 25 komt overeen met het antwoord op vraag 24.

**26. Beschrijf in welke mate uw operationele doelgroep overeenstemt met de administratieve doelgroep. (MAX 200 woorden)**

De doelstelling is om binnen de komende 3 jaren een operationele doelgroep samen te stellen, bestaande uit minstens de personen met 'statuut chronische aandoening' (8000 personen), na 4 jaar 10.000 personen en op langere termijn de volledige populatie. De operationele doelgroep groeit mee met de acties. Het project zet van bij het begin in op 3 doelgroepen, waardoor de acties gespreid worden over de verschillende strata in de Kaiser Permanente driehoek: kwetsbaren, chronisch zieken met risico op kwetsbaarheid en de brede populatie. De operationele doelgroep neemt toe naarmate het project vordert omwille van:

- Toename van deelnemende zorgverleners, waardoor ook een toename in het aantal geïnccludeerde personen
- Implementatie van nieuwe acties (gefaseerd in de tijd – zie gantt chart)
- Uitbreiden van acties (kleine piloottest bij aanvang – na evaluatie uitrol naar een bredere regio)

Het doel is om na 4 jaar minstens 10% van de administratieve populatie te includeren. Dit komt overeen met 10.000 personen.

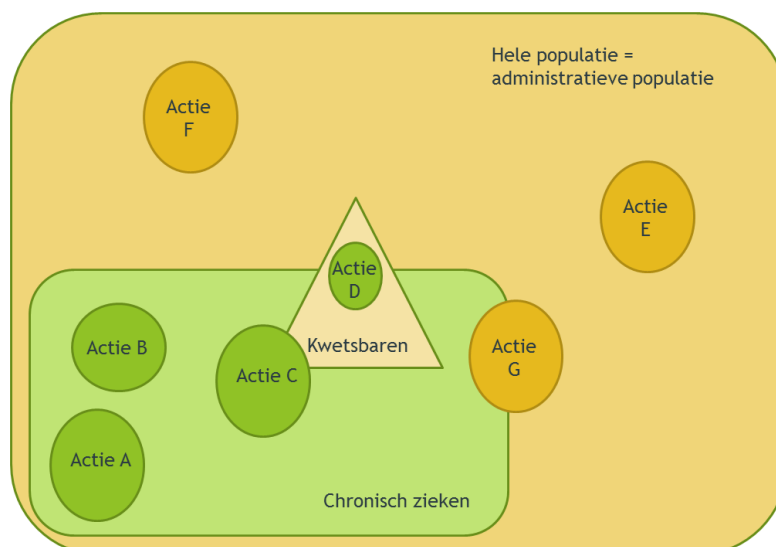
Jaar 1: minstens 1%

Jaar 2: minstens 3%

Jaar 3: minstens 6%

Jaar 4: minstens 10%

De operationele doelgroep wordt jaarlijks in kaart gebracht. Dit is één van de criteria die een rol spelen in de prioritering van nieuw op te starten acties (zie hoofdstuk 5 - Governance).



Figuur: voorstelling van de administratieve doelgroep (hele populatie) en de operationele doelgroep, die mee groeit met de acties.

## 2. INCLUSIEPROCEDURE

**27. Beschrijf de afspraken omtrent inclusie van personen binnen uw project.**

- ⇒ **Wie mag/kan mensen includeren?**
- ⇒ **Hoe wordt de inclusie praktisch georganiseerd?**
- ⇒ **Hoe wordt hierover gecommuniceerd tussen de partners?**
- ⇒ **Welke informatie wordt gegeven aan de geïnccludeerde personen?**
- ⇒ **Beschrijf op welke wijze het project garantie zal bieden aan de rechthebbenden om vrij te kiezen om al dan niet beroep te doen op de voorgestelde zorg en diensten van het project.**

**+ Geef eventuele geplande wijzigingen van deze afspraken bij de stapsgewijze uitbreiding van de geïnccludeerde personen.**

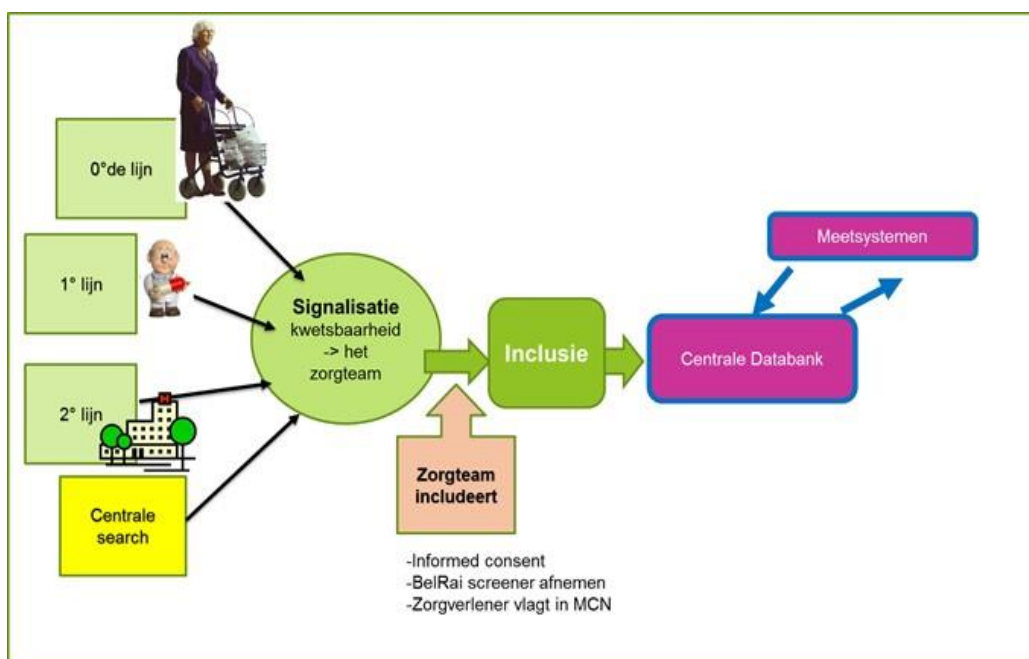
**(MAX 800 woorden)**

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen ‘aanmelden/signaleren’ en ‘includeren’.

### Aanmelden of signaleren:

Om de populatie van ‘kwetsbaren’ aan te leggen zullen drie manieren uitgewerkt worden om mensen aan te melden in het project:

- i. via een search in databanken
- ii. via het 1° lijnspad
- iii. via het ziekenhuispad



- i. De “Centrale search strategie” zal via bestaande databanken (IMA, mutualiteiten, organisaties, enz.) zoeken naar ‘proxy’ criteria voor kwetsbaarheid
- ii. Het “eerstelijns”pad”: aangemeld door de patiënt zelf, een mantelzorger, een buur, een welzijnswerker of een zorgverlener (huisarts, verpleegkundige, apotheker, welzijnswerker ....). Er wordt een globaal oordeel opgemaakt op basis van een ‘eerstelijns- intuïtie’, het ‘niet-pluisgevoel’. Er zullen indicatoren ontwikkeld worden om basisparameters in kaart te brengen waarop de inschatting van complexe en langdurige zorgnood gemaakt werd, mogelijks het type “frailty management toolkit 2014 gebruikt in de

NHS.

- iii. **Het “ziekenhuispad”** meldt personen aan, na een opname in het ziekenhuis of spoedopname. Hier zullende 2° lijnscriteria voor frailty en disability toegepast worden aan de hand van internationale schalen.

**Inclusie:**

Het bestaande nabije zorgteam rond de patiënt ontvangt de aanmelding en beslist om al dan niet te includeren. Het zorgteam spreekt onderling af welke zorgverlener de inclusie administratief in orde brengt. De inventaris van de kwetsbare personen wordt verkregen via het ‘vlaggen’ in MyCareNet.

Het project ondersteunt de communicatie tussen zorgverlener en patiënt:

- voldoende informatiemateriaal (folders, affiches en Website) om de bevolking te informeren via openbare plaatsen, wachtzalen, dienstencentra, apotheken, enz. Inhoudelijk gaat de communicatie over de doelstellingen van het project Zorgzaam Leuven, de mogelijke zorginterventies en de verschillende stappen in de inclusieprocedure. De begrijpbaarheid van de communicatie wordt vooraf getest door communicatiediensten die ter beschikking worden gesteld door de partners.
- Er worden specifieke maatregelen genomen om kwetsbare groepen te bereiken via de 3-sporen identificatie.
- Een leidraad en training voor zorgactoren om een goed inclusiegesprek te voeren

Bij inclusie tekent de patiënt een geïnformeerde toestemming met minstens volgende elementen:

- de rechthebbende behoudt de volledige vrijheid om beroep te doen op een aangeboden dienst of verstrekking en wordt hierover op voorhand geïnformeerd. Bij twijfel, wordt bedenktijd gerespecteerd.
- wat is een geïnformeerde toestemming?
- Waarvoor geeft de patiënt goedkeuring? Gezondheidsgegevens worden op een elektronische en beveiligde manier gedeeld met als doel kwaliteitsverbetering, evaluatie, onderzoek
- Het delen van de gegevens vindt uitsluitend plaats in het kader van de continuïteit en de kwaliteit van de zorg en voldoet aan de regels inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer
- Rechten van de patiënt\*:
  - volledige vrijheid om al dan niet beroep te doen op een aangeboden verstrekking of dienst.
  - het is op ieder ogenblik mogelijk om de toestemming terug te trekken
  - de patiënt behoudt de vrije keuze over zorgverlener of zorg
- Overzicht van welk type gegevens gedeeld worden
- Wat mag de patiënt verwachten van deelname aan het project
- BelRAI screener: reden van afname, recht om gegevens in te kijken en te wijzigen, privacy (bescherming van persoonlijke levenssfeer)
- Contactgegevens om klachten te melden\*

\*garantie vrije keuze

De zorgverleners uit het nabije zorgteam communiceren onderling over de inclusie:

- De zorgverlener die een persoon includeert labelt via MyCareNet waardoor iedere betrokken zorgverlener (inclusief huisarts) op de hoogte is. Afhankelijk van de soort actie, kunnen zorgverleners naargelang hun betrokkenheid via bijkomende communicatiekanalen verwittigd worden over de inclusie. De huisarts wordt steeds persoonlijk op de hoogte gebracht. De verzekeringsinstellingen worden over de inclusie geïnformeerd via MyCareNet.
- Na inclusie wordt een geïntegreerd zorgdossier aangemaakt. De zorgequipe communiceert verder via het zorgdossier over de patiënt.
- De zorgverlener die een persoon includeert ziet er op toe dat de BelRAI screener wordt afgenomen. Hij of zij kan dit zelf doen, of uitbesteden aan een andere zorgverlener uit het zorgteam. Afspraken hierover

worden gemaakt en opgevolgd via het geïntegreerd zorgdossier. Indien het geïntegreerd zorgdossier niet tijdig operationeel is, kan dit ook via telefoon of eHealth box.

- Bij kwetsbare personen kan er een MDO (fysiek of op termijn mogelijk ook via tele-MDO) georganiseerd worden. Op een MDO wordt standaard bekeken of de patiënt in aanmerking komt voor inclusie.

Eventuele andere communicatiekanalen als back-up indien het geïntegreerd zorgdossier niet tijdig operationeel is: telefonisch, eHealth box

**28. Beschrijf de specifieke maatregelen die voorzien worden om kwetsbare groepen te bereiken en wat de afspraken zijn om geen personen uit te sluiten.  
(MAX 400 woorden)**

- 1) GMD-houdende huisarts als spilfiguur: meer dan 90% consulteert gemiddeld meer dan 10 keer per jaar een huisarts
- 2) Aanmeldingen op elk niveau (zie vorige vraag)
- 3) Zorgzame buurten als belangrijk netwerk en katalysator (zie actieplan OD 1.1., OD 1.2. en SD 5): vanuit de kleinschaligheid van buurten en wijken waar zorgverleners samen chronisch zieken en kwetsbaren verzorgen, zal er gesensibiliseerd worden naar een verhoogde aandacht voor de meest kwetsbaren. Het project zal hiervoor beslissingslijnen uitwerken.
- 4) Centrale search via databanken (zie actieplan OD 7.3.)

Voor de risicogroepen (1) 'meest kwetsbaar' en (2) 'complex chronisch zieken' zal in samenwerking met Healthdata.be en FAITH.be een centrale, gepseudonimiseerde 'core-set' van gegevens verzameld worden die de belangrijkste kenmerken van de persoon in kwestie bevat: socio-demografische gegevens, minimale set van functionele en zorgkenmerken, ... Deze dataset wordt aangemaakt op basis van de criteria die vastgelegd worden door ZZL in overleg met FAITH.be. Enerzijds wordt hierbij gebruik gemaakt van de objectieve IMA gegevens en de data die kunnen aangeleverd worden door de huisartsen, eerstelijnszorgverstrekkers en ziekenhuizen. Healthdata.be zorgt voor pseudonimisering via e-Health, en dat reversibiliteit in de pseudonimisering toelaat dat de target personen via bestaande zorgactoren, bij voorkeur de huisarts, kunnen gecontacteerd worden voor deelname aan het project.

*Bij dit stuk dienen we op te merken dat de constructie van deze datasets op niveau van de projecten op het moment van indienen nog niet 100 % vaststaat. Het is de intentie van Zorgzaam Leuven om hierin samen met diverse partners waaronder de KU Leuven en de overheden de komende jaren stappen te zetten, via co-creatie.*

Een gestandaardiseerd informatiepakket zal de hulpverleners helpen om de doelgroepen zo grondig en zo neutraal mogelijk te informeren over het opzet van ZZL. Personen uit de diverse doelgroepen kunnen vervolgens een informed consent geven aan die verdere medewerking. Alle personen die hun akkoord hebben gegeven worden geïnccludeerd. Voor deze personen wordt dan een aangepaste core set van kenmerken en parameters verzameld. De BelRAI screener wordt afgenomen met het oog op stratificatie. Alle personen met een statuut van verhoogd risico op kwetsbaarheid worden mee opgenomen in de centrale zorgregie van ZZL en voor specifieke interventies benaderd.

Bijkomend wordt een data-verzameling georganiseerd in de ziekenhuizen. Geselecteerde frailty instrumenten worden toegepast.

Daarnaast wordt beroep gedaan op 'het niet pluis gevoel' van de hulp- en zorgverleners om personen aan te melden. De zorgzame buurt wordt ingeschakeld om mee een rol te spelen in detectie en aanmelding van personen met risico op kwetsbaarheid. Een zorgzame buurt zal in staat zijn om alarmsignalen vroeger te detecteren. Door de specifieke werking die ook gericht is op het dagelijks functioneren van mensen in de buurt is het mogelijk om risico op kwetsbaarheid op te merken vanuit het perspectief van de samenleving

(zie actieplan: OD 1.1. en OD 1.2.). In bepaalde wijken of buurten zullen we verkennen (zie ook SD 5) of een registratie van kwetsbaren kan worden georganiseerd op basis van “aanvinklijsten” zoals in de Engelse NHS gebruikt worden: kwetsbaarheid gedefinieerd als een >5 score op 11 gedefinieerde aspecten.

**29. Indien van toepassing: Beschrijf de specifieke maatregelen die voorzien worden om ook bij de populatie in de landelijke zones van de projectzone geïntegreerde zorg te implementeren. (MAX 400 woorden)**

Niet van toepassing

## D. LOCOREGIONAAL ACTIEPLAN VOOR DE ONTWIKKELING VAN GEÏNTEGREERDE ZORG VOOR CHRONISCH ZIEKEN

*Gelieve bij het opstellen van uw locoregionaal actieplan rekening te houden met*

- *Alle informatie uit de Gids voor Pilootprojecten geïntegreerde zorg voor chronisch zieken*
- *Alle bijkomende informatie uit de plenaire sessies en op de website [www.integreo.be](http://www.integreo.be)*
- *Alle informatie vanuit de gemeenschappen en gewesten*
- *Uw bevindingen van de risicostratificatie van de populatie en middelencartografie (AS IS – situatie)*

### 1. VISIE EN DOELSTELLINGEN

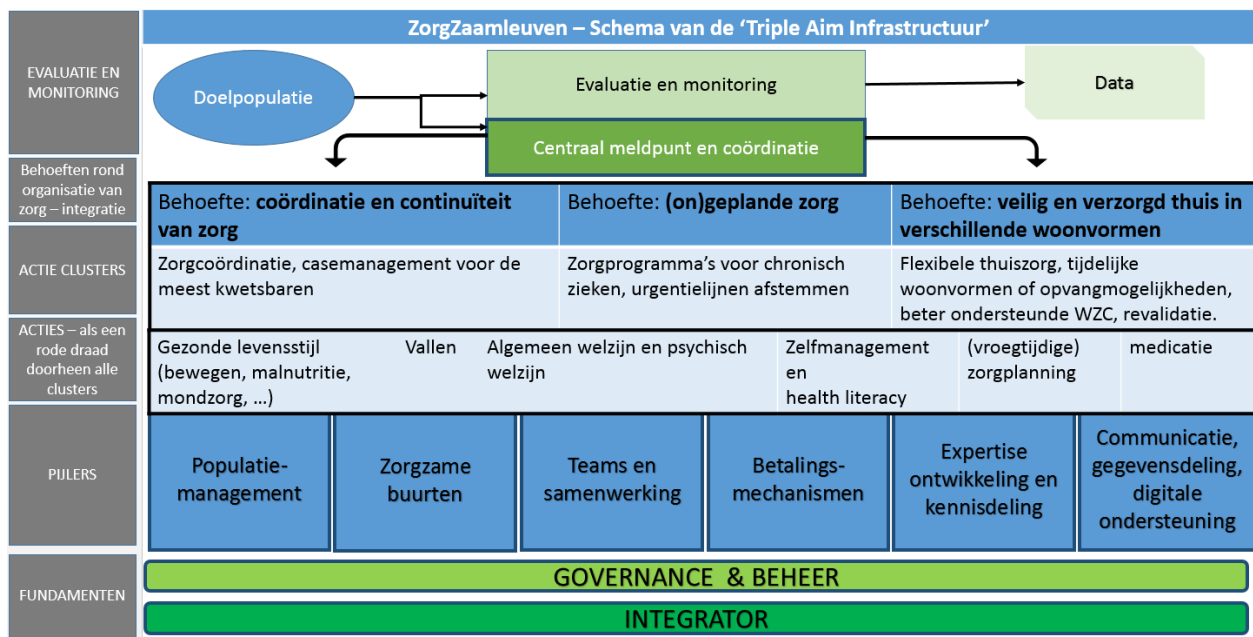
#### 30. Geef de gedeelde visie van het project. (MAX 100 woorden)

Conform de overheidsopdracht kiest Zorgzaam Leuven bewust een “**regionaal veranderproject**”. Vanuit het draagvlak en het engagement van de lokale partnerorganisaties ontwikkelen we een **gestructureerd en adaptief model van hoogkwalitatieve zorg aan chronische zieken**. Het is een **impulsprogramma**, met 10 strategische doelen en een veelheid aan bestaande en nieuwe actielijnen. Kernbegrippen zijn **mensgerichte zorg**, rekening houdend met individuele levensdoelen, **nabije zorg** optimaal vanuit bestaande zorgteams, **lijnoverschrijdend** tussen eerste en tweede lijn, en welzijns- en gezondheidszorg. Het impulsprogramma zoekt **equity** voor patiëntengroepen en **jobtevredenheid** voor de zorgverleners. De partners kiezen voor een **planmatige en populatiegerichte aanpak**, **wetenschappelijk** gebaseerd en **stapsgewijs** uitgevoerd in open overleg.

#### 31. Beschrijf de strategische en operationele doelstellingen van het project ten opzichte van de doelgroep/populatie en de geïdentificeerde risico's.

*De Excel toolbox strategieontwikkeling, gepubliceerd op de website [www.integreo.be](http://www.integreo.be) (documentatie), kan optioneel als bijlage worden toegevoegd om de logische opbouw van het projectplan (samenhang tussen visie – doelstellingen – acties) te duiden. Deze vraag moet beantwoord worden, ongeacht het eventueel toevoegen van de Excel toolbox.*

Op basis van de voorgaande studiedocumenten, geconcretiseerd in de SWOT analyse, stellen we vast dat er **specifieke noden en behoeften** zijn bij chronisch zieke personen. Het betreft hier behoeften rond coördinatie en continuïteit van zorg, er is nood aan (on)geplande zorg, veilig en verzorgd thuis wonen of in verschillende woonvormen. De SWOT analyse toont aan dat er opportuniteiten zijn voor een populatiegerichte aanpak van zorg, het ontwikkelen van buurtgerichte zorg en netwerken van zorgverleners. Daarnaast is het nodig om nieuwe financieringsmodellen te onderzoeken. Er is in Leuven veel expertise en kennis aanwezig, die nog beter kan ontsloten worden. Tenslotte geeft de SWOT analyse aan dat geïntegreerd samenwerken nieuwe IT toepassingen rond communicatie en gegevensdeling vereist. **Schema 'Triple Aim Infrastructuur' Zorgzaam Leuven toont het geïntegreerde zorgmodel voor regio Leuven. Hier staan de gedetecteerde noden en behoeften centraal. Er is een stevige basis en een diversiteit van acties gegroepeerd in 6 pijlers. Het geheel draagt bij aan een stapsgewijs en duurzaam verandermodel naar geïntegreerde zorg.**



Schema 1: Triple Aim Infrastructuur Zorgzaam Leuven

Het fundament van Zorgzaam Leuven wordt gevormd door een open governance structuur en de integrator, waarin het Leuvens consortium met meer dan 50 organisaties vertegenwoordigd is.

1. Er wordt gekozen voor een **open governance structuur** van niet-hiërarchische betrokkenheid. In de stuurgroep is het hele consortium vertegenwoordigd.
2. Om de veranderingen te realiseren is er nood aan een sterke **integratorfunctie**, die ingevuld wordt door personen die een voortrekkersrol opnemen en sterk verbindend werken binnen de Leuvense regio. De integrator zet een stimuleringsprogramma op en werkt sterk ondersteunend en motiverend, om een kritische massa zorgverleners te overtuigen van een gedragen visie en het projectplan. Verder staat de integrator in voor dataverzameling, transparante rapportering en communicatie.

Samen met het fundament zorgen de pijlers voor ondersteuning van het project. Er zijn 6 pijlers:

1. **Populatiegerichte zorg.** De SWOT analyse wijst op een heterogene populatie in Leuven. Het is bijgevolg nodig om de zorg populatiegericht te organiseren dichtbij de chronisch zieke. Interventies dienen telkens gericht te worden op welomschreven noden en behoeften van gedefinieerde doelgroepen. Daartoe zullen we data over de Leuvense populatie samenbrengen en ontsluiten waar nodig. Zo willen we een goed onderbouwd zorgaanbod op maat ontwikkelen. Er is speciale aandacht voor kwetsbare personen, equity, toegankelijkheid en vermindering van gezondheidsongelijkheden. Populatiegericht werken is tevens een werkwijze waarbij voor elke actie en interventie de doelpopulatie strikt omschreven wordt, inclusief de geviseerde doelstellingen en de timing, zodat telkens evaluatie, bijsturing en pas nadien veralgemening kan worden toegepast.
2. **Nabije, buurtgerichte, kwaliteitsvolle zorg.** Gezondheidszorg, welzijnszorg en preventieve zorg op bevolkingsniveau, drie ontwikkelingslijnen die cruciaal zijn voor kwaliteit en efficiëntie. Nabije zorg rond de patient in zijn gezin, mantelzorg en buurt maakt afstemming en integratie mogelijk. De Leuvense populatie is heterogeen samengesteld en risicogroepen wonen geconcentreerd in bepaalde buurten. Omdat de noden per buurt sterk verschillen, is het nodig om te verbinden op buurtniveau. In Leuven identificeren we 8 buurten en daarin 24 wijken. Vanuit bestaande ankerpunten zetten we een buurtmanagement op. De welzijns- en gezondheidszorg wordt per buurt in kaart gebracht om nabije samenwerking te stimuleren. Het uitgangspunt is dat multidisciplinaire zorgteams rond de patiënt best groeien vanuit zorgafstemming en samenwerking tussen bestaande nabije zorgverleners.

3. **Teams en samenwerking.** Om te komen tot geïntegreerde zorg in de huidige complexiteit van het zorgaanbod is het essentieel dat er nieuwe samenwerkingsnetwerken groeien. We willen komaf maken met silo-denken door zelfsturende teams op te richten, samengesteld met mensen uit verschillende disciplines, waarin ze snel kunnen schakelen om kwaliteitsvolle zorg op maat te bieden.
4. Om te komen tot de triple aim doelstellingen is het nodig om te werken aan een **duurzaam economisch model** dat stimuleert tot kwaliteit, 'goede zorg goed organiseren'. Dat gaan we doen via ontwikkeling van methodieken voor efficiëntie-verhoging, optimalisatie van processen en budgetverschuivingen. Hierbij is een continue zelf-evaluatie van het project cruciaal om de kwaliteit van zorg te kunnen blijven garanderen.
5. **Expertiseontwikkeling en kennisdeling.** Leuven is op het vlak van expertise en kennis een bij uitstek unieke regio. Er is de aanwezigheid van een universitair ziekenhuis, diverse kennisinstellingen, innovatieplatform InnovAge, Leuven Mindgate en een sterke eerstelijns die reeds ver staat in het werken volgens evidence based richtlijnen. In Zorgzaam Leuven willen we de aanwezige kennis beter ontsluiten en breed delen met het hele zorgveld.
6. **Communicatie, gegevensdeling en ICT.** We streven naar een multidisciplinaire benadering van zorg met taakafspraken en informatiedeling tussen patiënt, zorgprofessionals, mantelzorgers.

**Zorgzaam Leuven is doordrongen van een ambitieuze missie en visie, gericht op duurzame hervorming naar geïntegreerde zorg. De strategische doelstellingen vormen de stip aan de horizon en gaan verder dan 2021. We gaan voor ambitieuze, motiverende en inspirerende strategische doelstellingen. De operationele doelstellingen zijn realistisch en geven aanleiding tot concrete en haalbare acties. Initiatieven in zorg die al goed lopen, worden maximaal meegenomen in de nieuwe acties.**

**Zowel de 14 componenten, als de algemene doelstellingen van het project (triple aim, equity, jobtevredenheid) komen evenwichtig aan bod in het actieplan.**

Bij het actieplan hoort een bijlage (excel) met volgende overzichten:

- **een gantt chart** met planning van de acties
- **een overzicht van de 14 componenten**
- **een overzicht van de verantwoordelijke(n)** per operationele doelstelling

**Oplijsting van de 10 strategische doelen en de 35 operationele doelen die opgezet worden om stapsgewijs het veranderingsproces te intensiveren en doelgericht te houden.**

*Noot: sommige acties dienen meerdere doelstellingen en komen op verschillende plaatsen in het actieplan voor. Hoe meer doelstellingen een actie dient, des te sterker en belangrijker de actie is. Daarnaast zijn er ook acties met een katalysator effect op ander acties, de zogenaamde 'slimme acties'.*

*SD = strategische doelstelling, OD = operationele doelstelling*

- **SD 1: de kwetsbare chronisch zieke, doelgroep I: zorgintegratie waar de nood het hoogst is en winstverwachting aan kwaliteit en performantie het grootst.**
  - OD 1.1: **driesporen-identificatie van de kwetsbaarste doelpopulatie:** een permanente sensibilisatie
  - OD 1.2: **aanklampend en outreachend werken om kwetsbare groepen te bereiken**
  - OD 1.3: **een pool van complex casemanagers:** als nieuwe aanvulling voor de “natuurlijke en nabije” zorgcoördinator
    - OD 1.3.1: **thematische coaching inbedden:** uitgaande van de valcoach, beweegcoach, urgentcoach
  - OD 1.4: **24/7 flexibel thuiszorgaanbod:** langer en intenser thuis door meer coördinatie en zorgcontinuïteit
  - OD 1.5: **een zorgpad medicatiebegeleiding:** als actieve rationalisering van medicatiebeleid, mits aandacht voor medicatieveiligheid
  - OD 1.6: **tijdelijke overname zorg:** het OOTT-project
  - OD 1.7: **tijdelijke revalidatie in de eerste lijn:** revaliderend kortverblijf en herstelbedden
- **SD 2: personen met complexe chronische aandoening(en), doelgroep II: integratie rond de persoon i.p.v. rond de ziekte**
  - OD 2.1: **geïntegreerde zorgprogramma's:** inspelend op de multimorbiditeit
  - OD 2.2: **zelfmanagement en therapietrouw:** uitgaande van het medicatiegebruik
  - OD 2.3: **empowerment van de persoon met chronische aandoening (en):** verhogen van gezondheidsgeletterdheid en zelfmanagement
  - OD 2.4: **empowerment van de persoon met chronische aandoening(en):** naar betere advisering en meer zelfmanagement ondersteuning in de praktijk
  - OD 2.5: **empowerment van de persoon met chronische aandoening (en):** verhogen van patiëntgerichtheid in praktijken en zorginstellingen
- **SD 3: personen met risico op chronische aandoening(en) en de gezonde populatie, doelgroep III: de ultieme preventie van chronisch ziek worden**
  - OD 3.1: **mantelzorgers ondersteunen:** het onmisbare thuisfront
  - OD 3.2: **gezondheidsbevorderend werken:**
    - OD 3.2.1: **aandacht voor meer gezonde levensstijl:** uitgaande van Leuven gezonde stad

- OD 3.2.2: globaal psychisch welzijn verhogen
  - OD 3.3: **(vroegtijdige) zorgplanning**: ontwikkeling en brede implementatie
- **SD 4: aandacht voor kostenefficiëntie: gericht op het voordeel van de patiënt**
  - OD 4.1: aandacht voor **kostenefficiënt werken**: doelgericht werken
  - OD 4.2: **rationaal geneesmiddelengebruik** in WZC
  - OD 4.3: **groepsessies kinesithérapie** in de eerste lijn
  - OD 4.4: georganiseerde **thuislevering** van **medicatie** en **farmaceutische zorg** op afstand
- **SD 5: een zorgende maatschappij: de bottom up bijdrage vanuit zorgzame buurten**
  - OD 5.1: **de geïntegreerde zorgkaart per buurt/wijk**
  - OD 5.2: **iedereen lid van de buurt**: uitbouw van een lokaal ondersteunend buurtweefsel
  - OD 5.3: **naar multidisciplinaire zorgnetwerking en zorgteams per buurt**
  - OD 5.4: **integratie welzijn en gezondheid** op buurtniveau
- **SD 6: ongeplande zorg: een gepast zorgaanbod in acute situaties**
  - OD 6.1: **urgentielijnen eerstelijns en tweede lijn** naadloos afstemmen
  - OD 6.2: **correcte en snelle diagnostiek zo dicht mogelijk bij de thuissituatie van de patiënt**
- **SD 7: centrale integrator als drager voor samenwerking in geïntegreerde zorg**
  - OD 7.1: sterk **integratorteam** met competenties in change management oprichten
  - OD 7.2: evolutie naar **organisatorische, professionele, klinische, normatieve en functionele integratie**
  - OD 7.3: een **integratorfunctie** oprichten met competenties in **data-collectie en data-analyse**
- **SD 8: financiële integratie: gericht op duurzame innovatie en stimulerend voor kwaliteitsverbeterend werken**
  - OD 8.1: aangepaste **betalingsmechanismen** ontwikkelen
  - OD 8.2: een sterke **governance ontwikkelen** als drager om een financiële integratie door te voeren
- **SD 9: performante communicatie en gegevensdeling**
  - OD 9.1: tweerichtingscommunicatie strategie ontwikkelen **naar zorgverleners en burgers**: gericht op vertrouwen en draagvlak creëren binnen de locoregionale zorgverlening
  - OD 9.2: communicatie en gegevensdeling **tussen zorgverlener en patiënt** ondersteunen via een geïntegreerd patiëntendossier
- **SD 10: innovatie stimuleren met zin voor sociaal ondernemerschap**
  - OD 10.1: sociaal ondernemerschap op **regio-niveau**

- OD 10.2: sociaal ondernemerschap op **micro-niveau**
- OD 10.3: link leggen met **innovatieprojecten**

## 2. PROJECTPLAN

**32. Beschrijf alle acties (op niveau van de rechthebbende en zijn omgeving, de afspraken binnen en tussen organisaties en zorgverleners) die het project progressief wil realiseren.**

- ⇒ *Het projectplan kan zowel volledig nieuwe acties omvatten als reeds bestaande goede praktijken in de regio die geïmplementeerd worden (eventueel opgeschaald) in het kader van het project geïntegreerde zorg. Het is het geheel aan acties, gericht op de Triple Aim, equity en jobtevredenheid, dat tot een hervorming naar een meer geïntegreerd zorgsysteem dient te leiden.*
- ⇒ *Voor alle richtlijnen bij het opstellen van de acties en het globale projectplan: zie checklist op [www.integreo.be](http://www.integreo.be).*
- ⇒ *De Excel toolbox strategieontwikkeling, gepubliceerd op de website [www.integreo.be](http://www.integreo.be) (documentatie), kan optioneel als bijlage worden toegevoegd om de logische opbouw van het projectplan te duiden. Het projectplan in de template op zich dient echter voldoende gedetailleerd zijn opdat de jury een oordeel kan geven op de selectiecriteria zonder deze bijlagen te hoeven raadplegen.*
- ⇒ *Voor elke actie moet een antwoord worden gegeven op onderstaande vragen. Hoe de acties geclusterd worden (bv. volgens actielijnen, doelgroepen, strategische en operationele doelstellingen, functielijnen, ...) is vrij te kiezen voor het project. Wij vragen wel om de indeling van de zeven onderstaande vragen (Wat & hoe, voor wie, ...) te behouden, om de leesbaarheid van het projectplan voor de jury te faciliteren.*

*Algemene noot voor het Zorgzaam Leuven-project:*

*Een flexibel plan met voldoende vrijheidsgraden om te komen tot geïntegreerde zorg en samenwerking*

*Geïntegreerde zorg betekent meer complexiteit. Het vraagt om anders denken, anders zorgen en anders organiseren. Het is een beweging die men op voorhand niet kan voorspellen en die veel tijd nodig heeft. De weg ernaartoe vraagt geduld en oefening, tegenslagen, opstaan en telkens weer bijsturen. Het is een langdurig ontwikkelingsproces dat vraagt om een cultuuromslag of transformatie die jaren zal vergen. Er is dus niet zomaar een blauwdruk voor te geven.*

*Komen tot geïntegreerde zorg vraagt om een incrementele aanpak die van onderuit groeit. Het plan van Zorgzaam Leuven biedt voldoende vrijheidsgraden om toe te laten dat initiatieven, projecten en samenwerkingen kunnen groeien en uitdeinen volgens hun eigen tempo. Een beweging die zich verderzet naarmate vertrouwen groeit, volgens gedeelde ambitie en motivatie, gezamenlijke doelen, stimulerende variabelen zoals regelgeving en financiering.*

*We kiezen voor een flexibel plan met enerzijds duidelijk overeengekomen vaste spelregels, maar anderzijds ook met voldoende vrijheidsgraden om de beweging vrij te kunnen maken. Het is een plan dat steunt op vertrouwen en transparantie, gedragen door een sterke integrator en governance.*

*Het plan van Zorgzaam Leuven is geen dichtgetimmerd, sterk afgelijnd actie- en financieel plan. Dit is immers in tegenstrijd met de vrije beweging die nodig is om tot een duurzame geïntegreerde zorg te komen.*

*Het project Zorgzaam Leuven heeft als doel de chronische zorg in Leuven te hervormen. In de komende 4 jaar willen we belangrijke strategische acties implementeren in de regio, als hefboom voor een duurzame hervorming en op termijn een aanpassing van financieringsmodellen.*

### **Enkele principes:**

- Eerstelijns- en tweedelijns teams krijgen vrijheid over wie wat doet binnen het team, er zijn geen dogma's over beroepstitels
- Essentieel is coaching, kwaliteitsverbetering (inclusief meting) en evaluatie, intervisie team overschrijdend

- **We voorzien een groeiproces:**
  - Voor zorgverleners om in team samen te werken
  - Voor de implementatie en uitrol van interventies
  - Voor de uitbouw van zorgzame buurten
- ⇒ Coaches ondersteunen deze groeiprocessen.
- **Er zijn drie types van acties:**
  - Acties met een **concrete doelgroep** volgens chronische ziekte of volgens risico (bv. ontwikkeling van gerichte zorgprogramma's)
  - Acties gericht naar een **brede doelgroep of de hele populatie** (bv. zorgplanning)
  - Acties gericht op een structurele duurzame hervorming (fundament en pijlers)
- **Acties worden geleidelijk aan geïmplementeerd**, de aanpak hierin kan verschillen:
  - Sommige acties zullen **breed geïmplementeerd** worden op verschillende niveaus
  - Andere acties zullen vooral op het **buurt- en wijkniveau** uitgewerkt worden. Of tijdelijk op kleiner niveau van wijk of buurt opstarten, om dan daarna breder uitgerold te kunnen worden.
  - Bij andere zal de implementatie zich vooral richten op de **eerstelijns- en/of tweedelijnssteams**
- **Plan uitgewerkt met de hele regio Leuven:**



**SD 1: de kwetsbare chronisch zieke, doelgroep I: zorgintegratie waar de nood het hoogst is en de winstverwachten aan kwaliteit & performantie het grootst.**

De grootste uitdaging naar zorgintegratie ligt bij de meest kwetsbare chronisch zieken. De meeste zorgintensiteit moet daar naar toe gaan. De belangrijkste winsten mogen daar verwacht worden. Maar **wie zijn die “meest kwetsbaren”?** Er bestaan nog geen wetenschappelijk verworven definities noch vlotte hanteerbare procedures om deze te herkennen en op te lijsten. Zorgzaam Leuven wil hier ook baanbrekend in zijn. We impliceren hierbij dat de opzet een populatiegericht overzicht van kwetsbaren in de regio een progressief werk is, dat we gedurende 4 jaar steeds nauwkeuriger willen opbouwen.

**OD 1.1: driesporen-identificatie van de kwetsbaarste doelpopulatie: een permanente sensibilisatie**

Actie: opbouw bestand kwetsbare chronisch zieken volgens 3 sporen

- WAT/HOE

We werken met 3 sporen van dataverzameling van kwetsbare personen, die dan voor de projectregio worden geordend, onderling vergeleken, zodat progressief over de 4 werkjaren een steeds beter gedocumenteerd centraal bestand ontstaat van de kwetsbare personen die intensieve en geïntegreerde begeleiding nodig hebben.

**Spoor 1: dataextractie uit 2 geconsolideerde datasets:** de IMA dataset, aangevuld met datasets uit het brede bestand van de ziekenhuizen en eerstelijnszorgverstrekkers. Aan de hand van algoritmen en patroonherkenning zullen datasets verwerkt worden. Dit moet leiden tot een beter inzicht over kwetsbaarheid in de populatie.

**Spoor 2: dataverzameling bij opname ziekenhuis.** De (te) frequente en dikwijls ongeplande ziekenhuisopnames van kwetsbaren gebruiken we voor herkenning en labeling. Geselecteerde frailty instrumenten worden toegepast, allereerst bij opnames op de diensten geriatrie. De positieven worden aan de database toegevoegd.

**Spoor 3: signalisatie en dataverzameling vanuit eerstelijns.** Basiswerkers en eerstelijnsdiensten hebben een uniek overzicht van problematiek en kwetsbaarheid. Hun aanvoelen is niet steeds vanuit gestructureerde bevraging, veeleer vanuit een zorgend niet-pluis aanvoelen of het opmerken van veranderingen. We zullen oplossingen zoeken om de aanmelding vanuit diverse disciplines te verzamelen. In bepaalde wijken of buurten zullen we verkennen (zie ook SD 5) of een registratie van kwetsbaren kan worden georganiseerd op basis van “aanvinklijsten” zoals in de Engelse NHS gebruikt worden: kwetsbaarheid gedefinieerd als een >5 score op 11 gedefinieerde aspecten. In een registratieperiode van een half jaar kan worden verwacht dat alle kwetsbaren zich op één of andere manier aanmelden. Een registratie actie heeft als “slimme” neveneffecten dat de focus op kwetsbaarheid centraal staat, en de diverse lokale informatielijnen kunnen geïntegreerd worden met stimulering van een gevoel van gezamenlijke expertise en verantwoordelijkheid als wijk/buurt.

- VOOR WIE

Voor het richten van alle projectacties op de meest zorgbehoevenden, populatiegericht, is een databeheer nodig dat de juiste input levert voor het bepalen en bijsturen van lokale acties. Hierdoor verwerven we meer inzicht in kwetsbaarheidscriteria die aanleiding geven tot aanmelding en we kunnen aan de hand hiervan indicatoren bepalen die evaluatie van acties op termijn mogelijk maken.

- DOOR WIE

Spoor 1: door de **centrale integrator**, in afspraak met IMA, eventueel aangevuld met lokale ziekenfondsgegevens, de overheidsdiensten en de projectentourage, de ziekenhuisdiensten en hun uitgebreide databanken.

Spoor 2: door **ziekenhuisdiensten**. We zullen starten vanuit diensten geriatrie. Vervolgens zullen we via een breder ad hoc begeleidingsteam van specialisten en ziekenhuizen de doorstart voorbereiden naar andere diensten alsook naar de psychiatrische ziekenhuizen.

Spoor 3: door **eerstelijnswerkers**. Na grondige voorbereiding zullen we haalbare aanmeldings- en registratiesets uitwerken. In het overleg met de gemeentediensten en de welzijnsvoorzieningen is de keuze gevallen voor kwetsbare chronisch zieken, en niet voor alle vormen van kwetsbaarheid. In het overleg met de gezondheidszorg is parallelisme in formulering van niet-pluisgegevens belangrijk, zodat ze centraal kunnen samengebracht worden in een persoonsgebonden inventaris. De tussenkomst van de GMD houdende huisarts is hierbij belangrijk, die door het afsluiten van een GMD zich verbindt morbiditeitsgegevens te integreren, en ook toelating heeft om die ten voordele van de patiënt mee te delen aan andere teamleden.

- IMPACT

De impact is breed. Door met de zorgverleners over het concept kwetsbaarheid te discussiëren, methodes te bespreken, registratie te vragen gaan zorgverleners in hun dagelijkse praktijk steeds beter denken in functie van kwetsbaarheid. Daarnaast is het progressief oplijsten van kwetsbaren de stimulus om populatiegericht werken ingang te doen vinden. Tenslotte zal de vergelijking van dataverzameling vanuit de verschillende invalshoeken ook zichtbaar maken dat er vanuit meerdere insteken gekomen wordt tot verschillende zorgbenaderingen.

- ZELF-EVALUATIE

Een nauwkeurig logboek van de opportuniteiten, de bezwaren, de moeilijkheden en de successen zal inzichten verzamelen in haalbaarheid en vergelijkbaarheid. Gerichte toepassing van patiëntenlijsten in concrete projecten zal de correctheid van de data telkens in vraag helpen stellen. Deze actie is een werk van lange adem, en zal vragen om permanente sensibilisatie, evaluatie en bijsturing.

- TIJDSPLANNING

De opbouw van een steeds betere set van kwetsbare personen, met correcte informatie en bruikbare opvolggegevens is een blijvende opgave en zal de ganse 4 jaar duren en gebeuren in samenspraak met verschillende partners waaronder de diverse overheden.

Spoor 1: gegevensverzameling kan onmiddellijk opstarten, via gerichte selectie uit de reeds vooraf verzamelde IMA databanken. Voorwaarde is hier dat Zorgzaam Leuven kan beschikken over gegevens op individueel patiëntenniveau. Ze zullen stelselmatig aangevuld en bijgestuurd worden in functie van de beschikbare informatica tools.

Spoor 2: zal progressief uitgebreid worden.

Spoor 3: wordt een jaar voorbereid, inclusief enkele gerichte pilootexperimenten om de procedures te testen. Dan wordt in 2 buurten gericht een actie opgezet naar registratie met diverse zorgverleners inclusief de huisartsen. Naargelang het succes zal dit nadien naar andere buurten worden uitgerold.

## **OD 1.2: aanklampend en outreachend werken om kwetsbare groepen te bereiken**

*Actie: outreachend werken vanuit 1) wijkopbouw, 2) breed geïntegreerd onthaal, 3) multidisciplinaire teams*

Zorgzaam Leuven richt zich ook naar moeilijke groepen, zorgmijders, mensen ‘in de marge’ om de gezondheidskloof te verkleinen.

Het project “Leuven Gezonde Stad”, de intensieve omvorming van de Leuvense OCMW diensten tot Zorg Leuven, de intense samenwerking met de diensten van het CAW (Centrum voor Algemeen Welzijn), en eigenlijk ook de ondersteuning van een uitgebreid aanbod van eerstelijnscentra (waaronder o.a. 3 wijkgezondheidscentra) in

Leuven hebben deze zorgmijders en extreme vereenzaamden steeds tot hun aandachtsgroepen gerekend. In het kader van het project ZZL willen zij verder gaan met de aangezette lijnen.

- WAT/HOE

In 3 ontwikkelingslijnen wil het project ZZL stuwend en integrerend werken aan deze specifieke problematiek.

**Via de wijkopbouw, de “aandachtswijken”, de wijkacties en de wijkmanagers** (zie ook OD 5.2) zullen we heel lokaal de integratie van zorgmijders en extreem vereenzaamden ter harte nemen. Via de lokale dienstencentra, de nabije acties van “koffiekarren”, BBQ’s en andere kleinschalige ontmoetingsmomenten zal de betrokkenheid van deze specifieke groepen, maar ook de aandacht van de lokale mensen voor deze groepen worden gestimuleerd en geoptimaliseerd.

De welzijnssector in Leuven stapt actief in het Vlaams overheidsproject van “**Breed Geïntegreerd en Herkenbaar Onthaal**” om via samenwerkingsafspraken, met alle welzijnswerkers, de stadsdiensten en de ziekenfondsen een vereenvoudigd en beter herkenbare opvang aan te bieden, speciaal aan de meest kwetsbaren. Door deze acties actief in te zetten in de in OD 5.4 beoogde integratie van welzijn en gezondheid moet meer wisselwerking, performantie en kwaliteit kunnen tot stand komen in overleg met de lokale gezondheidszorgsectoren.

De verdere **uitbouw van multidisciplinaire teams en praktijken** is een zeer belangrijk aandachtspunt binnen ZZL. Hiervoor rekenen we naast de expertise van onze partners ook op kruisbestuiving tussen de verschillende teams en praktijken die reeds op de werkvloer aanwezig zijn. (zie ook OD 5.3) .

- VOOR WIE

In het kader van de equity is speciale aandacht cruciaal voor problematische kwetsbaren, bv. de mensen in de marge, de zorgmijders om welke reden dan ook. Alle zorgverleners kennen deze groepen in hun aandachtsgebied. Dikwijls is hun zorg overlappend, omdat ze onvoldoende weet hebben van elkaar. Meer populatiegerichte aanpak kan hierbij helpen. Binnen de welzijnszorg werden methodieken van aanklappende zorg steeds efficiënter. Ook andere zorgverleners kunnen hiermee hun voordeel doen.

- DOOR WIE

De stadsdiensten, Zorg Leuven, het CAW samen met de andere welzijnsvoorzieningen en het netwerk van eerstelijnscentra zullen de stuwende krachten zijn om deze specifieke aandachtsgroepen in de eerstelijnszorg aanwezig te brengen.

- IMPACT

Dit onderdeel groepeerde de inspanningen van al diegenen die zich op de moeilijkste groepen van de kwetsbaren richten. Het project wil vooral verbreding bewerken: aandacht stimuleren voor diegenen die het systeem dikwijls ontlopen en integratie van de bestaande acties die reeds op deze groepen focussen.

- ZELF-EVALUATIE

Regelmatig oplijsten van nieuwe initiatieven die door de integratie van diverse zorgverleners, door het conceptualiseren op kleinere buurt en wijkschaal, naar voren komen. Evalueren van hun effect.

- WANNEER

Aandachtspunt tijdens het verloop van het hele project. De hoger vernoemde groepen zijn reeds aan het werk en kunnen de nieuwe integratiemogelijkheden van het project ZZL gebruiken om nieuwe initiatieven op te zetten.

### **OD 1.3: een pool van complex casemanagers: als nieuwe aanvulling voor de “natuurlijke en nabije” zorgcoördinator**

*Actie: uitwerken en implementeren van casemanagement en zorgcoördinatie op 3 verschillende niveaus*

- WAT/HOE

Casemanagement is een opdracht. Het betreft het beheer en de coördinatie van alle medische, paramedische of welzijnszorgen die nodig zijn om aan de behoeften van de patiënt te voldoen.

Op basis van de analyse en de synthese van beschikbare visieteksten, beleidsteksten en wetenschappelijk studies over het casemanagement in de zorg, zijn er **3 niveaus van casemanagement** te onderscheiden en te implementeren in de projectregio .

- **Niveau 1: casemanagement door de patiënt en/of door zijn mantelzorger:** zelfregie situeert zich op het niveau van de patiënt
- **Niveau 2: casemanagement door een betrokken zorg- of hulpverlener:** expliciet neemt één betrokken zorg- of hulpverlener de rol van zorgcoördinator op. De zorgcoördinator situeert zich op het niveau van het eerstelijns team.
- **Niveau 3: Casemanagement als aparte functie:** situeert zich op de coördinatie van het mesoniveau (= projectregio, mogelijks op buurtniveau).

*Stap 1: vastleggen inhoud casemanagement en verkrijgen van consensus hierover in de projectregio.* Voor de implementatie van deze 3 niveaus van casemanagement moet er binnen de projectregio een consensus zijn over volgende elementen per niveau van case management: doelgroep, inhoud, wie de rol kan opnemen, vergoeding om de rol of functie op te nemen.

Het vastleggen van de doelgroep per niveau van casemanagement gebeurt op basis van de populatie stratificatie van de projectregio, en volgt een beetje de lagen van kwetsbaarheid: van laag risico binnen de brede bevolking, over de personen met een chronische aandoening en verhoogd risico, tot de meest kwetsbare chronisch zieke.

*Stap 2: Implementatie verschillende niveaus van casemanagement*

- Niveau 1: bij de grote meerderheid van personen met een chronische ziekte zal de regie van de zorg opgenomen worden **door de patiënt zelf**, waar nodig ondersteund door de mantelzorger of zal de mantelzorger, met goedkeuring van de patiënt, de regie van de zorg opnemen. De voorwaarde is dat de patiënt en de mantelzorger over voldoende informatie van geschikte kwaliteit kunnen beschikken en hierin op verschillende manieren ondersteund worden. Voor “de regie van de zorg in handen van de patiënt” moet er ingezet worden op empowerment van deze patiënt. Hiervoor werkt ZZL een aantal acties uit, bv.: empowerment van de chronisch zieke (SD 2), zelfmanagement en therapietrouw (SD2) geïntegreerde zorgprogramma's (SD 2), opmaak zorgkaart per buurt/wijk (SD5), gedeeld patiëntendossier (SD9).
- Niveau 2: situeert zich op niveau van het **eerstelijns team**, waarbij het casemanagement van een patiënt wordt opgenomen door een betrokken zorg- of hulpverlener aangeduid door de patiënt. In dit geval neemt een zorg- of hulpverlener de rol van zorgcoördinator op en treedt hij op als de patiënt zijn belanghartiger. De facto wordt dit reeds gedaan door de reguliere zorg. Implementatie gaat over de principiële verduidelijking, de expliciete toewijzing, eventueel de specifieke vergoeding. Volgende acties zullen we hiervoor initiëren:
  - Informeren van zorg- en hulpverleners over de rol van zorgcoördinator
  - Informeren van patiënten/cliënten over de rol van zorgcoördinator
  - Vastleggen inhoud takenpakket zorgcoördinator (cfr. stap 1)
  - Uitwerken van een procedure voor rol van zorgcoördinator

- Vastleggen kwaliteitscriteria
  - Bepalen van financiële vergoeding i.f.v takenpakket, tijdsinvestering en profiel
  - Bevraging van het engagement om de rol van zorgcoördinator op te nemen
- Niveau 3: casemanagement situeert zich op het mesoniveau van de projectregio, als **aparte functie tijdelijk toegevoegd aan het zorgteam, gecentraliseerd op één punt**. De casemanager is geen betrokken zorg- of hulpverlener van de patiënt maar kan ingeschakeld worden voor een specifieke en beperkte doelgroep waarbij er sprake is van een complexe zorgsituatie. De inschakeling van een casemanager is beperkt in tijd en wordt stopgezet, in overleg met de patiënt en zijn zorgnetwerk, op het moment dat het reguliere zorgnetwerk de zorg op een kwaliteitsvolle manier kan verderzetten.

Een tweede ontwikkeling tot **casemanagement kan komen vanuit de buurtwerking**. De gemeente en de welzijnsdiensten investeren in buurtmanagers, die de noden goed kennen en de beschikbaarheid van vrijwillige lokale ondersteuners kunnen organiseren. Mogelijks kunnen ook deze functies beschikbaar zijn voor complexe zorgcoördinatie.

**ZZL wil een pool van casemanagers creëren op mesoniveau**, bestaande uit zorg- en hulpverleners uit de projectregio die over de nodige competenties beschikken en zich kandidaat stellen om deze functie op te nemen. De keuze voor een pool van casemanagers heeft als voordeel te kunnen beschikken over casemanagers met verschillende expertises. Afhankelijk van het gestelde hoofdprobleem kan er gekozen worden voor een casemanager met een specifieke expertise. Vb. thuisverpleegkundige, maatschappelijk werker mutualiteit, arts, psycholoog, hulpverlener CAW, hulpverlener GGZ, enz.

Naar analogie van de bestaande procedure voor inschakeling van overlegorganisatoren voor multidisciplinair overleg wordt er in het project Zorgzaam Leuven een procedure uitgewerkt voor de inschakeling van casemanagers.

Voor de implementatie van casemanagement op niveau 3 worden volgende acties geïnitieerd:

- Informeren van zorg- en hulpverleners over de functie casemanager
- Informeren van patiënten/cliënten over de functie casemanager
- Uitwerken van een procedure voor de inschakeling van de rol van casemanager
- Vastleggen inhoud en takenpakket van de casemanager (cfr. stap 1).
- Vastleggen kwaliteitscriteria en outcome
- Afspraken binnen de projectregio m.b.t. de transitie tussen de verschillende niveaus
- Bepalen van financiële vergoeding i.f.v takenpakket, tijdsinvestering en profiel
- Bevraging kandidaatstelling voor de functie van casemanager in de projectregio

Regelluwt voor de realisatie van casemanagement op verschillende niveaus:

- Gegevensdeling zonder therapeutische relatie (casemanager is geen betrokken zorg- hulpverlener)

Randvoorwaarden:

- Gedeeld patiëntendossier toegankelijk voor RIZIV en niet-RIZIV verstrekkers
- Erkenning van de rol van zorgcoördinator en erkenning van de functie casemanager
- Financiering voor de rol van zorgcoördinator en voor de functie casemanager

- VOOR WIE

- Casemanagement niveau 1: personen met een chronische zorgproblematiek met een laag risico.
- Casemanagement niveau 2: personen met een chronische zorgproblematiek met een verhoogd risico.

- Casemanagement niveau 3: personen met een complexe gezondheidsbehoeften waar zorgcoördinatie niet meer voldoet.
- DOOR WIE
  - Niveau 1: patiënt en/of zijn mantelzorger
  - Niveau 2: alle zorg- en hulpverleners uit de projectregio die betrokken zijn bij de zorg van de patiënt
  - Niveau 3: organisaties en disciplines die beschikken over de nodige competenties en zich kandidaat stellen om de functie van casemanager op te nemen.

- IMPACT

Componenten: empowerment van de patiënt, ondersteuning mantelzorger, casemanagement, overleg en coördinatie, zorgcontinuïteit, geïntegreerd patiëntendossier, aanpassing financieringssysteem, change management.

Triple aim:

- Verbetering van de zorgkwaliteit door de realisatie van een betere afstemming van de zorg i.f.v. de doelstellingen van de patiënt
- Een efficiënter inzet van de beschikbare middelen door het voorkomen van crisissituaties en (her)opnames op de dienst spoedgevallen
- Een verbetering van de levenskwaliteit van de zorgverleners door de invoering van een gedragen zorgplan en een gedeelde verantwoordelijkheid bij de zorg voor een patiënt in een complexe zorgsituatie.
- ZELF-EVALUATIE
  - Aantal keren dat er beroep gedaan wordt op casemanagement op niveau 3. Resultaat van deze interventie in functie van de gestelde problematiek.
  - Opvolgen casemanagement niveau 2 via MDO. Resultaten van de interventie op zorgsituatie, levenskwaliteit.
  - Opvolgen aantal keren dat casemanagement geleid heeft tot 'langer thuis blijven' of een opname heeft voorkomen (of uitgesteld).
  - Bevraging naar tevredenheid bij zorgverleners over de interventie.
  - Bevraging tevredenheid en kwaliteit van zorg bij patiënten en hun mantelzorgers.

- WANNEER

*Stap 1: 0 m => 12 m*

- Uitwerken van casemanagement op 3 verschillende niveaus
- Vastleggen doelgroep per niveau van casemanagement
- Ontwikkelen van tool voor bepaling niveau van casemanagement

*Stap 2: 12 m => 48 m*

- Implementatie van casemanagement op 3 verschillende niveaus

### **OD 1.3.1: thematische coaching inbedden: uitgaande van de valcoach, beweegcoach, urgentcoach**

#### **Actie: valnet: ondersteuning van de patiënt en zijn zorgverleners bij de implementatie en opvolging van valadviezen door een valcoach**

Uit onderzoek is gebleken dat 30% van de 65-plussers minstens één keer per jaar valt en 15% zelfs meerdere keren per jaar (Stevens et al., 2012). Het risico op vallen neemt bovendien toe met de leeftijd: 32 tot 42% van de 75-plussers valt jaarlijks minstens 1 maal. Deze hoge cijfers zijn vermoedelijk nog een onderschatting van de ware problematiek aangezien valincidenten zonder fysiek letsel door ouderen vaak niet gerapporteerd worden uit angst voor een opname in een woonzorgcentrum. De gevolgen van valpartijen behoren tot de meest voorkomende leeftijdsgerelateerde gezondheidsproblemen onder de oudere bevolking. Vallen is vaak geassocieerd met een toename van morbiditeit en mortaliteit bij ouderen (Merom et al., 2013). Veertig tot 60% van de valincidenten bij ouderen resulteert in een lichamelijk letsel, waarvan ongeveer 15% bestaat uit ernstige letsels zoals heupfracturen, hoofdtrauma, etc met mogelijks blijvende immobiliteit, opname in een woonzorgcentrum of zelfs overlijden tot gevolg. (Lord et al., 2007) Bij personen met een ernstig letsel, meer bepaald een heupfractuur, is er een toename van mortaliteit. De mortaliteit één jaar na de fractuur is 12 tot 20 keer hoger dan wat normaal verwacht kan worden binnen deze leeftijdscategorie. (Todd et al., 1995) Uit een retrospectieve dossieranalyse, door het Expertisecentrum Valpreventie Vlaanderen (EVV) en Universitaire Ziekenhuizen Leuven (UZ Leuven), blijkt van 1642 opnames van 60-plussers die in 2009 werden opgenomen op de Dienst Spoedgevallen omwille van een trauma, 77,3% van die ouderen opgenomen werden omwille van een valincident. (Milisen et al., 2010)

Na een valincident kan valangst resulteren in het vermijden van activiteit, bezorgdheid aangaande autonomie en het verlies van zelfvertrouwen (Yardley et al., 2002; Zijlstra et al., 2007). Door het vermijden van activiteit kan de oudere persoon in een negatieve spiraal terecht komen en neemt het valrisico toe. (Reventlow, 2007)

- **WAT/HOE**

**Stap 1:** acties opdat **patiënten met een verhoogd valrisico een multifactoriële screening krijgen binnen de eerste lijn** volgens de principes van de praktijkrichtlijn valpreventie bij thuiswonende ouderen (≥ 65 jaar) met een verhoogd valrisico (Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen). Op basis van de resultaten van deze multifactoriële screening worden er multifactoriële adviezen meegegeven aan de patiënt. Om bepaalde redenen (bv. geen (duidelijke) aanwijsbare oorzaak voor vallen) kan de multifactoriële evaluatie en adviesverlening ook gebeuren binnen een valkliniek of een geriatisch dagziekenhuis.

**Stap 2: de valcoach (casemanager)** ondersteunt de patiënt en zijn zorgverleners in het opvolgen van de adviezen die de patiënt kreeg binnen eerste lijn, de valkliniek of het geriatisch dagziekenhuis.

- **VOOR WIE**

Personen boven de 65 met verhoogd valrisico: de oudere heeft een verhoogd valrisico indien hij/zij zich aanbiedt na een acuut valincident of gang- en/of evenwichtsproblemen heeft, en/of 2 of meer valincidenten in het afgelopen jaar heeft gehad.

- **DOOR WIE**

- Multidisciplinair eerstelijnssteam (huisarts, kinesitherapeut, ergotherapeut, thuisverpleegkundige)
- Valkliniek
- Valcoach
- Samenwerking en ondersteuning door verschillende eerstelijns actoren

- **IMPACT**

Deze interventie kan een belangrijke impact hebben op de hoge kosten die met vallen en val gerelateerde letsels gepaard gaan, alsook op de levenskwaliteit van de patiënt (bv. valangst).

- ZELF-EVALUATIE
  - therapietrouw
  - vermindering van het aantal valincidenten
  - vermindering van het aantal val gerelateerde letsels
  - vermindering van het aantal heropnames door een val

- WANNEER

Het VALnet-project loopt momenteel al binnen de valkliniek van het UZ Leuven. De uitrol naar de eerste lijn zou kunnen starten met testcases op kleine schaal vanaf 2018.

Actie: bewegen op verwijzing (BOV), ondersteuning door de bewegingscoach

- WAT/HOE

Meer bewegen is bijna voor alle chronische aandoeningen een aanbeveling. ZZL wil op dit gebied bijdragen door de actie BOV in de regio te ondersteunen. **Bewegen op Verwijzing helpt mensen met een gezondheidsrisico op weg naar een actiever leven met behulp van een professionele coach en een beweegplan.**

BOV is ontstaan vanuit een participatietraject met patiënten, kinesitherapeuten en huisartsen, vanuit een nood aan 'beweegadvies op maat'. Het eerste jaar enkel voor patiënten van de wijkgezondheidscentra. Sinds 2013 kunnen alle huisartsen in Leuven patiënten naar BOV verwijzen. De Vlaamse Overheid betaalt sinds 2017 het grootste deel van de vergoeding voor de BOV-coach. In Leuven betaalt de stad ook nog de helft van de eigen bijdrage van de deelnemer.

Zo betaalt de BOV-deelnemer voor een individuele sessie zelf nog 2 euro per uur (met statuut Verhoogde Tegemoetkoming) of 10 euro per uur (geen Verhoogde Tegemoetkoming).

|                                                | Totaal | Bijdrage Vlaamse Overheid | Bijdrage Deelnemer | Bijdrage Lokaal Bestuur (stad leuven) |
|------------------------------------------------|--------|---------------------------|--------------------|---------------------------------------|
| Individuele sessie                             |        |                           |                    |                                       |
| VT                                             | 60€    | 56€                       | 2€                 | 2€                                    |
| Niet-VT                                        | 60€    | 40€                       | 10€                | 10€                                   |
| Groepsessie, berekend op minimum 3 pp aanwezig |        |                           |                    |                                       |
| VT                                             | 60     | 18€                       | 1                  | 1€                                    |
| Niet-VT                                        | 60     | 16€                       | 2                  | 2€                                    |

[www.bovleuven.be](http://www.bovleuven.be) of [www.bewegenopverwijzing.be](http://www.bewegenopverwijzing.be)

- VOOR WIE

Personen met specifieke risicofactoren zoals overgewicht, bewegen, voeding, valrisico, hartfalen,... Alleen met een verwijsbrief van de huisarts komt men in aanmerking voor Bewegen op Verwijzing. Een verwijsbrief krijg je:

- Als je minder dan 30 minuten beweegt
- Als je de hele dag zit

- DOOR WIE

De begeleiding wordt gegeven door BOV-coaches, die een verplichte vorming bij VIGeZ volgden

- IMPACT

Het percentage eerder laag opgeleide mensen binnen BOV is momenteel relatief hoog (max hoger middelbaar: 55,7% - max lager middelbaar: 15,3%). Meer VT/omnio worden bereikt. De helft van de VT/omnio-gerechtigden werden doorgestuurd door externe artsen, de andere helft via het wijkgezondheidscentrum. De niet-werkenden (werkzoekend/werkloos en arbeidsongeschikt) nemen het grootste percentage in 44,6% (sept 2014 46%), maar tegelijk 34,7 % (sept 2014 40%) werkenden.

- ZELF-EVALUATIE

Vlaanderen heeft een registratietool ontwikkeld met o.a. een vragenlijst voor de deelnemers (intake, evaluatie), gebaseerd op IPAQ (over het beweeggedrag, korte versie).

Ook zal duidelijk zijn:

- wat de instroom is van mensen met 'verhoogde tegemoetkoming',
- welke huisartsen patiënten doorverwijzen,
- wat het profiel is van de bov-deelnemers

- WANNEER

BOV is een initiatief dat reeds lopende is in Leuven. Voor de komende 5 jaar is er financiering voorzien vanuit Vlaanderen en Stad Leuven.

Actie: URGENT coach

Zie OD 6.1

## **OD 1.4: 24/7 flexibel thuiszorgaanbod: langer en intenser thuis door meer coördinatie en zorgcontinuïteit**

Actie: 24/7 flexibel thuiszorgaanbod

- WAT/HOE

Het doel is dat iedere inwoner van de projectregio 24/7 kan beroep doen op de nodige hulp en zorg. Er kan beroep gedaan worden op het brede netwerk van hulp- en zorgverleners in de regio. Zorg en hulp wordt geboden met grote betrokkenheid van het informele netwerk. Er wordt gewerkt in 3 stappen.

*Stap 1: inventarisatie en vastleggen van taakafspraken*

- Elke partner stelt een overzicht samen van zijn eigen aanbod  
Het specifieke aanbod voor acute situaties wordt duidelijk bepaald
- Vastleggen van samenwerkingsafspraken  
Bepalen wie wat opneemt, in samenwerking, vanuit het bestaande aanbod.
- Bepalen welk nieuw aanbod moet ontwikkeld worden en of dit kan opgenomen worden door bestaande partners
- De regio beschikt over lokale herkennings- en of aanmeldpunten (in functie van buurt/wijkwerking)
- Elektronisch overzicht van het aanbod (buurt, regio)
- Het bestaande zorgteam is gekend voor elke patiënt en elke hulp- en zorgverlener (persoon bepaald zelfwie wat mag raadplegen)

*Stap 2: het flexibel ter beschikking stellen van deze informatie aan iedereen van de regio en buurt*

- Informatie bundelen

- Er wordt een sociale kaart ter beschikking gesteld per wijk/ buurt.  
Lokale aanspreekpunten en informele zorgnetwerken worden hierin mee geïntegreerd.
- Bekendmaking en sensibilisering.  
Er wordt een gezamenlijk communicatieplan opgesteld om deze actie in goede banen te leiden.
- Er wordt gezocht naar een geschikt elektronisch platform dat gemakkelijk toegankelijk is voor elke burger.

Mogelijke subonderdelen:

- Regelluwte federaal: mogelijk uitbreiding bestaande aanbod buiten nomenclatuur. Dit kan gaan over opnemen van 'nieuwe' taken binnen bepaalde beroepsprofielen, over zorgaanbod buiten gebruikelijke tijdstippen, ...
- Regelluwte deelstaten: flexibele thuiszorg kan mogelijk leiden tot uitbreiding van tijdstippen waarop thuiszorg aangeboden wordt.
- Regelluwte kan dus noodzakelijk zijn zowel op vlak van taken als op vlak van financiering.

*Stap 3:*

- Er wordt geïntegreerde vorming voorzien in de projectregio.
- Ter beschikking stellen van 'sociale kaart' op toegankelijke manier.
- De processen leiden tot duidelijke afspraken rond samenwerking in de regio (wijk/ buurt).
- Er wordt gestreefd naar een elektronische tool.

- VOOR WIE

Voor al de inwoners van de projectregio die beroep willen doen op hulp- en zorgverlening.

- DOOR WIE

Door al de betrokken partners.

- IMPACT

- Verbetering van zorgkwaliteit door inzet van de juiste hulp- en zorgverleners in functie van de noden van de patiënt en zijn netwerk.
- Flexibele planning van hulp- en zorgverlening.
- Mogelijkheid om vermaatschappelijking van de zorg te integreren in nieuwe zorgmodellen en samenwerking. Hierbij wordt ook nauw samen gewerkt met informele netwerken.
- Vermijden van overlapping in hulp- en zorgverlening.
- Verregaande transparantie van hulp- en zorgaanbod dat kan geraadpleegd worden door elke burger.
- Hulp- en zorgverleners kunnen hierdoor aangesproken worden op wat zij aanbieden.
- De 'sociale kaart' moet altijd een correcte weergave zijn. Dit vergt inzet van 'vertegenwoordigers' van al de partners.

- ZELF-EVALUATIE

- Sociale kaart van geïntegreerde zorg voor de buurt is (elektronisch) ter beschikking.  
(Professionele zorg, buurtwerking, informele zorg.)
- Samenwerkingsafspraken zijn duidelijk en elke zorgpartner heeft zich geëngageerd om de afspraken na te komen.
- Voor elke buurt zijn lokale aanspreekpunten gekend. Er is duidelijkheid waarvoor deze personen kunnen aangesproken worden. Er is een duidelijke en toegankelijke 'sociale' kaart voor al de inwoners van de projectregio.
- Er is een duidelijk en gezamenlijk communicatieplan.

- Het communicatieplan wordt correct uitgevoerd volgens de vastgelegde afspraken.
  - Via een steekproef wordt nagegaan of de doelstellingen bij patiënten en hun netwerk bereikt worden.
  - Navorming wordt geregistreerd
- WANNEER
    - Stap 1: 6 maand na start van project
    - Stap 2: van maand 6 tot maand 18
    - Stap 3: 2019 - 2020

### **OD 1.5: een zorgpad medicatiebegeleiding: als actieve rationalisatie van medicatiebeleid, mits aandacht voor medicatieveiligheid**

#### **Actie: polymedicatie en meer prijsbewust handelen: een zorgpad medicatiebegeleiding**

ZZL wil inzetten op gestructureerd nazicht en proactieve opvolging van de geneesmiddelen therapie van gepolymediceerde patiënten. Huisarts, huisapotheker, thuisverpleegkundige en zorgverleners uit de tweedelijns overleggen en werken samen aan een actueel medicatieschema voor de patiënt en delen relevante gegevens met betrekking tot medicatie. Het zorgpad medicatiebegeleiding biedt een framework waarbinnen voor elke doelgroep een gepaste oplossing kan worden geboden: de gestructureerde opvolging en het nazicht van de geneesmiddelen therapie van gepolymediceerde patiënten, huisapotheker en medicatieschema, medisch-farmaceutisch overleg, rationeel geneesmiddelen gebruik.

#### • WAT/HOE

Het zorgpad houdt in:

- Een actueel digitaal gedeeld **medicatieschema**
- Een **proactieve geïndividualiseerde begeleiding** van risico-patiënten, minstens één keer per jaar of bij transitie momenten (bv. hospitalisatie)

Het zorgpad bestaat uit verschillende stappen:

- Medicatie reconciliatie of een algemeen gesprek goed geneesmiddelen gebruik (GGG) in de eerstelijns of bij opname in het ziekenhuis, met medicatienazicht, opstellen, aanpassen van het medicatieschema in samenwerking met het zorgteam.
- Overleg in het zorgteam over het behandelplan en eventuele aanpassingen: bv. prioritering aanpak geneesmiddel gebonden problemen. Een verslag van het overleg wordt opgenomen in het geïntegreerd patiëntendossier. Bij hospitalisatie is er een overdracht van gegevens naar het zorgteam in de eerstelijns. Er wordt een aanspreekpunt in de tweede lijn voorzien in geval van problemen.
- Bij hospitalisatie krijgt de patiënt bij ontslag een educatiegesprek, met aandacht voor de gewijzigde behandeling en het belang om tijdig contact op te nemen met de huisapotheker, huisarts en thuisverpleegkundige.
- Opvolgesprek met de patiënt. Afhankelijk van de individuele behoeften van de patiënt en de gedetecteerde geneesmiddel gebonden problemen, kan dit gesprek onder vorm van een MDO met het hele zorgteam (meest kwetsbaren), of een GGG polymedicatie of een GGG therapietrouw.
- Innovatieve therapietrouw ondersteuning. De noodzaak wordt besproken met de patiënt en gebeurt steeds op maat van de patiënt. bv. individuele medicatievoorbereiding door de huisapotheker, klaarzetten van medicatie door de thuisverpleegkundige, medicatiedispenser, apps ter bevordering van therapietrouw.
- Opvolging en monitoring. Het zorgpad is geen eenmalige interventie, maar vraagt een continue opvolging door het zorgteam.

- VOOR WIE

- Doelgroep kwetsbaren: gepolymediceerde patiënten (meer dan 5 ATC klassen, chronisch gebruik), ouder dan 75 jaar, met minstens één bijkomende risicofactor voor geneesmiddel gebonden problemen (bv. bepaalde geneesmiddelenklassen, alleenstaande, verminderde cognitie, verhoogd valrisico, signalen van verminderde therapietrouw).
- Doelgroep chronisch zieken met risico op kwetsbaarheid: patiënten in een zorgprogramma, met polymedicatie (>5 ATC chronisch) en minstens één bijkomende risicofactor voor geneesmiddel gebonden problemen (bv. vermoeden van therapie ontrouw).
- Andere chronisch zieken met risico op geneesmiddel gebonden problemen: bv. patiënten met cognitieve stoornissen en problemen met therapietrouw, patiënten met hoog-risico medicatie.

De selectie en benadering van patiënten kan gebeuren door de huisapotheker, de huisarts, de thuisverpleegkundige, zorgverleners van de tweede lijn.

- DOOR WIE

Afhankelijk van de uitgevoerde acties en te bepalen met het zorgteam wie welke taken opneemt. Van zodra beschikbaar worden gegevens en taakafspraken gedeeld via de Tetrys journaalfunctie en agenda. Het medicatieschema wordt gedeeld via Vitalink. Betrokken zorgverleners: huisapotheker, huisarts, thuisverpleegkundige, klinisch apotheker, ziekenhuisarts, ziekenhuisverpleegkundige. Er ligt een gedeelde verantwoordelijkheid bij de betrokken zorgverleners. Er wordt maximaal ingezet op implementatie van het digitaal gedeeld medicatieschema (Vitalink) om samenwerking rond medicatie mogelijk te maken.

Inclusie via eerstelijns en tweede lijn. 2018: inclusie van 300 kwetsbare patiënten.

- IMPACT

- De verwachte impact op vlak van de zorgervaring van de patiënten en de mantelzorgers: positief, medicatie maakt deel uit van het dagelijks leven van de meeste patiënten en hun mantelzorgers. Optimalisatie ervan heeft kan de zorgervaring verbeteren.
- De verwachte impact op vlak van equity: bij de risico-stratificatie wordt rekening gehouden met kwetsbaarheidscriteria zoals lage socio-economische status of hoge geneesmiddelenkosten, alleenstaande, oudere leeftijd, verminderde mobiliteit.
- De verwachte impact op vlak van de levenskwaliteit van de gezondheidsprofessionals: medicatiegebonden problemen vormen vaak de oorzaak van dringende, ongeplande zorg. Voor apothekers, thuisverpleegkundigen, huisartsen en zorgverleners binnen de tweede lijn (bv. geriater, medewerkers spoed) betekent het verminderen van ongeplande zorg en betere taakafstemming een positieve impact op organisatie van het werk.
- Efficiëntiewinsten: efficiëntiewinsten kunnen gerealiseerd worden, enerzijds via betere gezondheidsresultaten door toe te zien op correct geneesmiddelengebruik en therapietrouw. Anderzijds kan het geneesmiddelenverbruik gereduceerd worden door een analyse van de farmacotherapie waarbij geneesmiddelen opnieuw geëvalueerd worden en ongeschikte medicatie (na overleg) wordt geschrapt en goedkopere medicatie-alternatieven worden overwogen.

- ZELF-EVALUATIE

- Klinische eindpunten: bv. aantal geneesmiddel gebonden problemen gedetecteerd en opgelost, kwaliteit van voorschrijven, therapietrouw, aantal ziekenhuis heropnames, aantal bezoeken aan spoed te wijten aan geneesmiddel gebonden problemen.
- Economische eindpunten: bv. geneesmiddelenverbruik
- Proces evaluatie: aantal medicatienazichten en tijd hieraan besteed, overleg zorgverleners

- Humanistische eindpunten: tevredenheid patiënten/mantelzorger, therapietrouw, zelfmanagement

Data-verzameling via de Brabantse tarifieringsdienst, bevragingen, Farmanet data, ziekenhuizen.

- WANNEER

2017-2018: start met een medicatieproject dat gericht is op duurzame implementatie van het medicatieschema via Vitalink en transmurale medicatieoverdracht (medicatie ontslagbrief en Vitalink)

- Vitalink medicatieschema: implementatie in de eerstelijns
- Huisapotheker en medicatieschema: patiënten kiezen een huisapotheker voor de pro-actieve opvolging van hun medicatie
- DISPATCH studie. Focus: project gericht op medicatieoverdracht met als doel het verminderen van medicatiegebonden problemen na ontslag uit het ziekenhuis:
  - Digitale overdracht van medicatieschema (Vitalink) van het ziekenhuis naar het eerstelijnssteam
  - Digitale ontslagbrief van het ziekenhuis naar de huisapotheker en het zorgteam
  - Medicatiebegeleiding huisapotheker – patiënt en medicatienazicht

Inclusie voorjaar 2018: 300 geriatrische patiënten bij ontslag uit het ziekenhuis (dienst geriatrie en traumatologie UZ Leuven).

- Vitalink medicatieschema van het ziekenhuis naar het eerstelijnssteam
- Medicatie ontslagbrief van het ziekenhuis naar het zorgteam
- Intensieve medicatiebegeleiding en opvolging door de huisapotheker
- Medisch farmaceutisch overleg over transmurale medicatiezorg

‘Leuvense buurt op schema’ en na positieve evaluatie bij uitbreiding ‘Leuven op schema’.

- Intensieve campagne naar burgers om een medicatieschema te vragen aan hun zorgverlener
- Vitalink medicatieschema - opleiding voor apothekers en huisartsen

Ondersteuning en vorming:

1. Éénlijn.be: superclusters Vitalink
2. Dispatch transmuraal project
3. Medisch farmaceutisch overleg (MFO): ‘transmurale medicatieoverdracht’ en ‘polymedicatie’
4. Coaches rond vorming eerstelijnssteams (integrator ZZL)
5. Coaches apotheekoptimalisatie en farmaceutische zorg



## **OD 1.6: tijdelijke overname zorg: het OOTT project**

**OOTT staat voor Oriëntatie en OpvolgingsTraject Thuiszorg voor kwetsbare ouderen.** Deze begeleiding op maat zorgt ervoor dat mensen zolang mogelijk, kwaliteitsvol thuis kunnen wonen. **Een team van zorgverleners werkt samen met de zorgbehoevende en de familie een zorgtraject uit.** Dit traject richt zich onder andere op verzorging, advies over hulpmiddelen en woningaanpassingen. **De cliënt verblijft intussen maximaal drie weken in een OOTT kamer in campus Sint-Pieter** als thuis wonen even geen optie is.

- **WAT/HOE**

Het OOTT-project is een protocol 3 gefinancierd project dat in de Leuvense regio loopt sinds november 2014.

Al te vaak blijven kwetsbare ouderen te lang zonder aangepaste zorgomgeving en omkadering thuis tot de situatie onhoudbaar wordt. Hierdoor belanden ze vaak op een spoedgevallendienst en leidt dit vaak tot een ziekenhuisopname ook al is daar geen medische indicatie voor. Een experimenteel project mede gefinancierd door RIZIV middelen (Protocol 3 akkoord ), voorziet in een tijdelijk verblijf in een hotelachtige setting, ter observatie van de mogelijkheden van de oudere en zijn omgeving, ter (her)oriëntatie van zijn thuiszorg/omgeving, met het oog op verbeteren/stabiliseren van de situatie thuis zodat een opname in het ziekenhuis/woonzorgcentrum vermeden wordt.

Ingrediënten van het project:

- **De inzet van een thuiszorgexpertiseteam gekoppeld aan een tijdelijke verblijfssetting in een zorghotelsetting voor crisisopvang** buiten een ziekenhuiscontext, is een experimentele setting in partnerschap met eerstelijnsactoren om een antwoord te bieden aan een bestaande lacune in het zorglandschap.
- **De expertise van het geriatrisch supportteam** UZ Leuven wordt gebruikt bij de indicatiestelling wanneer een kwetsbare ouderen op spoedgevallen komt en geen medische indicatie tot opname heeft, doch wel nood heeft aan een intensief begeleidingstraject en crisisopvang. Daarenboven wordt gebruik gemaakt van het geriatrisch dagziekenhuis waar gespecialiseerde diagnostiek aangewezen is.
- **Het expertise thuiszorgteam** is samengesteld enkel uit werknemers van de thuiszorgorganisaties. In een traject van max. 3 weken wordt de thuissituatie grondig in kaart gebracht, gereorganiseerd en wordt een nieuwe aanpak met alle betrokkenen doorgesproken en begeleid geïmplementeerd, incl. bijvoorbeeld woningaanpassingen.
- De kwetsbare oudere, zijn mantelzorgers en het zorgteam thuis worden **gedurende de periode van 1 jaar** opgevolgd door het thuiszorgexpertiseteam. Bij wijziging in de situatie, bij vragen, ... kan er steeds beroep gedaan worden op deze expertise.

- **VOOR WIE**

Kwetsbare ouderen waarvoor de thuissituatie optimalisatie behoeft op dringende wijze. Al te vaak komen deze ouderen bij een structureel ontbreken van thuiszorgomkadering of plotse wijziging in thuiszorgcontext op een dienst spoedgevallen terecht. Zonder respijtopvang en intensief werken naar thuiszorgoptimalisatie, komen deze ouderen vaak te snel in een woonzorgcentrum terecht terwijl er nog een wens en haalbaarheid is om thuiszorg mogelijk te maken.

- DOOR WIE

|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SEL Goal vzw<br>Wit Gele Kruis Vlaams – Brabant (verpleegkundig coördinator en casemanagement)<br>Diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg<br>Familiehulp VZW<br>Landelijke thuiszorg<br>Socialistische mutualiteit | OCMW Leuven<br>Maatschappelijk werk (casemanagement)<br>CM Leuven<br>Huisartsenkring KHOBRA<br>UZ Leuven<br>Z.org |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- IMPACT

Vandaag zijn 15 verblijfplaatsen voorzien in deze respijtfunctie. In de periode november 2014 t.e.m april 2017 vonden 424 opnames plaats in de respijtfunctie en werd een casemanagement traject opgestart. Het verblijf in de respijtfunctie bedroeg gemiddeld 15 dagen. De resultaten gemeten aan de hand van het aantal dagen dat er geen residentiële opname volgde bedraagt gemiddeld 290 dagen. Bijkomende impact is deze op het niet onnodig gebruiken van ziekenhuisinfrastructuur. De meeste van de OOTT inclusies gebeurden vanop de dienst spoedgevallen of vrij snel na opname in het ziekenhuis.

In de huidige tendens zien we dat kandidaten ook rechtstreeks vanuit de thuissituatie beroep doen op de ondersteuning van het team. De doorverwijzers zijn dan zowel zorgverleners uit de 1<sup>ste</sup> lijn als mantelzorgers. Dit komt ook overeen met de initiële doelstellingen van het project.

- ZELF-EVALUATIE

Het project wordt 2-maandelijks gevolgd door een stuurgroep en operationeel door een projectmanager van het Wit Gele Kruis.

Behoudens indicatoren opgenomen in de overeenkomst van het protocol 3 project worden parameters bijgehouden omtrent het thuiszorgaanbod dat geoptimaliseerd werd, tevredenheid van de OOTT-cliënten en hun mantelzorgers en worden ook verwijzingen sterk opgevolgd.

- WANNEER

Het project loopt mits verdere positieve evaluatie nog tot 31-8-2018

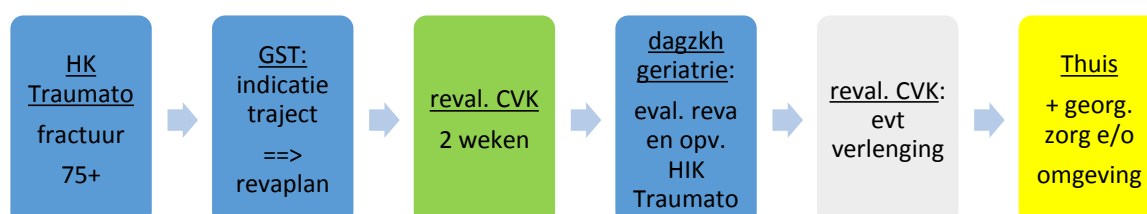
## OD 1.7: tijdelijke revalidatie in de eerste lijn: revaliderend kortverblijf en herstelbedden

- WAT/HOE

### **As is: pilootprojecten binnen revaliderende kortverblijven**

Vandaag verblijven heel wat patiënten met een herstel- en/of laaggradige revalidatienood nog vaak langer in het ziekenhuis dan omwille van medische indicatie nodig is. Daarom werden sinds enkele jaren al vanuit UZ Leuven trajecten uitgetekend met woonzorgcentra waarbij een herstel/revalidatieprogramma plaatsvindt tijdens een verblijf in een kortverblijffunctie.

Een zorgtraject werd uitgetekend voor revalidatie van oudere patiënten met een fractuur:



De **selectie van deze patiënten gebeurt door het geriatisch supportteam** samen met traumatologische heilkunde. De **organisatie van transfer wordt opgenomen door de sociale dienst** zodat er een eenduidig aanspreekpunt is voor het centrum voor kortverblijf. De kandidaat wordt al tijdens het ziekenhuisverblijf voorbereid op het verblijf en de revalidatie in het centrum voor kortverblijf. In de 2<sup>de</sup> week van het 'kortverblijf' wordt een **one-stop evaluatie van het herstel op het geriatisch dagziekenhuis georganiseerd gekoppeld aan een opvolging post-traumato heilkunde**. Gezien het woonzorgcentrum beschikt over aangepast vervoer kan dit vanuit deze setting voorzien worden. Tot slot wordt **vanuit het woonzorgcentrum samen met de thuiszorg ook de nodige aanpassingen in zorg en/of woonomgeving georganiseerd** tegen het einde van het kortverblijf.

#### **To be: uitbouw van herstelfunctie in partnerschap UZ Leuven – andere zorginstellingen**

De voorafgaande vergunning rond herstelverblijffunctie (60 bedden) voor de regio Leuven, willen we graag in partnerschap ontwikkelen tussen de ziekenhuizen en andere zorginstellingen in de regio. Het model dat we willen ontwikkelen is er een waarbij in samenwerking tussen de ziekenhuizen en andere zorginstellingen trajecten worden uitgetekend voor specifieke doelgroepen met behoefte aan herstel en waarbij het herstel/laaggradige revalidatie plaatsvindt in de andere instellingen, bijvoorbeeld woonzorgcentra. De doelgroepen zijn gekend en er is veel interesse in de regio voor dit soort van samenwerkingen. Financieringsgewijs zijn er nog drempels weg te werken. Voor herstelverblijven is er vandaag een tegemoetkoming van de mutualiteiten (verschillend per mutualiteit) maar het blijft duurder voor de patiënt dan herstellen in het ziekenhuis, zeker als de patiënt beschikt over een hospitalisatieverzekering.

- VOOR WIE

Huidige revaliderende kortverblijf-doelgroep: oudere patiënten met fracturen

Toekomst: uitbreiding naar andere doelgroepen zoals patiënten met complexe wonden, patiënten met een nood aan herstel maar dialyse behoefte, patiënten met nood aan herstel maar psychische/dementie problematiek,...

- DOOR WIE

|                                              |                |
|----------------------------------------------|----------------|
| UZ Leuven<br>+ andere regionale ziekenhuizen | Nog te bepalen |
|----------------------------------------------|----------------|

- IMPACT

Vandaag zijn er 60 herstelverblijfbetten die kunnen ontwikkeld worden. Indien sneller uit het ziekenhuis kan ontslagen worden betekent dit een winst van 60 bedden in het ziekenhuis die niet gebruikt worden voor herstel/laaggradige revalidatie.

- ZELF-EVALUATIE

- Revaliderende kortverblijfprojecten: systematische opvolging met projectpartners
- Herstelverblijf netwerk: te ontwikkelen

- WANNEER

- Revaliderend kortverblijf: vandaag 3 bedden kortverblijf in partnerschap in gebruik met UZL en woonzorgcentra.
- Herstelverblijffunctie: najaar 2017 verkenning partnerschappen en ontwikkeling trajecten + voorstel netwerkmodel bespreken met Vlaamse overheid.

## SD 2: Personen met complex-chronische aandoening(en), doelgroep II : integratie rond de patiënt i.p.v rond de ziekte

### OD 2.1: geïntegreerde zorgprogramma's: inspelen op de multimorbiditeit

#### Actie: geïntegreerde zorgprogramma's voor complexe ziekten

Multimorbiditeit is de oorzaak dat het eenduidig opmaken van ziektegerichte zorgprogramma's heel dikwijls onhaalbaar wordt, en moet gemoduleerd worden volgens de complexiteit. De individuele patiënt moet mee deze keuzes helpen maken. De opvolging en de kwaliteitsindicatoren dienen aan de multimorbiditeit te worden aangepast.

**Het doel van deze zorgprogramma's op lange termijn is om ziekenhuisopnames tot een minimum te beperken, meer geplande en minder ongeplande zorg, betere outcomes en patiënttevredenheid hoog houden.** De zorgprogramma's zijn erop gericht om kwalitatief goede zorg te bieden, voordelen te bieden en een gestructureerde zorg rond de patiënt te optimaliseren. Dalen van specialistische raadplegingen bij sommige(overgebruik), toename elders (ondergebruik). We zijn erop gericht om technische onderzoeken en repetitieve labo onderzoeken te verminderen. Het verfijnen van het bestaande proces om te komen tot gedragen en geïntegreerde zorgprogramma's. **Het doel is om meerdere zorgprogramma's te ontwikkelen en één voor één uit te rollen.**

ZZL wil dit belangrijk probleem stapsgewijs aanpakken, bijsturen en operationeel maken. We kiezen voor een stapsgewijze aanpak.

- WAT/HOE

#### *Stap 1: verkennen van de nood aan zorgprogramma's in de regio*

- **Huisartsenbevraging via eigen vragenlijst en interview** werd recent reeds doorgevoerd. Bespreking met de huisartsen had reeds plaats op 15/9 en 24/11/2016. Consequenties worden voorgelegd aan regionale partners.
- Bespreking met netwerk van regionale partners

#### *Stap 2: masterclass rond zorgprogramma's en geïntegreerd zorg, aangeboden vanuit LMN*

#### *Stap 3: opmaken van concrete geïntegreerde zorgprogramma's*

- Zorgprogramma's die ontwikkeld zullen worden:
  - COPD 2017
  - Hartfalen 2017
  - Chronische psychisch lijden 2017
  - Polymedicatie 2017 (bestaat al deels)
  - Dementie (te bekijken i.f.v vorige programma's)
  - Multi-morbide bejaarden (te bekijken ifv vorige programma's)
  - Lichamelijk moeilijk verklaarbare klachten (te bekijken i.f.v vorige programma's)
- Zorgprogramma's die geoptimaliseerd zullen worden:
  - Diabetes 2017
  - Chronisch nierlijden 2018

Voor elk van deze programma's worden randvoorwaarden, inclusie- en exclusiecriteria opgesteld. Er wordt een draaiboek gemaakt waarin deze richtlijnen worden beschreven. Er worden gespecialiseerde functies ingezet zoals bijvoorbeeld educatoren ter ondersteuning van het zorgprogramma. Middelen die minimaal nodig zijn: start vanuit het LMN (2 \* 0,4 FTE)

#### *Stap 4 : Duurzame implementatiestrategie uitbouwen*

- Uitwerken van implementatiestrategie en indicatoren voor implementatie en kwaliteitsopvolging
  - Stapsgewijze ondersteuning door coaching binnen zorgzaam Leuven
- VOOR WIE
  - Stap 1: bevraging is gebeurd bij alle huisartsen van de regio en tegelijkertijd ook bij alle huisartsen van de kring KHOBRA en HUBOB. Wordt voorgelegd aan huisartsen, apothekers, OCMW, netwerk Tervuren-Leuven, CGG, UZ Leuven, Heilig Hartziekenhuis, MCH, Agentschap zorg en gezondheid, onderzoekers van de KUL, alle leden van de stuurgroep en hun achterban.
  - Stap2: richt zich naar de deelnemers van de werkgroepen die het zorgprogramma zullen uitwerken
  - Stap 3: richt zich naar chronisch zieken met desbetreffend aandoening of probleem.
- DOOR WIE
  - Stap 1: de zorgtrajectpromotor van het LMN Groot Leuven deed de bevraging. Voorzitters van huisartsenkringen en stuurgroep LMN bespraken de resultaten en de consequenties.
  - Stap 2: wordt uitgevoerd door de zorgtrajectpromotoren (ZTP) van het LMN Groot Leuven, de coördinatoren van Zorgzaam Leuven en de partners van Zorgzaam Leuven, vooral onderzoekers van de KULeuven. De ZTP informeren en motiveren het werkveld om deel te nemen aan de werkgroepen. Ze doen dit door infomomenten te organiseren (op 24/01/2017, masterclass op 20/06/2017), door te gaan spreken op LOK's, op vergaderingen van lokale kringen (verpleegkundigen, psychologen) en op andere overlegmomenten (functie forum 1, regionaal GGZ overleg,...). Zo werden relevante specialisten van de Leuvense ziekenhuizen (cardiologen en pneumologen) aangeschreven voor de zorgprogramma's COPD en hartfalen.
  - Stap 3: wordt uitgevoerd door zorgtrajectpromotoren van het LMN Leuven, de deelnemers van de masterclass, de coördinatoren van Zorgzaam Leuven en de partners van Zorgzaam Leuven.
  - Stap 4: dient te worden uitgevoerd door de coaches die Zorgzaam Leuven zal aanwerven.

- IMPACT

Deze bevraging bevat data over 128 van de 166 aanwezige huisartsenpraktijken in de zorgregio. Met de informatie kunnen we nagaan welke noden de artsen hebben zodat zij efficiënter te werk kunnen gaan indien aan deze noden voldaan wordt.

Het doel van het overleg met de regionale partners is om tot consensus te komen over waar onze prioriteiten moeten liggen de komende jaren. Indien de regionale partners bereid zijn om samen te werken rond de zorgprogramma's en de meerwaarde van deze kunnen zien, zal dit uiteindelijk leiden tot een daling van spoed- en ziekenhuisopnames voor geïncludeerde patiënten. Dit is dus zowel een efficiëntie- als een financiële winst op lange termijn.

De impact van een goede ondersteuning zal zich uiten in een verbetering van de zorgprogramma's. Door meting van de indicatoren zullen moeilijkheden gesignaleerd worden waardoor de zorgprogramma's telkens geoptimaliseerd kunnen worden.

- ZELF-EVALUATIE

Hiervoor zullen verschillende parameters opgevolgd worden. Korte termijn:

- Aantal ontwikkelde programma's
- Aantal zorgverleners dat de introductie tot deze programma's volgt
- Aantal zorgverleners dat intensief deze programma's opvolgt na implementatie
- Aantal patiënten geïncludeerd in de verschillende zorgprogramma's

Langere termijn: effecten van deze zorgprogramma's op zorggebruik (vb. aantal raadplegingen, spoed contacten, ziekenhuisopnames, ...). Hiervoor zullen er per zorgprogramma parameters gedefinieerd worden.

- WANNEER
  - Stap 1: start: oktober 2015 / Einde: oktober 2016
  - Stap 2: voorbereidend overleg: 23/2/2017, masterclass ging door op 20 juni 2017
  - Stap 3: uitwerking 2017-2019
  - Stap 4: tegelijkertijd wanneer tussen 2017 en 2019 de zorgprogramma's uitgerold worden

## **OD 2.2: zelfmanagement en therapietrouw: uitgaande van het medicatiegebruik**

### **Actie: medicatie zelfmanagement en therapietrouw verhogen, het Goed Geneesmiddelen Gebruik gesprek**

Het 'Gesprek Goed Geneesmiddelengebruik' (GGG) voert de huisapotheker ter ondersteuning van de therapietrouw: **in een eerste focus voor patiënten met een chronische aandoening astma en die terugbetaalde ICS geneesmiddelen nemen** (geschat aantal in Leuven: 1600 waarvan er 533 niet onder controle zijn (bron: gebaseerd op cijfers RIZIV)) en **personen diabetes type 2/voortraject**, 15-69 jaar en BMI>30 en/of arteriële hypertensie (geschat aantal in Leuven: 1100 patiënten (bron: gebaseerd op cijfers RIZIV)).

In de GGG gesprekken wordt zelfmanagement ondersteund ter verbetering van de therapietrouw en kunnen apps ter bevordering van therapietrouw worden ingezet. De huisapothekers willen deze dienst aanbieden aan geselecteerde personen met een lage therapietrouw.

- WAT/HOE

Het GGG zelf bestaat telkens uit 2 gesprekken:

- Eerst komen in een informatief gesprek de volgende punten aan bod: werking van het geneesmiddel en plaats in de therapie, belang van een correct gebruik en van een goede therapietrouw en het motiveren van de patiënt voor een langdurende therapie
- Een opvolggesprek

- VOOR WIE

Patiënten kunnen geïnccludeerd worden door hetzij de huisapotheker op eigen inschatting, hetzij op voorschrift van de arts of op vraag van de patiënt zelf.

- DOOR WIE

Door de huisapotheker

- IMPACT

De investeringskosten zijn laag. De vorming is reeds uitgewerkt. Indien het (chronische) astma patiënten of patiënten met diabetes type 2/voortraject betreft, is er een RIZIV honorarium voor de apotheker.

- ZELF-EVALUATIE

- **Structuurindicatoren:** aantal apothekers die de opleiding volgen
- **Outcome indicatoren: op basis van het geneesmiddelenverbruik**
  - bv. aantal ptn met overgebruik kortwerkende bronchodilatoren (4 of meer verpakkingen/jaar)
  - bv. aantal ptn met meer dan 2 stootkuren Medrol® (32mg) in de 12 m volgend op het GGG (via tarifieringsdienst meten en uitsluiten van reumapatiënten)

- **Procesindicatoren:**
  - aantal apothekers die tools gebruiken om de GGG te structureren en te begeleiden
  - Aantal GGG's bij gebruikers van ICS
- WANNEER

Vorming en implementatie: najaar 2018

### **OD 2.3: empowerment van de persoon met chronische aandoening (en): verhogen van gezondheidsgeletterdheid en zelfmanagement vaardigheden**

#### **Actie 1: voorlichting en promotie van zelfmanagement in de nabije omgeving van de patiënt**

Zelfmanagement bevorderen gebeurt niet enkel tijdens consultvoering, of binnen het behandelingscircuit. Het merendeel van de tijd is een patiënt op zichzelf of diens ruimere informele omgeving aangewezen om zijn/haar ziekte(s) zelf te managen. Het verwezenlijken van een duidelijk **aanbod aan vorming en initiatieven die kennis, attitude, en vaardigheden van de patiënt inzake meer activatie en zelfmanagement kunnen doen verhogen** is derhalve uitermate van belang. Om nabijheid en betrokkenheid te accentueren wordt een buurtgericht aanbod vooropgesteld

#### • WAT/HOE

Stap 1: **in kaart brengen van alle vormingen en initiatieven, gekoppeld aan een buurtgerichte sociale kaart** (zie OD 5.1). Een dergelijk aanbod kan bestaan uit:

- Educatiesessies in eerste en tweede lijns organisaties (bv. rond nierlijden in UZ Leuven, rond beweging in kine-praktijken, ...)
- Zelfmanagement groepsprogramma in eerste lijn
- Aanbod in wijkgezondheidscentra (bv. rookstopbegeleiding)
- Aanbod in psychologenpraktijken (bv. mindfulness, relaxatie,...)
- Voorlichting door Logo Oost-Brabant
- ...

Stap 2: de patiënt kan waar mogelijk zelf intekenen op dit aanbod, of aangespoord worden dit aanbod te bespreken met diens behandelaar(s). Het is ook de taak van de behandelaar(s) om **patiënten naar de juiste initiatieven toe te loodsen** (zie acties beslissingsboom, sociale kaart en screenen patiëntactivatie).

#### • VOOR WIE

Het aanbod is bedoeld voor patiënten met een of meerdere chronische aandoeningen.

#### • DOOR WIE

Het aanbod wordt door het projectteam – in nauw overleg met betrokken stakeholders – in kaart gebracht en online ter beschikking gesteld. Er dient ook verspreiding te gebeuren via andere kanalen (bv., flyers, affiches, etc.) doorheen de regio. Het aanbod dient ook ter sprake te worden gebracht door individuele zorgverleners, zeker als buurtaanbod.

- IMPACT

Op het niveau van de buurt kunnen we een direct gevolg van deze actie observeren in de zin van een bestendig en visibel aanbod aan initiatieven ter promotie van het zelfmanagement van de patiënt. Het toegankelijk maken en verhoogd aanbieden van acties en initiatieven gericht op voorlichting en de promotie van zelfmanagement zullen op korte termijn een mogelijke impact hebben op het bewerkstelligen van meer kennis, kunde, en zelfvertrouwen om – volgens eigen mogelijkheden - de eigen aandoening te managen. Op lange termijn kan de actie bijdragen aan een meer optimaal fysiek en mentaal functioneren bij de patiënt, verminderde complicaties en lagere zorgkosten.

- ZELF-EVALUATIE

Evaluatie richt zich op inschrijvingen in de verschillende initiatieven en bekendheid met interventies en initiatieven bij zorgverleners en zorgvragers. De actie is deel van een empowerment plan in de regio, welke zal onderzocht worden op effectiviteit.

- WANNEER

Ontwikkeling en bestendiging gedurende het eerste jaar van het project, met aanbieden overheen de regio vanaf projectjaar 2.

### Actie 2: Gids begrijpbare zorg

- WAT/HOE

**Een online en paperback versie waarin veel voorkomende ziekte- en behandelingstermen binnen chronische zorg staan uitgeschreven en vooral geïllustreerd (bv., infographics, figuren,.... ).**

- VOOR WIE

De gids is bedoeld voor patiënt met een of meerdere chronische aandoeningen.

- DOOR WIE

De gids is online beschikbaar via een centrale website in de regio, alsook wordt in paperback versie verspreid overheen praktijken en organisaties.

- IMPACT

Op het niveau van de buurt kunnen we een direct gevolg van deze actie observeren in de zin van een verspreiding van de gids en gebruik van de beslisboom onder zorgverleners. De actie zal op korte termijn een mogelijke impact hebben op het bewerkstelligen van meer kennis en gezondheidsvaardigheden bij de patiënt, een verbeterde communicatie tussen zorgverlener en patiënt zoals beoordeeld via patiënten- en artsenbevragingen, en optimaler doorverwijsgedrag naar initiatieven om zelfmanagement te promoten in geval relevant. Op lange termijn kan de actie bijdragen aan een meer optimaal fysiek en mentaal functioneren bij de patiënt, verminderde complicaties en lagere zorgkosten.

- ZELF-EVALUATIE

De innovatieve actie richt zich op het ter beschikking stellen van de gids, en het gebruik ervan in de praktijk. Evaluatie van de actie richt zich dus op het nakijken van verspreiding van de gids overheen praktijken en organisaties, alsook overheen het doelpubliek. De actie is deel van een empowerment plan in de regio, welke zal onderzocht worden op effectiviteit.

- WANNEER

Start vanaf het begin van het project met aanbieden overheen de regio.

### Actie 3: verhogen van aanbod aan ervaringsdeskundigen en informele (e-)zorg in de buurt van de patiënt

- WAT/HOE

De actie richt zich op het voorzien van coördinaten naar een buurtgericht netwerk van ervaringsdeskundigen en informele zorg. **De actie zal resulteren in een e-portaal of innovatieve methoden (bv. via apps of mobile health) om informele zorg en ondersteuning mogelijk te maken.** Deze actie kent velerlei toepassingsmogelijkheden, gaande van een hogere visibiliteit van patiëntenorganisaties - of netwerken in de buurt, betere communicatie rond bestaande e-portalen waar patiënten terecht kunnen met vragen rond ondersteuning en informele zorg (bv. wie biedt steun om een weg te zoeken in administratie?), ontwikkelen en beschikbaar stellen van apps en mobiele toepassingen waar patiënten hun progressie op vlak van zelfmanagement kunnen monitoren en delen (bv. applicatie om bewegingsplan te monitoren en delen met anderen), ...

- VOOR WIE

Het aanbod is bedoeld voor patiënten met een of meerdere chronische aandoeningen.

- DOOR WIE

Het aanbod wordt door het projectteam – in nauw overleg met betrokken stakeholders – in kaart gebracht en online ter beschikking gesteld. Er dient ook verspreiding te gebeuren via andere kanalen (bv. flyers, affiches, ...) doorheen de regio. Het aanbod dient ook ter sprake te worden gebracht door individuele zorgverleners, zeker als buurtaanbod.

- IMPACT

Op het niveau van de buurt kunnen we een direct gevolg van deze actie observeren in de zin van een bestendig en visibel aanbod aan initiatieven, toepassingen en netwerken, hetzij via face to face initiatieven, hetzij online. Een dergelijke actie kan op korte termijn een mogelijke impact hebben op het bewerkstelligen van meer kennis, kunde en zelfvertrouwen om – volgens eigen mogelijkheden - de eigen aandoening te managen. Op lange termijn kan de actie bijdragen aan een meer optimaal fysiek en mentaal functioneren bij de patiënt, verminderde complicaties en lagere zorgkosten.

- ZELF-EVALUATIE

De innovatieve actie richt zich op het voorzien van initiatieven en (e-)toepassingen en het gebruik ervan in de praktijk (beoordeling door zorgvragers). De actie is deel van een empowerment plan in de regio, welke zal onderzocht worden op effectiviteit.

- WANNEER

Te initiëren doorheen de projectjaren en eventueel druppelsgewijs delen ervan implementeren maar haalbaarheid van e-zorg zal wellicht niet binnen de eerste vier projectjaren geïmplementeerd kunnen worden.

## **OD 2.4: empowerment van de persoon met chronische aandoening (en): naar betere advisering en meer zelfmanagement ondersteuning in de praktijk**

### **Actie 1: Screenen van gezondheidsgeletterdheid in de praktijk**

- **WAT/HOE**

De promotie van zelfmanagement begint met een duidelijke voorlichting en adviesverstrekking rond iemands aandoening en behandeling(smogelijkheden). In een groep van kwetsbare patiënten met complexe zorgnoden kan deze informatieoverdracht moeilijk lopen. Het is belangrijk om informatie- en adviesverstrekking aan te passen aan de noden van de kwetsbare doelgroep. Een aantal instrumenten of vragenlijsten zijn beschikbaar om gezondheidsvaardigheden of “health literacy” te meten. Er zijn diverse instrumenten beschikbaar. Diverse criteria zijn van belang bij de selectie van een instrument of methode: Nederlandstalige vertaling beschikbaar, bewezen betrouwbaarheid en validiteit, snel en makkelijk in te vullen of te beantwoorden door patiënten, snelle beoordeling door zorgverleners. Zo kan de keuze gaan naar een van de volgende:

- **sBsQ** ‘Set of Brief Screening Questions’
  - Doel: subjectief meten van begrip en toepassen van informatie (functionele gezondheidsvaardigheden)
  - Methode: respondenten beantwoorden drie stellingen
  - Originele publicatie: Chew et al., 2004
  - Publicatie Nederlandse validatie: Fransen et al., 2011b
- **FCCHL** (*Functional Communicative and Critical Health Literacy*)
  - Doel: subjectief meten van functionele, interactieve en kritische gezondheidsvaardigheden
  - Methode: respondenten beantwoorden 14 stellingen
  - Originele publicatie: Ishikawa et al., 2008
  - Publicatie Nederlandse validatie: Fransen et al., 2011b, Van der Vaart et al., 2012
- **HLS-eU** (*Health literacy Survey – EU*)
  - Doel: subjectief meten van de mate waarin iemand in staat is tot het vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen van informatie op het gebied van gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering
  - Methode: respondenten beantwoorden 47 stellingen (er is ook een kortere versie van 16 stellingen)
  - Originele publicatie: Sørensen et al., 2013 (lange versie)
  - Publicatie Nederlandse validatie: niet beschikbaar, resultaten Nederland: Van der Heide et al., 2013

- **VOOR WIE**

Afname van het instrument is informatief bij iedere patiënt met een of meerdere chronische aandoeningen.

- **DOOR WIE**

Screeninginstrument te gebruiken door iedere zorgverlener en/of zorgpraktijk.

- **IMPACT**

De actie kan op de korte termijn zichtbaar zijn in hoger screeningsgedrag van gezondheidsgeletterdheid door zorgverleners, een betere advisering zoals beoordeeld door patiënten. Op de middellange termijn kunnen we meer gezondheidsgeletterdheid observeren, volgens de mogelijkheden van patiënten zelf. Op lange termijn kan de actie mee bijdragen aan een meer optimaal fysiek en mentaal functioneren bij de patiënt, verminderde complicaties en lagere zorgkosten.

- ZELF-EVALUATIE

De innovatieve actie richt zich op het ter beschikking stellen van het instrument en het gebruik ervan in de praktijk. Evaluatie van de actie richt zich dus op het nakijken van gebruik van de tool (eventueel via beschikbaar stellen in het e-zorgplan voor zorgverleners). De actie is deel van een empowerment plan in de regio, welke zal onderzocht worden op effectiviteit.

- WANNEER

Start vanaf het begin van het project met aanbieden overheen de regio.

### Actie 2: screening van zelfmanagement capaciteit bij patiënten door zorgverleners in de praktijk

- WAT/HOE

Zelfmanagement houdt in dat een patiënt beschikt over de nodige kennis, vaardigheden en het vertrouwen dat hij/zij zelf delen van de chronische zorg kan managen. Het meten van het niveau van zelfmanagement of “patiënt activatie” geeft zorgverleners een startpunt om overleg te hebben met patiënten op het punt waarop ze zich op dat moment bevinden. Het helpt ook om de aanpak te individualiseren volgens de noden en behoeften van elke individuele patiënt. Zicht krijgen op het niveau van activatie helpt ook de agenda voor consulten te structureren en geeft steun in het identificeren van opties en interventies in de zorg en behandeling op maat van de patiënt. Een goede meting van activatie helpt ook in het achterhalen waar de meeste hulp nodig is, bijvoorbeeld bij de inname van medicatie. Het kan zorgverleners ook een zicht doen krijgen op de progressie bij de patiënt, in situaties waar er al een gezamenlijk zorg- en behandelplan werd afgesproken. De afname van een meting naar patiënt activatie biedt patiënt en hulpverlener ook objectieve feedback rond de doelen die in het kader van zelfmanagement zijn gesteld.

**Het niveau van zelfmanagement of activatie kan gemeten worden aan de hand van de PAM – Patiënt Activatie Lijst.** De lijst is gevalideerd en betrouwbaar bevonden binnen een Nederlandstalig doelpubliek. Patiënten volgen een korte lijst en krijgen een score van 0 tot 100. De uiteindelijke score plaatst individuen in één van de volgende vier niveaus van activatie:

- Niveau 1: individuen zijn eerder passief en overweldigd door idee om ziekte zelf te managen. Ze begrijpen niet welke hun rol is in het zorgproces
- Niveau 2: individuen hebben niet de nodige kennis en vertrouwen om hun ziekte zelf te managen
- Niveau 3: individuen lijken wel enige actie te ondernemen om zelf te managen, maar het ontbreekt hen aan vertrouwen of de nodige vaardigheden
- Niveau 4: individuen stellen veel actie om hun ziekte zelf te managen, maar ze kunnen deze mogelijks niet volhouden wanneer geconfronteerd met erge stressoren

- VOOR WIE

De vragenlijst is bedoeld voor iedere patiënt met een of meerdere chronische aandoeningen. De lijst kan dienen om acties en interventies op af te stemmen en kan aan het begin van de consultvoering worden afgenomen. Het instrument kan ook dienen als evaluatie tool, en kan ook verder in het zorgproces worden afgenomen om progressie bij de patiënt te achterhalen en evidentie rond acties te achterhalen.

- DOOR WIE

De lijst is online beschikbaar via een centrale website in de regio, alsook wordt in paperback versie verspreid overheen praktijken en organisaties.

- IMPACT

De actie kan op de korte termijn zichtbaar zijn in hoger screeningsgedrag van zelfmanagement capaciteit bij patiënten door zorgverleners, een betere arts-patiënt relatie en zorg zoals beoordeeld door patiënten. Op de middellange termijn kunnen we meer inzicht in de eigen zelfmanagement capaciteit door patiënten observeren, volgens de mogelijkheden van patiënten zelf. Op lange termijn kan de actie mee bijdragen aan een meer optimaal fysiek en mentaal functioneren bij de patiënt, verminderde complicaties en lagere zorgkosten.

- ZELF-EVALUATIE

De innovatieve actie richt zich op het ter beschikking stellen van de lijst en het gebruik ervan in de praktijk. Evaluatie van de actie richt zich dus op het nakijken van verspreiding van de lijst overheen praktijken en organisaties, alsook afname bij het doelpubliek ('registratie in e-dossier'). De actie is deel van een empowerment plan in de regio, welke zal onderzocht worden op effectiviteit.

- WANNEER

Start vanaf het begin van het project met aanbieden overheen de regio.

### Actie 3: ondersteunen van behandelpad rond optimale zorg door zorgverleners op basis van zelfmanagement capaciteit patiënt

- WAT/HOE

Om gepaste acties en interventies te ondernemen als zorgverlener is het van belang **een traject of beslissingsboom te kunnen volgen gebaseerd op het niveau van zelfmanagement of activatie bij de patiënt.** Zo zal het van belang zijn om bij lagere niveaus van activatie, vooral te werken rond bewustwording en informatievoorziening en de patiënt naar juiste initiatieven te wijzen waar hij/zij de grootste nood rond voelt/aan heeft. Een visueel duidelijk stappenplan of beslissingsboom kan hulpverleners helpen, en communicatie in team versterken.

- VOOR WIE

De beslissingsboom helpt voor een betere afstemming van zorg op de noden van iedere patiënt met een of meerdere chronische aandoeningen. De boom dient om acties en interventies af te stemmen en tijdens consultvoering worden gevolgd.

- DOOR WIE

De boom is online beschikbaar via een centrale website in de regio, alsook wordt in paperback versie verspreid overheen praktijken en organisaties en zichtbaar worden gemaakt voor iedere hulpverlener/team.

- IMPACT

De actie kan op korte termijn zichtbaar zijn in duidelijke uitgetekende behandeltrajecten in het e-zorgplan en betere doorverwijzing van patiënten door zorgverleners. Ook een betere beoordeling van de zorg zoals gepercipieerd door patiënten en hulpverleners kan zichtbaar zijn kort na invoering van de actie. Op lange termijn kan de actie mee bijdragen aan een meer optimaal fysiek en mentaal functioneren bij de patiënt, verminderde complicaties en lagere zorgkosten.

- ZELF-EVALUATIE

De innovatieve actie richt zich op het ter beschikking stellen van de beslissingsboom en het gebruik ervan in de praktijk. Evaluatie van de actie richt zich op het nakijken van verspreiding van de beslissingsboom overheen praktijken en organisaties, alsook zichtbaarheid in de praktijkvoering. De actie is deel van een empowerment plan in de regio, welke zal onderzocht worden op effectiviteit.

- WANNEER

Start vanaf het begin van het project met aanbieden overheen de regio.

#### Actie 4: consultvoering in samenspraak met de patiënt, in plaats van gecentreerd rond ziekte

- WAT/HOE

Overleggen rond een gezamenlijk zorg- en behandelplan is een basis voor het ondersteunen van zelfmanagement bij de patiënt. Doel van deze activiteit is het voorzien van praktijktools die het doelstellingsgericht werken met de patiënt kunnen faciliteren tijdens consultvoering. Er zijn diverse en meerdere opties mogelijk zoals een duidelijke handreiking rond doelstellingsgericht werken, infographic(s) rond doelstellingsgericht werken, begeleidend videomateriaal waarin doelstellingsgericht werken tijdens consultvoering wordt geïllustreerd, enz.

- VOOR WIE

De tools zijn bedoeld voor elke zorgverlener in de eerste en tweede lijn die zich richt op zorg en begeleiding voor iedere kwetbare patiënt met een of meerdere chronische aandoeningen.

- DOOR WIE

De actie wordt verwezenlijkt door het projectteam in nauw overleg met stakeholders uit de regio.

- IMPACT

De actie kan op de korte termijn zichtbaar zijn in gebruik van de praktijktools door zorgverleners. Ook een betere beoordeling van de zorg zoals gepercipieerd door patiënten en hulpverleners kan zichtbaar zijn kort na invoering van de actie. Op lange termijn kan de actie mee bijdragen aan een meer optimaal fysiek en mentaal functioneren bij de patiënt, verminderde complicaties en lagere zorgkosten.

- ZELF-EVALUATIE

De innovatieve actie richt zich op het ter beschikking stellen van de tools en het gebruik ervan door zorgverleners. De actie is deel van een empowerment plan in de regio, welke zal onderzocht worden op effectiviteit.

- WANNEER

Start vanaf het begin van het project met aanbieden in enkele gericht uitgekozen/exemplarische eerste en tweedelijspraktijken. Na twee jaar wordt de actie geëvalueerd en uitgebreid overheen eerste en tweedelijspraktijken in de regio.

#### Actie 5: vorming en coaching van individuele zorgverleners om motiverend counselen als visie en werkmethode mee te nemen in hun consultvoering

- WAT/HOE

Zelfmanagement bevorderend werken vraagt de nodige vorming langs de kant van hulpverleners. **Doel van deze actie is het voorzien van een bestendig vormingsaanbod om motiverende consultvoering en gezamenlijke besluitvorming aan te brengen.** Volgende aspecten kunnen aan bod komen:

- Het belang van zelfmanagement bevordering
- Inschatten van het niveau van activatie van de patiënt
- Verhogen van activatie bij de patiënt tijdens consultvoering (aantal gesprekstechnieken, houding hulpverlener, ...)
- Gezamenlijke doelen opstellen en bespreken: hoe doe ik dat?
- Opvolgen van activatie bij de patiënt en herkennen van moeilijkheden

- VOOR WIE

De vorming is bedoeld voor elke individuele hulpverlener die zich richt op zorg en begeleiding voor iedere patiënt met een of meerdere chronische aandoeningen.

- DOOR WIE

Coaching wordt ontwikkeld en gefaciliteerd door het projectteam, in nauw overleg met stakeholders in de regio.

- IMPACT

De actie kan op de korte termijn zichtbaar zijn in een betere beoordeling van de zorg zoals gepercipieerd door patiënten en hulpverleners. Op lange termijn kan de actie mee bijdragen aan een meer optimaal fysiek en mentaal functioneren bij de patiënt, verminderde complicaties, en lagere zorgkosten.

- ZELF-EVALUATIE

De innovatieve actie richt zich op het ter beschikking stellen van de vorming. Evaluatie richt zich op inschrijvingen in de vorming. De actie is deel van een empowerment plan in de regio, welke zal onderzocht worden op effectiviteit.

- WANNEER

Ontwikkeling en bestendiging gedurende eerste jaar van het project, met aanbieden aan een frequentie van 4 vormingen per jaar doorheen de regio.

## **OD 2.5: empowerment van de persoon met chronische aandoening (en): verhogen van patiëntgerichtheid in praktijken en zorginstellingen**

### *Actie 1: Screenen van laagdrempeligheid in informatievoorziening door praktijken en zorginstellingen*

- WAT/HOE

**Een instrument of beoordelingswijze met inclusie van feedback rond verbeteracties wordt opgemaakt en ter beschikking gesteld aan zorgorganisaties.** Dit instrument of deze aanpak houdt volgende aspecten in:

- Screenen van mondelinge communicatie: barrières in een gesprek, in gesprekken aan de telefoon of het secretariaat, in het creëren van gespreks sfeer, vraagstelling, gebruik van beelden, taalgebruik
- Screenen van schriftelijke communicatie: taal, opmaak in brochures, folders, website, ...
- Screenen rond gebruik van alternatieve communicatie: infografieken, filmpjes, beeldmateriaal, foto's, ...

- VOOR WIE

Afname van het instrument is informatief bij iedere patiënt met een of meerdere chronische aandoeningen.

- DOOR WIE

Beoordelingsinstrument af te nemen door iedere zorgverlener en/of zorgpraktijk.

- IMPACT

De actie kan op de korte termijn zichtbaar zijn in meer gebruik/grotere aanvraag van screeningstools om laagdrempeligheid van de organisatie na te gaan. Ook een betere beoordeling van de zorg zoals gepercipieerd door patiënten en hulpverleners kan zichtbaar zijn kort na invoering van de actie. Op lange termijn kan de actie mee bijdragen aan een meer optimaal fysiek en mentaal functioneren bij de patiënt, verminderde complicaties en lagere zorgkosten.

- ZELF-EVALUATIE

De innovatieve actie richt zich op het ter beschikking stellen van het instrument en het gebruik ervan in de praktijk. Evaluatie van de actie richt zich dus op het nakijken van gebruik van de beoordeling door de zorgverlener/praktijk. De actie is deel van een empowerment plan in de regio, welke zal onderzocht worden op effectiviteit.

- WANNEER

Start vanaf het begin van het project met aanbieden overheen de regio

### Actie 2: coaching aanbod om laagdrempelige zorg in praktijken en zorginstellingen te optimaliseren

- WAT/HOE

**Coaching op aanvraag door gezondheidsorganisaties bekwaam in het verhogen van gezondheidsvaardigheden dient te worden gepromoot op bestendige basis. Deze coaching gebeurt op het niveau van de organisatie en richt zich op het screenen van obstakels in laagdrempelige zorgcommunicatie** (bv. wachtzaal, afspraak maken en herinneren, mailverkeer, telefonische afspraken en communicatie,...). Tips en aanbevelingen om de zorgcommunicatie in de organisatie laagdrempeliger te maken worden mondeling en kort schriftelijk weergegeven, waarna opvolging op een termijn van enkele maanden wordt voorzien.

- VOOR WIE

Coaching is bedoeld voor elke organisatie in de eerste en tweede lijn die zich richt op zorg en begeleiding voor iedere patiënt met een of meerdere chronische aandoeningen.

- DOOR WIE

Coaching wordt voorzien door gezondheidsorganisaties bekwaam in het verhogen van gezondheidsvaardigheden in de regio.

- IMPACT

De actie kan op de korte termijn zichtbaar zijn in een aanvraag van coaching rond laagdrempeligheid van de organisatie. Ook een betere beoordeling van de zorg zoals gepercipieerd door patiënten en hulpverleners kan zichtbaar zijn kort na invoering van de actie. Op lange termijn kan de actie mee bijdragen aan een meer optimaal fysiek en mentaal functioneren bij de patiënt, verminderde complicaties, en lagere zorgkosten.

- ZELF-EVALUATIE

De innovatieve actie richt zich op het ter beschikking stellen van de coaching en de opvolging gedurende enkele maanden. Evaluatie richt zich op de aanvraag tot coaching, de opvolging van richtlijnen en een kwaliteitsmeting na enkele maanden op het vlak van laagdrempeligheid van zorgcommunicatie. De actie is deel van een empowerment plan in de regio, welke zal onderzocht worden op effectiviteit.

- WANNEER

Start vanaf het begin van het project met aanbieden in enkele gericht uitgekozen/exemplarische eerste en tweedelijnspraktijken. Na twee jaar wordt coaching en opvolging geëvalueerd en uitgebreid overheen eerste en tweedelijnspraktijken in de regio.

**SD 3: personen met risico op chronisch aandoening (en) en de gezonde populatie, doelgroep III : de ultieme preventie van chronisch ziek worden**

**OD.3.1: mantelzorgers ondersteunen : het onmisbare thuisfront**

In de zorg binnen de bevolking zijn de mantelzorgers cruciale spelers. Vermaatschappelijking van de zorg is sterk afhankelijk van draagkracht van de mantelzorgers. Hun bijdrage wordt dikwijls niet opgemerkt en zeker onvoldoende gewaardeerd. Als we willen dat mantelzorgers meer betrokken worden in het zorgtraject, moeten de zorgprofessionals ook overtuigd zijn van hun meerwaarde als ervaringsdeskundige. **De zorgsector moet meer gesensibiliseerd worden om mantelzorgers als volwaardige zorgpartner te zien.** Mantelzorgers hebben vaak het gevoel dat de verschillende zorgdisciplines (artsen, apothekers, ziekenhuizen, verpleegkundigen, zorgkundigen,...) ook onderling niet gecoördineerd genoeg werken.

In het voorjaar van 2015 werden door Stad Leuven een aantal dialoogtafels voor Leuvense plussers georganiseerd waaruit 4 thema's naar voren kwamen

1. (H)erkenning en steun voor mantelzorgers
2. Waardering en financiële zekerheid voor mantelzorgers
3. Bekender maken van het ondersteunend aanbod en het zorgconcept mantelzorg
4. Investeren in thuiszorg met een overzichtelijk aanbod en zo simpel mogelijke procedures

• WAT/HOE

Een aantal acties die binnen de ZZL projecten worden ondersteund zullen veel efficiënter zijn als ze expliciet in hun focus op de patient ook de mantelzorgers betrekken. Als het project zijn focus op "integratie van meer nabije zorg" kan waarmaken en hierdoor het zorgaanbod eenvoudiger kan maken, dichterbij de patient en dus ook diens mantelzorg, dan is dit een meerwaarde ook voor de mantelzorg. In de mate dat **nabije zorgteams ontstaan, een geïntegreerd aanbod via zorgloketten, zorgtelefoon, geïntegreerd breed onthaal**, zal meer rust, vertrouwen en duidelijkheid ontstaan. Deze voorzieningen dienen **geholpen te worden om de mantelzorgers als primaire zorgpartners mee te betrekken**. Nog een stap verder is de **actieve zorg voor de mantelzorgers**. Vooral bij de begeleiding van zware chronisch zieken worden ook hun mantelzorgers best proactief opgevolgd tijdens regelmatige gesprekken om hun draaglast en draagkracht in evenwicht te helpen houden. Ze moeten hierbij ondersteund worden in het tijdig inzetten van extra ondersteuning.

De Stad Leuven zal in haar bevolkingsacties naar buurten en aandachtswijken steeds de focus leggen op mantelzorgers betrekken, via gerichte acties zoals klankbordsessies, focusgesprekken en incidentele tevredenheidsbevraging.

Patientenverenigingen, mantelzorgvereniging, vrijwilligersorganisaties zullen via sensibiliserende initiatieven (dag van de mantelzorger, de mantelzorger een gezicht geven) en concrete acties (bv. actie mantelzorcaf ) hiertoe substantieel bijdragen.

De woonzorgsector heeft een belangrijke rol te spelen: vakantie- en respijtopvang ook voor mantelzorgers, systeem van kortverblijf en tijdelijke opvang uitwerken. Investeren in een uitgebreid aanbod aan dagopvang, kortverblijf, gezelschapsdienst en dit aanbod voldoende bekend maken zal niet onbelangrijk zijn.

Tenslotte zal aandacht blijven gaan naar **innovatie** in de zorgsector om de mantelzorger te ontlasten. InnovAGE maakt de link tussen noden van kwetsbare groepen en de zorgsector/bedrijfs wereld en doet een oproep voor projectideeën. Bijvoorbeeld: technische aanpassingen aan een telefoon. Mensen die dement worden weten vaak niet of ze de telefoon hebben ingelegd. Kan er geen tijd ingesteld worden waarop de telefoon automatisch terug vrijgegeven wordt? Als de lijn bezet blijft, kunnen mantelzorgers de cliënt niet bereiken en worden ze ongerust. Verder zijn andere goede voorbeelden: de slimme medicatiedispenser en het reeds langer lopend OOTT-project (OD 1.6). Binnen ons eigen actieplan zijn er ook een aantal operationele doelstellingen gericht op het ondersteunen van de mantelzorger bv. thuislevering van medicatie (OD 4.4), 24/7 thuiszorg (OD 1.4)

- WIE

De stadsdiensten Leuven, de mantelzorgorganisaties, de welzijnsvoorzieningen en de ziekenfondsen die zich steeds meer als ondersteunende gezondheidsfondsen aanbieden zullen de motor zijn om de mantelzorgers in alle aspecten, reorganisaties en acties ondersteund door ZZL betrokken te houden.

- WANNEER

Gedurende de ganse looptijd van het project

## **OD 3.2: gezondheidsbevorderend werken**

### **OD 3.2.1: aandacht voor meer gezonde levensstijl: uitgaande van Leuven gezonde stad**

Aan de buurtacties wordt ook de mogelijkheid geboden zich in te schakelen in de brede werking “Leuven Gezonde Stad”, bijvoorbeeld door te stimuleren tenminste 1 “preventiethema” zoals stimulatie van bewegen/ BOV of rookstop op te nemen.

- acties rond voldoende bewegen voor specifieke groepen zoals vrouwen, senioren en kansengroep, en “bewegen op verwijzing” wordt intens vanuit de stad gepromoot. De buurt zou dit tot zijn speciaal actiepunt kunnen nemen.
- Leuven Gezonde Stad zoekt uitdrukkelijk pioniers om op wijkniveau te werken aan gezonde voeding en beweging. Huisartsen, apothekers, thuisverplegers en verzorgers kunnen hier, samen met lokale dietisten gesteund door ziekenfondsacties een buurtactie opzetten en op die manier een nieuwe impuls verzekeren.

### **OD 3.2.2: globaal psychisch welzijn verhogen**

- WAT/HOE

*Interactie met het artikel 107 GGZ-project arrondissement Leuven/zorgregio Tervuren ‘Naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken (www.psy107.be)’*

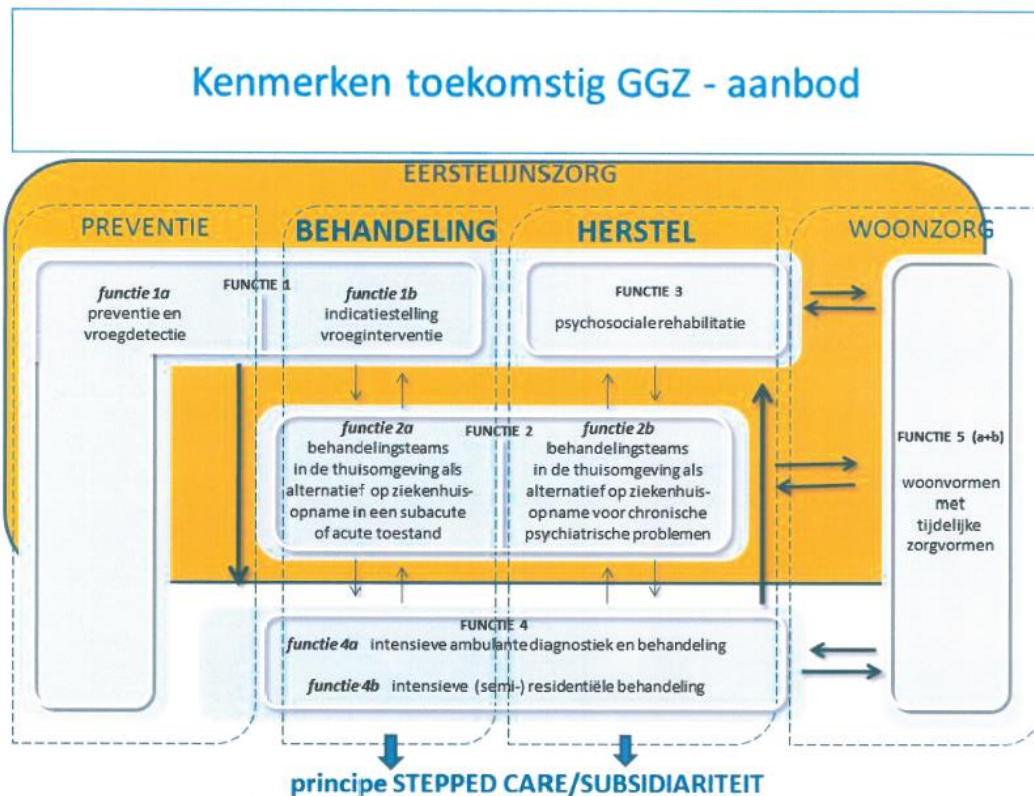
Het Art 107 project ‘Naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken’ startte in het arrondissement Leuven/zorgregio Tervuren reeds in 2010. In zekere zin is dit GGZ project dus een voorloper van de reorganisatieprojecten Chronische zorg. Alle GGZ-actoren van het arrondissement Leuven, eerstelijns- en welzijnsdiensten, patiënten- en familievertegenwoordiging en partner werk (GTB) participeren aan het project transmurale GGZ-zorg 107. **Het project wil de lopende en geplande acties 107 voor de deelregio Leuven en voor de doelgroep van personen met chronische psychiatrische problematiek optimaal integreren in het Chronic Care-project Zorgzaam Leuven.** Het project trad toe tot het consortium en is vertegenwoordigd in de stuurgroep en het centrale projectteam.

In de toekomst zal de complementariteit en de integratie van de realisaties van beide veranderprojecten gegarandeerd worden.

Initiatieven inzake geestelijke gezondheidszorg zullen niet enkel in bovenstaande strategische doelstelling 3, operationele doelstelling 3.2.2. aanbod komen maar eveneens verweven zitten in andere doelstellingen van Zorgzaam Leuven zoals bv. het aanklampend en outreachend werken om kwetsbare doelgroepen te bereiken (OD1.2), het casemanagement (OD 1.3), empowerment van de persoon met chronische aandoening(en) (OD2.3, 2.4 en 2.5).

Artikel 107 streeft naar het ontwikkelen van zorgcircuits en netwerken die goede GGZ-zorg moeten waarborgen voor minstens vijf functies:

- Functie 1: preventie en vroegdetectie, indicatiestelling en vroeginterventie
- Functie 2: behandelingsteams in de thuisomgeving als alternatief op ziekenhuisopname in een subacute of acute toestand (mobiel crisisteam GGZ)/ behandelingsteams in de thuisomgeving als alternatief op ziekenhuisopname voor chronische psychiatrische problemen (mobiele 2B-teams)
- Functie 3: psychosociale rehabilitatie
- Functie 4: intensieve (semi-)residentiële behandeling
- Functie 5: tijdelijke woonvormen met zorg



In eerste instantie werd sterk ingezet op de totstandkoming van de mobiele teams (mobiel crisisteam GGZ en de mobiele 2b-teams). Momenteel ligt de nadruk meer op het verder evenwichtig uitwerken van de andere functies.

Functie 1 van artikel 107 kan een belangrijke rol spelen in de doelstelling OD 3.2.2. van Zorgzaam Leuven 'Verhogen van het globaal psychisch welzijn'.

Concrete acties 107 die momenteel in dit kader gestalte krijgen:

- Het realiseren van een snelle eenmalige psychiatrische consultatie op vraag van de huisarts. Een eenmalige consultatie binnen de 2 à 4 weken op basis van een concrete vraag van de huisarts. Het betreft geen doorverwijzing of crisis en de huisarts blijft de behandelaar.
- Signaalkaart, in samenwerking met SEL GOAL
- Ondersteuning door GGZ van thuiszorgdiensten actief bij een persoon met GGZ-problematiek/GGZ-expertise (sneller) ter beschikking krijgen van patiënten en hun professioneel en informeel netwerk
- Ondersteuning vanuit GGZ aan reguliere diensten voor dagbesteding (CAW, stad Leuven)
- Zoeken naar mogelijkheden om doorstroming van cliënten tussen mobiele teams, eerstelijns- en welzijnsdiensten te bevorderen zodat mobiele 2b-teams sneller kunnen opstarten wanneer nodig (vermijden wachtlijsten)

- Verwijshulp via website 'psychewijzer' ([www.psychewijzer.be](http://www.psychewijzer.be)): transparantie verhogen rond initiatieven inzake preventie, vroegdetectie en deskundigheidsbevordering. Verder verbeteren van deze website in functie van de noden
- Verder uitbouwen consultdesk ([www.consultdeskkgz.be](http://www.consultdeskkgz.be)): de consultdesk biedt telefonisch advies aan artsen en hulpverleners uit de 1<sup>e</sup> lijn met vragen over psychische of psychiatrische problemen bij hun cliënten of patiënten

Naast deze 107-acties zijn er ook heel wat andere bestaande initiatieven inzake geestelijke gezondheid die zich richten op het verhogen van het globale psychische welzijn. Volgende acties/initiatieven passen in dit kader:

- Projecten vroegdetectie en interventie bij psychiatrische problemen (CGG)
- Projecten vanuit het Studentengezondheidscentrum
- Acties vanuit LOGO zoals 'Fit in je hoofd' e.a.
- Te gek!?, initiatief rond beeldvorming en stigma (vzw Te gek!?)
- Project collaborative care (CGG)
- Preventie rond tabak, alcohol en drugs (werking via intermediairs) (CGG)
- Epilepsie: signaalherkenning, voorlichting, leren omgaan met,...) (CGG)

- VOOR WIE

Voor de brede populatie in de projectregio. Doel is GGZ-problematiek of kans tot ontwikkelen GGZ-problemen sneller ontdekken en gericht opvangen zowel door informele als professionele omgeving

- DOOR WIE

Door de ruime groep van partners in het GGZ-project arr. Leuven/zorgregio Tervuren die actief zijn in deelregio Leuven, door diensten die preventieacties organiseren zoals LOGO, Te gek!?, studentengezondheidscentrum.

- IMPACT

Doelstelling van het 107-project is te komen tot een betere geestelijke gezondheidszorg door het ontwikkelen van zorgcircuits en netwerken. Het project richt zich daarvoor op 4 strategische peilers:

1. Visie: gemeenschapsgericht zorg vanuit een globale herstelgerichte visie
2. Organisatie: via zorgcircuits en –netwerken met minstens goede werking van de 5 functies 107
3. Populatiegericht: goede GGZ-zorg en preventie voor populatie van arrondissement Leuven/Zorgregio Tervuren
4. Kwaliteit: beter evenwicht (balanced care) in het GGZ-aanbod van de projectregio

Om deze doelstellingen te realiseren tracht men de zorg, in samenwerking met andere diensten en lijnen, anders te organiseren. Nieuwe zorgvormen zoals de mobiele teams of geïntensifieerde zorg in ziekenhuizen dienen tot stand te komen via hergebruik van middelen die vrijkomen uit het buiten gebruik stellen van bestaande ziekenhuisbedden. In het arrondissement Leuven/Tervuren werden zo in de 1<sup>e</sup> fase reeds 120 psychiatrische ziekenhuisbedden buiten gebruik gesteld, waarvan een groot deel in deelregio Leuven. Er wordt momenteel nagedacht over een volgende buitengebruikstelling van bedden.

- ZELF-EVALUATIE

De vorderingen m.b.t. doelstellingen en jaarplannen van het 107-project worden zowel geëvalueerd en opgevolgd door de eigen beleids- en projectgroep 107 als door de FOD Volksgezondheid die de projecten ondersteunt en opvolgt.

- WANNEER

De acties zijn nu reeds lopende en worden verder ingepast in de planning van Zorgzaam Leuven zodra Zorgzaam Leuven kan opstarten.

### **OD 3.3: (vroegtijdige) zorgplanning: ontwikkeling en brede implementatie**

#### Actie: vroegtijdige zorgplanning voor iedereen

“Mijn wensen” is een document ontwikkeld, vanuit de palliatieve eenheid van het ziekenhuis. Dit document heeft tot doel om de **vroegtijdige zorgplanning los te maken van enkel palliatieve zorg en juridische documenten rond de negatieve en positieve wilsverklaring, maar daarnaast een bruikbare tool aan te leveren aan de zorgverleners en patiënten om het soms moeilijk grijpbare proces van vroegtijdige zorgplanning toch te durven aangaan. De tool ‘mijn wensen’ werd reeds gevalideerd op de dienst geriatrie van het UZ Leuven.**

- WAT/HOE

- Stap 1: **ontwikkelen van een gemeenschappelijk gedragen visie en basistool rond VZP in de regio.** Dit impliceert een overleg rond gemeenschappelijke visie met zowel eerstelijns- als tweedelijnspartners. Dit moeten leiden tot het herschrijven van de bestaande tool, die reeds gevalideerd is in de 2<sup>de</sup> lijn, zodat deze aangepast is aan de specifieke wensen van de 1<sup>ste</sup> lijn. En vervolgens het ondertekenen door de betrokken partners.
- Stap 2: acties opdat **ook individuele begeleiders, zoals huisartsen en specialisten, zoveel mogelijk toetreden tot de gemeenschappelijke visie** en voorgedragen tool gaan gebruiken. Dit moet leiden tot een (liefst elektronisch) ondertekenen.
- Stap 3: **communicatiestrategie naar de bevolking**, enerzijds via een app, anderzijds via een grote communicatiecampagne (budgettaire haalbaarheid via afzonderlijke subsidie en maximale inzet van partnerorganisaties).
- Stap 4: **doelstelling realiseren dat elke inwoner van de regio het proces aangaat en continueert met zijn zorgteam/mantelzorger.** Processen hoe diverse zorgverleners dit aangepast binnen de eigen praktijksetting best aanbrengen en opvolgen zal worden uitgeschreven. Uiteindelijk is het doel dat de geïnformatiseerde basistool deel gaat uitmaken van het elektronisch patiëntendossier.

Er is geen nood aan regelluwte voor de opzet. Bij implementatie in stap 4 zal een nomenclatuurnummer voor informatietijd en administratieve regeling bedwongen worden.

- VOOR WIE

Alle eerstelijns/tweedelijns partners en patiëntenverenigingen

- DOOR WIE

De co-creatiegroep VZP Zorgzaam Leuven + opvolging via de lokale begeleidingscommissies BC en het netwerk GGZ. Voor de communicatiecampagne is een actie samenwerking tussen de co-creatiegroep VZP, stad Leuven, mutualiteiten, patiëntenverenigingen, pers en reeds bestaande buurtwerkingen belangrijk.

- IMPACT

Empowerment patiënt, ondersteuning mantelzorgers, doelgericht werken

- ZELF-EVALUATIE

- Stap 1 en 2: via opvolgen van aantal diensten en individuele zorgverleners die tekenen
- Stap 3: via steekproeven bij de bevolking: evaluatie van kennis omtrent VZP

- Stap 4: vroegtijdige zorgplanning is een proces dat zeer moeilijk te menten valt. Wel kan men zoeken naar een correlatie tussen de daling van ziekenhuisopnames en de aanwezigheid van een vroegtijdige zorgplanning in het elektronisch patiëntendossier.
- WANNEER
  - Stap 1: voorjaar 2017 ontwikkelen visietekst en tool, najaar 2017 finaliseren en ondertekenen visietekst
  - Stap 2: begin 2018
  - Stap 3: eind 2018
  - Stap 4: afgewerkt tegen 2019

#### SD 4: aandacht voor kostenefficiëntie: gericht op het voordeel van de patiënt

##### OD 4.1: aandacht voor kostenefficiënt werken: doelgericht werken

###### Actie: prijsbewust omgaan met medicatie

- WAT/HOE

Om het prijsbewustzijn te stimuleren wordt gemikt op diverse benaderingen tegelijk:

- Het **betalingsbewijs aanpassen naar een duidelijk en transparant ticket** met als doel de patiënt prijsbewust te maken en medicatie te valoriseren.
- Eerste uitgifte geneesmiddel: de apotheker **legt de prijsstructuur van het geneesmiddel uit** aan de patiënt, valoriseert (goedkope) geneesmiddelen, duidt erop dat de maatschappij hierin bijdraagt, ter bevordering van de gezondheid van de patiënt.
- **Gerichte acties naar risico-groepen voor verspilling.** Huisapotheker en huisarts werken samen om misbruik te voorkomen. Zowel arts als apotheker brengen eenzelfde boodschap naar de patiënt.
- **Proactief: sensibilisatiecampagne** (bv. affiches en/of folders, stickers op de verpakkingen). Patiënten worden gesensibiliseerd om slechts één doos per keer aan te kopen nog voor een aankoop wordt gemaakt. Bewustmaking dat er ook uitgestelde afleveringen mogelijk zijn.

Op niveau van de zorgverleners:

- **Proactief overleg via Medisch Farmaceutisch Overleg (MFO):** bewustmaking van het probleem bij zorgverleners. Afspraken rond aflevering, aantal voorschriften,...
- Implementatie van het voorschrift op stofnaam (VOS): hierbij is de afleverende apotheker sinds 2012 verplicht één van de goedkoopste referenties af te leveren. Bovendien kan de arts in dat geval voorschrijven in posologie en behandelingsduur in plaats van per verpakking, waardoor de afleverende apotheker de meest geschikte verpakking kan afleveren.
- Voor specifieke patiënten kan er overleg gepleegd worden tussen arts en apotheker

Er is geen regelluwe nodig.

- VOOR WIE

Voor de hele populatie en voor risico-groepen:

- **Patiënten waarbij de medicatie kosteloos is of aan gereduceerd tarief** (bv. patiënten in ZTD, MAF patiënten, patiënten met verhoogde tegemoetkoming). Voldoende medicatie moet voor deze patiënten gegarandeerd worden, al zal daarnaast ook verspilling vermeden worden.
- **Zeer dure medicatie:** met name medicatie uit hoofdstuk IV (a priori controle)

- DOOR WIE

Uitvoering: de huisapotheker i.s.m. de huisarts. Begeleiding door KULeuven (masterproefstudenten).

- IMPACT

De verwachte impact op vlak van de zorgervaring van de patiënten en de mantelzorgers:

bewustmaking van de waarde van het geneesmiddel en op deze manier patiënten responsabiliseren en aanzetten tot rationeel geneesmiddelgebruik.

De verwachte financiële impact (kosten en efficiëntiewinsten): reductie in geneesmiddelenkost, zowel voor de patiënt (remgeld) als de overheid (RIZIV).

Toepassing van VOS, eventueel aangevuld met systematische aflevering van een kleine verpakking bij de opstart van nieuwe medicatie en aanpassing van de verpakkingsgrootte aan de posologie en de behandelingsduur kan een besparing opleveren. *Volgens een recente studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen zou algemeen gebruik van goedkopere generische geneesmiddelen of kopieën in België een jaarlijkse besparing van 150 miljoen € kunnen opleveren.*

- ZELF-EVALUATIE

Kwaliteitsindicatoren:

- Bevestigingen apothekers, patiënten
- Eventueel voor risicogroepen: jaarlijkse geneesmiddelenuitgaven vergelijken t.o.v. een controlegroep. De tarifieringsdienst kan data aanleveren en analyseren. Bv. jaarlijkse uitgaven van patiënten met MAF statuut: interventiegroep vergelijken met controlegroep.
- Evolutie van het aantal VOS voorschriften

- WANNEER

Najaar 2017 – voorjaar 2018. Starten met een kleinschalige pre-pilootfase.

## **OD 4.2: rationeel geneesmiddelengebruik in WZC**

### **Actie: rationeel geneesmiddelengebruik in WZC**

De PHEBE studie in 2006 in Belgische WZC toonde een mediaan van 8 chronische geneesmiddelen per dag per patiënt aan. De hoogste consumptie werd gezien voor de benzodiazepines of antipsychotica (68%), laxativa (50%) en antidepressiva (46%).

- WAT/HOE

Het doel is een optimalisatie van het geneesmiddelengebruik in woonzorgcentra door het **opstellen van formularia, afspraken rond goedkoop en rationeel voorschrijven, multidisciplinaire samenwerking.**

- **Vorming: e-learning en 'on site' training in WZC**
  - e-learning en 'on site' training (in het WZC) worden voorzien voor betrokken zorgverleners (artsen, apothekers, verpleegkundigen). Er zijn 4 modules beschikbaar, waaronder het voorschrijven van medicatie bij oudere personen, medicatiereview en multidisciplinaire samenwerking binnen het team. De training is volledig uitgewerkt en beschikbaar op een platform. Gebruiksvriendelijke tools voor een vlotte vertaalslag naar de praktijk: fiches, shortlist 'stopp start criteria', flowcharts voor medicatiereview, specifieke vorming per beroepsgroep voor apothekers, artsen en verpleegkundigen

- **Medicatiebeleid: overleg op niveau WZC**
  - Een lokaal overleg over antidepressiva en hypolipemiërende middelen: op niveau van het medicatiebeleid in een WZC. Voor de 'Coördinerend Raadgevend Arts' (CRA), de apotheker en de hoofdverpleegkundige met als doel interne aanbevelingen voor het woonzorgcentrum over het gebruik van deze medicatieklassen te formuleren.
- **Patiëntenoverleg: medicatiereview**
  - Patiëntenoverleg tussen huisarts, huisapotheker en verpleegkundige om op een gestructureerde manier het medicatieprofiel van de bewoner te herzien ('medicatiereview').

Er is geen regelluwe nodig voor deze interventie.

- VOOR WIE

Inclusiecriteria: bewoners ouder dan 65 jaar

Exclusiecriteria: bewoners die onder het palliatief statuut vallen en bewoners in kortverblijf/ revalidatie

- DOOR WIE

Apothekers, CRA, huisartsen, verpleegkundigen en directie WZC

- IMPACT

Door medicatiegebruik van WZC-bewoners te optimaliseren, verwachten we een positieve impact op de gezondheid en het comfort van deze populatie. Door optimalisatie van het medicatiebeleid willen we de zorgkwaliteit verbeteren. Door multidisciplinaire samenwerking binnen het team te bevorderen, verwachten we tevens meer jobtevredenheid. Optimalisatie van medicatie kan leiden tot een lager geneesmiddelenverbruik, minder medicatie gerelateerde problemen (bv. valincidenten).

- INZET MIDDELEN EN MENSEN

Ontwikkeling: geen middelen nodig. Het ondersteunend materiaal is ontwikkeld en beschikbaar via een online platform. Er dient geen extra materiaal te worden ontwikkeld.

Financieel: een vergoeding is nodig voor het patiëntenoverleg en het formularium-overleg.

- ZELFEVALUATIE

**Klinische eindpunten**

- Aantal geneesmiddelgebonden problemen (GGP's) gedetecteerd en opgelost (ook onoordeelkundig gebruik medicatie)
- Formularium: aantal aanpassingen
- Kwaliteit van voorschrijven (bv. START/STOPP, GheOp3s)
- Medicatieveiligheid (bepaald via Drug Burden Index)
- Verminderen van polyfarmacie en ongepaste medicatie
- Harde eindpunten:
  - Aantal ziekenhuis heropnames
  - Gebruik van gezondheidsvoorzieningen: aantal bezoeken spoed, ZH opnames

**Economische eindpunten**

- Geneesmiddelenverbruik

**Proces evaluatie**

- Patiëntenoverleg zorgverleners: aantal en tijd hieraan besteed

### **Humanistische eindpunten**

- WANNEER

De interventie kan geïmplementeerd worden in een latere fase van het project (2019 of 2020), of eerder indien middelen beschikbaar zijn.

### **OD 4.3: groepssessies kinesithérapie in de eerste lijn**

#### Actie: groepssessie kinesithérapie in de eerste lijn

- WAT/HOE

**In de eerste lijn kinesithérapiebehandelingen in groep mogelijk maken, zodat er een betere verbinding en samenwerking tussen de “ziekenhuiskinesithérapie” en de “eerstelijnskinesithérapie” mogelijk wordt voor een aantal specifieke patiëntengroepen en hun behandeldoelen.**

In de eerste lijn kinesithérapiebehandelingen in groep mogelijk maken om **in (toekomstige) multidisciplinaire eerstelijnszorgteams** (preventieve) zorgprogramma's voor specifieke patiëntengroepen en hun behandeldoelen te helpen realiseren.

**Organiseren van bijkomende opleiding/begeleiding** om zowel inhoudelijk als structureel bovenstaande doelstellingen te implementeren en ondersteunen.

In ziekenhuizen worden momenteel revalidatiesessies in groep georganiseerd voor o.a.:

- Parkinson
- Cardiale revalidatie
- Respiratoire revalidatie
- Obesitas/Diabetes
- Reuma
- Kanker
- Rugschool
- Geriatrie – Valkliniek
- ....

De transmurale samenwerking/doorstroming tussen het ziekenhuis en de eerste lijn verloopt in deze domeinen moeizaam daar de eerste lijn geen “kinesithérapie programma's” in groep kan aanbieden, ook al is de vraag tot samenwerking bij beiden zeker aanwezig.

### **Therapeutische indicaties:**

- Verbeteren van de inspanningscapaciteit bij ernstige deconditionering d.m.v. aangepaste uithoudingstraining en/of krachttraining
- Valpreventie d.m.v. o.a. gangrevalidatie en evenwichtstraining
- Cardiale revalidatie
- (Chronisch) ruglijden
- Training/coaching aangepast aan de doelgroep (parkinson, reuma, obesitas, diabetes,...)

### **Praktische uitwerking :**

Optie1: Creëren van een “G-nomenclatuurnummer”\* zowel bij de courante pathologie als de Fa, Fb en E-pathologie. De G staat voor “groep”.

Dit “G-nomenclatuurnummer” behelst :

- a) Diagnose: cfr. supra
- b) Behandelduur: 1 uur
- c) Aantal patiënten: minstens 3 en max. 4 patiënten per kinesitherapeut.
- d) Tarief: 17 €/patiënt/uur

De “G-nomenclatuur” telt mee in het toegestaan aantal behandelingen per jaar. (Bv. 18 bij courante of 60 bij Fa of 60/80 bij Fb...)

Op een kine-voorschrift kan de huidige nomenclatuur en de “G-nomenclatuur” gecombineerd worden.

Bijvoorbeeld:

- Diagnose : verhoogd valrisico
- Behandeling : gangrevalidatie
- Eerste behandeling: individueel; beginevaluatie en testing
- Volgende behandelingen: in groep op voorwaarde dat de specifieke patiëntsituatie dit toelaat
- Evaluatie en beoordeling gebeurt door een kinesitherapeut.

Optie 2 is gedurende het project deze acties vanuit shared saving te betalen waarbij de kinesitherapeut een uurvergoeding krijgt.

### **Randvoorwaarden:**

- Praktijkruimte en- uitrusting moeten geschikt (grootte/verluchting) zijn om op een veilige manier in kleine groepen te werken
- Bijkomende opleidingen om samenwerking zowel structureel als inhoudelijk tussen de eerste lijn en het ziekenhuis te verbeteren zijn noodzakelijk (taak van de lokale kinekring); Ook rond het werken in groep kan het zinvol zijn om aan de kinesitherapeuten bij het ingaan van deze nomenclatuur een opleiding te geven.

### **• VOOR WIE**

Personen met één of meerdere chronische aandoeningen, die omwille van de complexiteit van hun ziektebeeld bij het revalideren van dichtbij moeten worden opgevolgd.

### **• DOOR WIE**

- Erkende kinesitherapeuten uit de 1ste lijn
- Kinesitherapeuten uit het ziekenhuis in functie van het opbouwen van een structurele samenwerking

### **• IMPACT**

**Voor de patiënt:** verdubbeling van de behandelduur (één uur i.p.v. een half uur) creëert betere en intensievere behandel mogelijkheden. Er is een betere wisselwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn mogelijk in beide richtingen o.w.v de complementariteit in aanpak. Bovendien kan een groep ondersteunend en motiverend werken (groepsdynamiek).

**Voor de kinesitherapeut:** het fincieel voordeel hangt af van welke optie er gekozen wordt in overleg met de overheden.

**RIZIV - Budgettair voordeel:** lagere kostprijs om 4 patiënten samen gedurende één uur te behandelen, dan 4 patiënten individueel gedurende een half uur (89,04€).

**Besluit:** dit voorstel creëert betere (transmurale/multidisciplinaire) behandel mogelijkheden voor de patiënt aan een lagere kostprijs voor patiënt én gemeenschap en dit aan een betere verloning voor de kinesitherapeut.

- ZELF-EVALUATIE

- Aantal groepssessies gegeven gedurende de loop van deze actie per diagnosecategorie (bvb. COPD, Valpreventie/gangrevalidatie, cardiale rev.....)
- Totaal aantal deelnemers aan de groepssessies per diagnosecategorie.
- Registratie van therapietrouw en –tevredenheid
- Ervaring van patiënten bij het werken in groep

- WANNEER

Start in 2018 met een kleinschalig pilootproject. Na positieve evaluatie is snelle opschaling mogelijk.

#### **OD 4.4: georganiseerde thuislevering van medicatie en farmaceutische zorg op afstand**

*Actie: thuislevering medicatie en farmaceutische zorg op afstand*

Voor bepaalde patiëntengroepen is er een behoefte aan thuislevering van geneesmiddelen. Het elektronisch voorschrift (Recip-e) en digitale authenticatie door lezing van de elektronische identiteitskaart maken thuislevering van geneesmiddelen mogelijk. Het aanbieden van deze dienst moet omkaderd worden door een performante farmaceutische zorgverlening, met dezelfde garanties op het gebied van authenticatie, veiligheid, proactieve opvolging en farmaceutische zorgverlening, zoals van toepassing in de fysieke officina-apotheek.

- WAT/HOE

Voor een beperkte groep, **veeleer huisgebonden personen zonder voldoende omkadering van mantelzorg en/of buurtondersteuning** zet ZZL in op online dienstverlening en thuislevering van geneesmiddelen via innovatieve mHealth technologieën (bv. app, beeldbellen). De opstart van deze actie is afhankelijk van regelluwte federaal en binnen deelstaten:

- Aanpassing voorwaarden voor het vaststellen van de therapeutische relatie
- Aanpassing KB 2009 waarin thuislevering vermeld staat als een dienst die slechts ‘sporadisch’ mag plaatsvinden

- VOOR WIE

In het bijzonder voor minder mobiele patiënten, chronische patiënten met een vast medicatieschema, oudere thuiswonende patiënten met zorg aan huis, patiënten na hospitalisatie. Patiënten met een beperkt netwerk.

- DOOR WIE

Huisapotheker in samenwerking met het zorgteam.

- IMPACT

Ondersteuning mantelzorger, zorgcontinuïteit, valorisatie ervaringen van patiënten en mantelzorgers, geïntegreerd patiëntendossier, aanpassing financieringssystemen, change management

- De verwachte financiële impact (kosten en efficiëntiewinsten)
- De verwachte impact op vlak van de algemene gezondheid voor de bevolking: comfort, zorg wordt zo dicht mogelijk bij de patiënt thuis gebracht, ondersteuning van oudere personen om langer zelfstandig thuis te blijven wonen, sterke ontlasting van de mantelzorger/buren/verzorgende
- De verwachte impact op vlak van equity: positieve impact in het bijzonder voor bepaalde doelgroepen zoals hulpbehoevende alleenstaanden, personen op oudere leeftijd, verminderde mobiliteit, personen afhankelijk van derden voor vervoer.
- De verwachte impact op vlak van de levenskwaliteit van de gezondheidsprofessionals: thuislevering vormt een extra belasting voor de huisapotheker (proces en taken uit te werken) maar dankzij technologische ontwikkelingen (bv. online dienstverlening, beeldcommunicatie), koerierdiensten en mits een compensatie voor de extra kosten, zijn er mogelijkheden om tegemoet te komen aan de maatschappelijke verwachtingen.

- INZET MIDDELEN EN MENSEN

Investeringskosten: IT ontwikkeling voor farmaceutische zorg op afstand (bv. app, beeldcommunicatie), vergoeding apotheker, vergoeding thuislevering (koerierdienst)

- ZELF-EVALUATIE

Procesindicatoren:

- aantal thuisleveringen en tijd besteed door zorgverleners
- kosten

Tevredenheid patiënt en mantelzorger

- WANNEER

In een latere fase van het project (2020 – 2021) en in functie van de stappen die gezet worden in regelluwt, digitale toepassingen.

## **SD 5: een zorgende maatschappij kader: de bottom up bijdrage vanuit de zorgzame buurten**

Om de zorgverlening nabij de zorgvrager te brengen wordt **het concept “zorgzame buurt” optimaal uitgewerkt**. Zorgzaam Leuven werkt helemaal in lijn met het netwerk “Leuven, gezonde stad” dat actieve deelname aan de samenleving, toegang tot de gezondheidszorg, welbevinden en voldoende draagkracht en een warme buurt ambieert. Het concept leunt aan bij de “vermaatschappelijking” van de zorg zoals Vlaanderen dit vraagt. ZZL wil heel specifiek via vernieuwende bijdragen tot betere afstemming komen tussen lokaal opbouwwerk, geïntegreerd maatschappelijke zorg en gezondheidszorg met een lokale functie. Hier wordt de methodiek uitgeschreven van het actief clusteren in buurtnetwerken van zorgverlening. **Het zoekt via lokale bottom up acties oplossingen voor de belangrijkste uitdagingen in deze drie sectoren: de maatschappelijke aandacht voor kwetsbaren en behoeftigen, de meer intense samenwerking en integratie tussen de welzijnsvoorzieningen en de gezondheidszorgers. En het hoopt een sterke impuls tot samenwerking te creëren** door slimme acties die taakverdeling intensiveren tussen zorgenden die overwegend op eenzelfde wijk of buurt gericht zijn. **Het wil via een innovatieve vrijwilligerswerking** mensen opnieuw stimuleren in de zorg voor elkaar, in elkaars onmiddellijke leefomgeving. ZZL gelooft dat zorgverleners in het veld vooral veranderen door heel concrete acties, vertrekkend van gekende patiënten en hun zorg. Een aantal veranderingslijnen worden dus sterk bottom up vanuit buurtbetrokken zorg geconcipeerd.

De werkgroep zorgzame buurt, die deze strategische doelen uitwerkte wil ook nadien in het project ZZL als motor blijven fungeren.

## **OD 5.1: de geïntegreerde zorgkaart per buurt/wijk**

### **Actie: Buurt/wijkstructuren in kaart flexibel beschikbaar maken**

- WAT/HOE

#### **Stap 1: bestaande buurtstructuren in kaart brengen**

In de voorbije jaren werden binnen de stad en deelgemeenten, de maatschappelijke voorzieningen en diverse buurtwerkingen in het Leuvense steeds meer ondersteuningsnetwerken uitgetekend. Er wordt frekwent gewerkt met diverse fysieke ankerpunten en ontmoetingsplaatsen, en met betrokkenheid van inwoners die via buurtcomité's, projecten zoals "kom op voor je wijk" en andere acties zelf initiatief nemen, ondersteund door de gebiedsgerichte werking van de stad.

Complementair hieraan heeft de welzijnszorg niet alleen een diversiteit van woonzorgfuncties uitgebouwd, inclusief dagopvang en respijtzorg, en ook een netwerk van locale en regionale dienstencentra. Administratief heeft de stad de regio ingedeeld in 24 wijken waarin de NIS statistische sectoren een plaats krijgen. ZZL aggregereert deze wijken tot "8 Zorgzame Buurten" die de volgende 4 jaar als basis dienen voor het actieplan.

Innovatief wordt dit wanneer hieraan op het niveau van de wijk/buurt een online sociale kaart wordt toegevoegd, (zie ook OD 1.4 : 24/7 flexibele thuiszorgaanbod) waarin het ook het aanbod aan gezondheids- en welzijnswerkers geografisch staat weergegeven en contactgegevens beschikbaar zijn (afgeleide van de bestaande Sociale Kaart/ Zorgzoeker).

#### **Stap 2: een flexibele app met de ganse sociale kaart van de zorg op niveau van de buurt**

Een online sociale kaart op het niveau van de regio/buurt waarin het aanbod aan gezondheids- en welzijnswerkers geografisch staat weergegeven en contactgegevens beschikbaar zijn. Deze sociale kaart wordt uitgebreid met allerhande regionale initiatieven (bv. "Uit in Leuven" als kapstok van wat aangeboden wordt) en de geografische locaties waar deze georganiseerd worden. Een link naar websites waar meer informatie kan worden teruggevonden wordt op een overzichtelijke manier aan de kaart gekoppeld.

Alle nodige functionaliteiten die de gebruiksvriendelijkheid verhogen worden mee opgenomen bij de ontwikkeling, bijvoorbeeld: filterfunctie, zoekfunctie, in- en uitzoomen, link met google maps, enz. Er zijn reeds diverse apps al of niet commercieel beschikbaar. Een gemeenschappelijke ontwikkeling met opstartende initiatieven zoals bv Cubiigo hoort tot de pragmatische keuzes die mogelijks gemaakt worden. Bepaalde ziekenfondsen hebben die al in hun aanbod opgenomen. Cruciaal is de constante toelevering van actuele informatie. Via kennisinstellingen (masterproeven) kan op korte termijn en aan lage kost een app ontwikkeld of uitgebouwd worden.

- VOOR WIE

De buurtkaart wordt opengesteld voor iedereen, inclusief de sociale kaart en is alleszins bedoeld voor iedere kwetsbare patiënt met een of meerdere chronische aandoeningen en chronisch zieke persoon met risico op kwetsbaarheid. Ook voor zorgverleners levert het inzicht en stimuleert tegelijk ook de samenwerking met het nabije netwerk van diverse hulpverleners.

- DOOR WIE

De gemeentelijke diensten, met nieuwe opgestarte OCMW-ZORG organisatie, en de buurtvoorzieningen zullen deze inventaris uitwerken, onder impuls van de adviseur gezondheidsbeleid van de stad Leuven. De sociale kaart van zorgverleners wordt opgemaakt door SEL GOAL, het LMN, en de beroepsorganisaties van de regio. De sociale kaart is online beschikbaar via een centrale website in de regio.

De integratiestappen per buurt, en het samenvoegen van bestaande ankerpunten, opgezette acties, en aangeboden mogelijkheden en opportuniteiten is een gerichte taak die aan het projectteam ZZL toekomt. Uiteraard in nauw overleg met de betrokken stakeholders uit de regio om tot een optimale convergentie te komen.

- IMPACT

Door heterschikken van de grote diversiteit van aanbod vanuit de buurtoptiek zal de nabijheid van zorg geaccentueerd worden. Door preferentieel gebruik te maken van zorg dichtbij zullen gemakkelijker geïntegreerde teams van samenwerkende zorgverleners ontstaan die van nature voor de personen in hun nabije buurt al zorgden.

- ZELF-EVALUATIE

De innovatieve actie richt zich op het ter beschikking stellen van de sociale kaart, en het gebruik ervan in de praktijk. Evaluatie van de actie richt zich dus op het nakijken van het gebruik van de sociale kaart (aantal hits/dag gedurende maanden/jaren, analyse van gebruikte zoekstring, waar mogelijk aangevuld met kwalitatieve beoordelingen van de doelgroepen. De actie is deel van een empowerment plan in de regio, welke zal onderzocht worden op effectiviteit.

- WANNEER

De inventaris van de buurtvoorzieningen en de ontwikkeling van de sociale kaart is opgestart en wordt gedurende het eerste jaar van het project voortgezet. Vanaf jaar 2 zal het aangeboden worden in een aantal gerichte buurten/wijken. Vanaf jaar 3 zal het concept uitgebreid worden in buurten overheen de regio.

## **OD 5.2: iedereen lid van de buurt: uitbouw van een lokaal ondersteunend buurtweefsel**

### **Actie 1: lokaal ondersteunend buurtweefsel maximaal uitbouwen**

Opbouw van ondersteunend buurtweefsel is een moeizaam stapsgewijs proces, dat nooit stopt. ZZL wil het 'leren van elkaar' ondersteunen. **In principe wordt jaarlijks één actie per buurt of wijk gedefinieerd, gericht op een omschreven bevolking, en dan geëvalueerd. Het jaar daarna wordt getracht deze actie aangepast te extrapoleren.**

- WAT/HOE

**Lijn 1: inventaris van ad hoc bevolkingsacties die per buurt/wijk de sociale cohesie bevorderen, opzetten of interesse peilen**. Deze initiatieven dan formuleren als een jaarlijks programma rond uitbouw buurtweefsel. Door kenbaar maken, evalueren en meedelen van resultaten

**Lijn 2: netwerk van ervaringsdeskundigen en buddy's op niveau van buurt/wijk**

Doel van dit netwerk is het opvangen en informeren van patiënten met hun ziektespecifieke ervaringsdeskundige achtergrond. Ook het aanmoedigen tot het versterken van een eigen informeel netwerk (bv. aansluiten bij lotgenotencontact op het niveau van de regio heeft ook een buurt/wijk dimensie) behoort tot de initiatieven. Als laatste dient het netwerk zorgvragers de weg te leiden naar buurtgerichte interventies en initiatieven die tot doel hebben de gezondheidsgelletterdheid te verhogen en zelfmanagement te promoten.

**Lijn 3: actie creatieve vrijwilligerswerking**

Buurtwerking zoekt een nieuw elan om lokale vrijwilligers meer te betrekken in een diversiteit van hulp en ondersteuning, als onderdeel van de vermaatschappelijking van de zorg. Buurtmanagers en –coaches worden naar voren geschoven om hierbij een rol te spelen.

**Lijn 4: acties moeilijke groepen, mijders en mensen in de marge**

Een belangrijke groep van de bevolking zal meer aanklappend, proactief opgespoord en opgevolgd moeten worden (zie ook OD 1.2). We denken hierbij aan zorgmijders, mensen zonder vaste verblijfplaats, mensen met een complexe problematiek die daarnaast ook in armoede leven enz. Het wijkniveau kan ook hier het meest nabije niveau zijn om zorg rond deze personen uit te bouwen. In enkele buurten met een hoog percentage zeer kwetsbare bewoners is het privaat en stedelijk buurtwerk alvast een mogelijke partner. Ook het CAW, de sociale dienst van het OCMW en specifieke acties van ziekenfondsen zetten in op deze doelgroepen. De actieve wijkgezondheidscentra hebben hier een speciale rol.

- VOOR WIE

Versterking van het lokale weefsel is een globale trend, en is dus ook bedoeld voor iedere kwetsbare patiënt met een of meerdere chronische aandoeningen en chronisch zieke persoon met risico op kwetsbaarheid, alsook voor zorgverleners.

- DOOR WIE

Sommige organisaties hebben hier een specifieke taak, zoals de gemeentelijke diensten, het welzijnswerk, de ziekenfondsen en de wijkgezondheidscentra. . Coordinatie vanuit ZZL gebeurt vanuit een overleggroep zorgzame buurten en wil de ervaring van wijkgericht werken optimaal aan bod laten komen.

- IMPACT

Een buurtweefsel ontstaat door een sfeer van vertrouwen, bekendheid en nabijheid te creëren, en van daaruit acties op te zetten. Wederkerigheid is belangrijk: als ik nu iets doe voor mijn buurt, zal ik later ook op mijn buurt kunnen rekenen.

- ZELF-EVALUATIE

Inventarisatie en sturing van de acties is een permanente vorm van zelf-evaluatie.

- WANNEER

Permanente opdracht over 4 jaar, met gedifferentieerde actiepunten

### Actie 2: Sensibilisatie: iedereen lid van een buurt

Van papier naar realiteit : het buurt-aanvoelen is fundamenteel veranderd, en is dermate verdwenen in onze maatschappij dat overall initiatieven ontstaan om dit opnieuw voelbaarte maken. Ondersteuning en interdisciplinair zorgen dient opnieuw in het denken en plannen ingevoerd geraken. Dit is een belangrijke mentale aanpassing voor iedereen.

Specifiek voor het ZZL project is dat we de versterking van het buurtweefsel ook willen doordenken naar de zorg die in de buurt bestaat, en de zorgverleners die er actief zijn. Iedereen is lid van een buurt, kan er een bijdrage leveren Samen kunnen we de noden aan. Die zijn niet voor elke buurt/wijk dezelfde.

- WAT/HOE

#### **Stap 1 : Promotiecampagne “Iedereen lid van een buurt”**

Om binnen de Leuvense regio de initiatieven van het project ZZL kenbaar te maken, en enthousiasme te stimuleren, is het te verdedigen dit best tegelijk binnen het referentiekader van de buurtomschrijving op te zetten. Bijvoorbeeld 8 infoavonden telkens per buurt om het project en haar kansen voor te stellen. Folders, flyers, sensibilisering van concept nabije zorg vanuit buurten en wijken kan helpen. Door zowel bewoners als zorgverleners in een buurtkader uit te tekenen worden de mogelijkheden, de diversiteit en de rijkdom van de nabije zorg als thema naar voren geschoven.

## **Stap 2 : Knelpuntenevaluatie van de buurtteam samenwerking via 8 buurtvergaderingen met de lokale zorgverleners**

Een concept van buurtvergadering wordt hiervoor uitgewerkt, gericht op een “slimme” mengeling van ontmoeting, kennismaking en knelpuntanalyse. Maximaal worden hierbij de reeds gekende data per buurt als basis gebruikt. Vertrouwdheid dient gestimuleerd. Op zorg dienen gezichten en locaties te kleven. Samen overleggen schept veiligheid en vertrouwen. Een reflectie over de specifieke noden en de verhoopte mogelijkheden in de buurt dienen creativiteit te genereren.

- VOOR WIE

Voor iedereen binnen de projectregio. En voor elke zorgverlener, vooral diegenen met een “buurt-focus”, namelijk huisartsen, apothekers, thuisverpleging en thuiszorg, kinesitherapeuten, diëtisten en psychologen, die van nature overwegend gericht zijn op personen in de straten omliggend aan hun praktijk, en dus een groot samenwerkingspotentieel hebben.

- DOOR WIE

De stad heeft ervaring met informatiemateriaal op wijk- en buurniveau. “Leuven gezonde stad” wil naar een jaarlijkse vergadering rond het zorgthema. Dit kan eventueel per buurt. In overleg met het ZZL projectteam, en de lokale zorgvoorzieningen worden de 8 ontmoetingen voorbereid en opgezet. De ZZL -project coachen krijgen hierdoor de mogelijk hun “veld” te leren kennen en te verkennen.

- WANNEER

Als kennismaking en projectopstart voorbereiden in eerste 6 projectmaanden, buurtontmoetingen in voorjaar 2018 plannen. Eventueel jaarlijks te herhalen.

- IMPACT

Van “wat doet de overheid en al die organisaties voor ons” naar “wat kunnen we zelf weer voor elkaar betekenen en met elkaar opbouwen”, dat wordt beoogd als impact

- ZELF-EVALUATIE

Knelpuntanalyse bij het opzetten van de lokale bijeenkomsten. Opmeten van de interesse en de diversiteit van betrokken partners. Evaluatie van de gemelde knelpunten. Inschatten van de haalbaarheid van de gekozen oplossingen.

## **OD 5.3: naar multidisciplinaire zorgnetwerking en zorgteams per buurt**

### **Actie 1: multidisciplinaire zorgnetwerken per buurt/wijk**

In de zorgverlening voor chronisch zieken vanuit de eerstelijns zijn een aantal disciplines die zich per definitie “generalistisch en patiëntgericht” opstellen steeds meer aangewezen op multidisciplinaire taakverdeling en samenwerking. Het samenbrengen in buurt/wijk biedt voor hen specifieke mogelijkheden, omdat ze ook momenteel in belangrijke mate zorgen voor dezelfde populatie in de buurt van hun praktijkadres. Het betreft hier in de eerste plaats de huisarts en de apotheker, maar ook de thuisverpleging en de thuiszorg, de kinesitherapeut, de diëtist en steeds belangrijker ook de psycholoog. **Ze vormen de facto lokale zorgteams, hoewel de horizontale samenwerking tussen hen nog niet intens is uitgebouwd. ZZL wil acties vooral richten op het progressief vormen van de facto multidisciplinaire zorgteams, door acties die de samenwerking en de taakafspraken bevorderen.**

- WAT/HOE

**Stap 1: toetreding tot “zorgintegratie” contract**

Na de sensibilisatiebijeenkomsten per buurt, die ook een knelpuntenanalyse inhouden worden lokale zorgverleners uitgenodigd hun interesse tot beschikbaarheid als lokaal buurtteam-werking formeel uit te spreken, zodat ze in de inventarissen van zorgteams per buurt kunnen worden opgenomen. Ze kunnen dan worden opgenomen in de overzichten en de apps die worden uitgewerkt.

**Stap 2: opzet van 1 ZZL actie per buurt/wijk, indien mogelijk behorend tot de ZZL prioriteiten**

Omdat zorgverleners samenwerking alleen maar ervaren door dingen samen te doen wordt geïnsisteerd op het vertalen van de kenmerken en knelpunten van de buurt in tenminste één concrete buurtactie. Na evaluatie kunnen deze acties, mits eventuele aanpassingen, stimulerende voorbeelden zijn voor geëxtrapoleerde acties in andere buurten.

Minstens twee topics zullen vanuit ZZL als buurtactie aanbevolen worden. ZZL richt zich met doelstelling 3 op de kwetsbare chronisch zieke.

1. Ideaal is als tenminste 2 buurten de registratieopdracht van kwetsbare personen volgens een identificatie algoritme (bv. de NHS scoring zie 1.01 zou willen opnemen. Het zou een proefsituatie opleveren, die de mogelijkheden, haalbaarheid en beperking van de procedures van deze identificatielijst uittest, met de bedoeling ze in de volgende jaren in andere wijken ook op te zetten.
2. Ook OD 2.1, de interdisciplinaire uitbouw van geïntegreerde zorgprogramma's zou voor ZZL een ideale topic zijn. Het invoeren van zorgprogramma's met richtlijnen en beslismomen, is een vehikel om professionele samenwerking te verbeteren.
3. Experimenten met versterken van de ondersteunende en adviserende functie van tweedelijnssteams naar eerstelijnssteams kunnen ook best eerst in geïnteresseerde wijken worden opgestart, alvorens in ze breder uitgerold worden.
4. Uiteindelijk kunnen ook ondersteunde samenwerking rond evidence based richtlijnen, gegevensdeling en integratie van kwaliteitsparameters hun efficiëntie op dit terrein aantonen, en tegelijk ook de buurtintegratie en de netwerkvorming bevorderen.
5. Tenslotte zal ook vanuit de werking “Leuven Gezonde Stad” gestimuleerd worden om hier tenminste 1 “preventiethema” zoals stimulatie van bewegen / BOV of rookstop op te nemen.
  1. acties rond voldoende bewegen voor specifieke groepen zoals vrouwen, senioren en kansengroep, en “bewegen op verwijzing” wordt intens vanuit de stad gepromoot
  2. pioniers worden gezocht van het op wijkniveau werken aan gezonde voeding en beweging.

**Stap 3: coaching van multidisciplinaire samenwerking**

Gedefinieerde acties met duidelijke timing en doelstelling, en gericht op een omschreven populatie kunnen in aanmerking komen voor coaching door het ZZL project. Zeker wanneer ze binnen de prioritaire thema's van ZZL horen

- VOOR WIE

Ook wanneer de acties een gerichtheid op kwetsbaren of complexe chronisch zieken nemen, brengen ze door opbouw van multidisciplinair lokaal zorgnetwerk een samenwerkings- en taakverdelingstrend op gang die breed nuttig is.

- DOOR WIE

Eerstelijnszone Leuven (nu nog LMN en SEL) en alle lokale disciplinegebonden organisaties, onder stimulus van ZZL-coaches en coördinatoren. Ook tweedelijnscoaches kunnen hier worden ingeschakeld, rond gerichte thema's, zodat experimenten als hulplijnen en actieve ondersteuning kunnen uitgetest worden.

- WANNEER

Vanaf tweede helft 2018. Nadien jaar per jaar verderzetting.

- IMPACT

Essentieel is de impact van dit onderdeel gericht op de kwaliteitsverbetering die verwacht wordt door multidisciplinaire samenwerking waarbij meerdere disciplines in hun dagelijks werk tot diverse intensiteiten van samenwerking overgaan.

- ZELF-EVALUATIE

Er bij horen door een actieve aanmelding in de vorm van zorgintegratie contract, het proces van pioniers en volgers, het stimuleren via kenbaar maken bij alle betrokkenen op de website en de evt. apps, ... levert cijfermatige data die iets vertellen over het inhoudelijk proces.

## Actie 2: informaticaondersteuning patiëntgerichte communicatie tussen zorgteams

- WAT/HOE

**Lijn 1: aanvullingen bij e-zorgplan: doelstellingsgericht werken in e-zorgplan**

### Stap 1: uitbreiding e-zorgplan

**Gezamenlijk besproken doelen (ruimer dan het medische) dienen te worden opgenomen op een overzichtelijke en efficiënte manier in het e-zorgplan van de behandelaar.** Het e-zorgplan moet snelle ingeving en aanpassing van doelstellingen mogelijk maken. Ook aangeven van belang van de doelstelling, vertrouwen om deze te behalen, en eigen beoordeelde progressie kunnen worden voorzien in het e-zorgplan. Deze variabelen zijn belangrijke determinanten voor het behalen van de gezamenlijk besproken doelstellingen. De zorgverlener krijgt hierbij ook insteek om het (al dan niet) behalen van doelstellingen makkelijker bespreekbaar te maken met de patiënt.

### Stap 2 : praktijktool doelstellingsgericht werken

Doel van deze activiteit is het voorzien van **praktijktools die het doelstellingsgericht werken met de patiënt kunnen faciliteren tijdens consultvoering**. Er zijn diverse en meerdere opties mogelijk zoals een duidelijke handreiking rond doelstellingsgericht werken, infographic(s) rond doelstellingsgericht werken, begeleidend videomateriaal waarin doelstellingsgericht werken tijdens consultvoering wordt geïllustreerd, enz.

Een specifiek aspect is het **elektronisch uitwerken** van een vorm van patientgebonden “charter van individuele levensdoelstellingen”, die een leidraad voor diverse zorgverleners zou kunnen zijn, om de zorgverlening te individualiseren.

- VOOR WIE

Het sjabloon voor e-zorgplan is bedoeld voor elke zorgverlener in de eerste en tweede lijn die zich richt op zorg en begeleiding voor iedere kwetsbare patiënt met een of meerdere chronische aandoeningen en chronisch zieke persoon met risico op kwetsbaarheid.

- DOOR WIE

De actie wordt verwezenlijkt door het projectteam in nauw overleg met stakeholders uit de regio.

- WANNEER

Start vanaf het begin van het project met het als verkennend pilootfase aanbieden in enkele eerste en tweedelijnspraktijken. Eind 2018 wordt de actie geëvalueerd, en –evt stapsgewijs- uitgebreid overheen eerste en tweedelijnspraktijken in de regio.

- IMPACT

Deze acties richten zich echt op de inhoud van de zorg : doelstellingsgericht werken is één van de meest cruciale conceptuele veranderingen in de zorgverlening, die de patiënt op elk moment de kans geeft mee zijn levensdoelstellingen te bepalen.

- ZELF-EVALUATIE

Evaluatie zal vooral slaan op het scoren van de interesse, na een eerste piloot actie bij geïnteresseerden, Later kan het ook slaan op evaluatie van doelstellingsgericht werken in de dossiersystemen van de zorgverleners.

#### **OD 5.4: integratie welzijn en gezondheid op buurtniveau**

*Actie 1: takenpakket eerstelijns teams toekomstgericht en proactief verhelderen, als een basisraster voor taakverdeling rond chronisch zieken: van territorium discussie naar competentie discussie*

Gesprekken over het stapsgewijs komen tot meer taakafspraken, teamintegratie en toegevoegde kwaliteit in de zorg voor chronisch zieken hebben te lang een defensieve taakomschrijvingskader blijven hanteren. Hierbij trachten zorgverleners (te) nadrukkelijk hun traditionele terreinen valoriseren, te vrijwaren en zelfs te verdedigen. Territoriumdiscussie zijn in het verleden behoorlijk steriel gebleken. **De nieuwe zorgoptiek rond chronisch zieken biedt nieuwe kaders, taken en opdrachten. Het competentieoverleg kan hier een nieuwe dynamiek krijgen. Wie kan deze nieuwe competenties best opnemen en uitbouwen, en welke interne communicaties, informatie en samenwerkingsafspraken dienen operationeel te worden om tot kwalitatieve meerwaarde te komen?** Dat kan een bevrijding betekenen in de discussie naar teamvorming, samenwerking en taakverdeling, die eerst moet komen. Pas als deze intern gevoerd is kan energie vrijkomen om nieuwe teamafspraken vorm te geven, en nieuwe gezamenlijke groeiprocessen via uitwisseling en gemeenschappelijke opleiding op te zetten.

- WAT/HOE

Dit proces verloopt niet zomaar vanuit een rondetafel discussie onder voorzieningen. Het is een reflectie die op verschillende manieren tegelijk moet plaatsgrijpen. Ook op het moment van creatieve taakgerichte discussie tussen zorgverleners op buurtniveau rond de patient, dienen de vragen gesteld en antwoorden gezocht : wie kan dit best, kan die dan dit opvangen, wat is daarvoor nodig, hoe weten we dat dit werkt en welke samenwerkingsafspraken zijn hiervoor nodig.

- hoe zorgen voor een brede bio-psycho-sociale opvang : opties om **basisfuncties sociaal werk te integreren met huisartspraktijken via delegatie**
- **hoe zorgcoördinatie toewijzen aan meest nabije vertrouwde zorgverlener** : welke taken hierbij opnemen, welke communicatie, welke ondersteuning. Kan er een model van dossieruitwisseling, informatiedeling, opvolging en bijsturing uitgewerkt worden.
- hoe empowerment verhogend werken doorheen de volledige werkwijzen van de betrokken disciplines. **Hoe levensdoelstellingen, persoonlijke gevoeligheden en keuzes herkennen, registreren en adequaat doorgeven** zodat ze voor teamleden en hun beslissingen beschikbaar zijn.
- hoe komen we de **kwetsbaren het best op het spoor** : welke aanvullende informatie dient samen te lopen, hoe werken met lijsten van kwetsbaren per praktijk, per wijk, per buurt.
- **ondersteuning van mantelzorgers**, wisselwerking met respijtzorg, tijdelijke opvang : signaleren, organiseren, informatie doorspelen, terugkoppelen.

- VOOR WIE

Actie richt zich op alle zorgverleners, maar toch meer centraal naar de nabije zorgverleners rond diezelfde persoon en zijn mantelzorg, in de wijk of in de buurt, die samen modellen moeten ontwikkelen tot gedifferentieerde teamvorming in de buurt.

- DOOR WIE

Het opstarten van deze reflectie en kadervorming dient te starten vanuit de integrator-functie, en via de coaches naar het veld gebracht te worden. Tegelijk dienen de betrokken organisaties van de zorgverleners via hun ambassadeurs, en trekkers intensief betrokken te worden

- IMPACT

- Kosten met betrekking tot de ontwikkeling: inzet van mensen, vorming en opleiding
- Vanaf 2019 is er mogelijk ruimte voor een vergoeding: per casemix van het team via het terugbetalen van VTE's personeel voor deze taken, aan de hand van een verdeelsleutel. Bijvoorbeeld x VTE per x patiënten in een zorgprogramma (nog nader te bepalen)
- Vergoeding voor echt casemanagement vanaf 2018

- ZELF-EVALUATIE

Evaluatie via de effecten van zorginnovatie die beoogd worden : integratie van zorg, buurtgericht werken en beter afgestemde populatiegerichte zorg, betere zorgervaring van patiënten, meer tevreden gezondheidsprofessionals, implementatie geïntegreerd patiëntendossier, inbedden kwaliteitscultuur

- WANNEER

Opstart van bij de aanvang: 2017 geleidelijke uitrol per team

## Actie 2: versnelde integratie van welzijn en gezondheidszorg in de directe zorgomgeving

Hoewel de cliëntgerichte benadering van het welzijnswerk en de patiëntgerichte benadering van de eerstelijnsgezondheidszorgwerkers veel raakpunten vertonen, verloopt de samenwerking eerder moeizaam. Deskundigheidsbevordering en coaching kan dit optimaliseren. **Technologisch kan dit versneld worden** door het integreren van het e-zorgplan, snelle informatiedoorstroming via e-health en toegangslicenties voor teamleden rond de individuele patiënt. Een versnelling is ook mogelijk door **structurele ingrepen**. Binnen de welzijnszorg wordt deze integratie gestimuleerd vanuit de implementatie van de “Breed Geïntegreerde Onthaal” –functie. Vanuit de chronisch zorg reorganisatie gaat veel aandacht naar **casemanagement en zorgcoördinatie**. ZZL wil op al deze evoluties inzetten en van hieruit de integratie versterken. Omdat ZZL heel wat acties wil opstarten in de kleinere populatie-entiteiten van de buurt/wijk ziet het een specifieke opportuniteit in het focussen op:

- WAT/HOE

### Lijn 1: actieve structurele integratie van welzijnsdeskundigheid in zorgteams

- **Toewijzen van maatschappelijk werkers of thuiszorg-teamleden als praktijkondersteuner en casemanager.**  
Naarmate meer integrerende afspraken gemaakt zijn binnen de taakverdeling van de verschillende welzijnszorgorganisatie, bijvoorbeeld in het kader van “Breed Geïntegreerde Onthaalfunctie” kan gedacht worden aan het toewijzen van meer vaste maatschappelijk werkers of thuiszorgverantwoordelijken aan de zorgteams als geïntegreerde teamleden.

Vanuit hun specifieke deskundigheid kunnen ze behulpzaam zijn bij het opnemen van de casemanagementtaken in het zorgteam (zie OD 1.3). Praktijken in elkaars buurt kunnen zo sneller evolueren naar breed geïntegreerde zorgteams.

#### **Toewijzing consultatiecoach “gedragsverandering” in de buurt.**

Doel van deze actie is het voorzien van een consulterende rol waarbij een expert kan ingeschakeld worden om hulpverleners te coachen in motiverende consultvoering en gezamenlijke besluitvorming. Bijvoorbeeld psychologen en andere hulpverleners met bewezen expertise in specifieke domeinen van gedragsverandering, maar ook bv. diabeteseducator, tabacologen, enz. kunnen hiervoor worden gestimuleerd. Via deze actie kunnen sommigen daarvan gestimuleerd worden ook te werken in een consulterende rol aan de hulpverleners van hun buurt waarin zij werken. Ze zouden dan als expert ingeschakeld kunnen worden om hulpverleners te coachen in motiverende gespreksvoering en gezamenlijke besluitvorming. De taken van deze “generalistische consultant” zouden kunnen bestaan uit: oa. supervisie bij gesprekken met patiënten die moeilijkheden vertonen op het vlak van activatie, ondersteuning van de hulpverlener via individuele begeleidingsgesprekken, organiseren intervisiemomenten tussen hulpverleners met bespreking casussen, ondersteunen van teamoverleg op vraag en opvolging.

Door deze combinatie van functies zowel generiek als specifiek te groeperen per buurt en op te lijsten zowel voor de regio als per buurtaanbod wil het projectteam, in nauw overleg met stakeholders in de regio, een dynamiek op gang brengen.

- **Doorlichting en coaching op vlak van laagdrempelige zorgcommunicatie**

Een derde initiatief richt zich op het screenen van obstakels in laagdrempelige zorgcommunicatie (bv., wachtzaal, afspraak maken en herinneren, mailverkeer, telefonische afspraken en communicatie, enz.). Tips en aanbevelingen om de zorgcommunicatie in de organisatie laagdrempeliger te maken worden mondeling en kort schriftelijk weergegeven, waarna opvolging op een termijn van enkele maanden wordt voorzien.

#### **Lijn 2: stimuleren van casusoverleg, via beschermde overlegtijd type MDO, of snel technologisch overleg type beschermd IT overleg**

Het Multidisciplinair Overleg MDO heeft een traditie en een eigen financiering. Diensten hebben dit in hun zorgverlening ingebouwd. Individuele zorgverleners als huisartsen en apothekers hebben hier meer moeite mee. Ze kiezen eerder voor snel, ad hoc gericht overleg. Nieuwe media, zoals beschermde vormen van facebook of skype-type informatie uitwisseling doen op dit gebied hun intrede.

**ZZL zet in op een brede diversiteit van overlegvormen voor concrete casuïstiek. In relatie met het e-zorgplan, de elektronische dossiercommunicatie, en de nieuwe elektronische overlegvormen wil het hierrond innovatief zijn. Moderne informatica platformen worden steeds meer operationeel die allerlei vormen van overleg rond de patiënt, zeker vanuit het door de patiënt geaccepteerde zorgteam, mogelijk maken en zeer operationeel uitwerken.**

#### **Lijn 3: gezamenlijke opleiding patiëntgerichte en doelstellingsgerichte communicatie**

- **Vorming motiverende consultvoering & gezamenlijke besluitvorming** Doel van deze actie is het voorzien van een bestendig vormingsaanbod om motiverende consultvoering en gezamenlijke besluitvorming aan te brengen. Volgende aspecten kunnen aan bod komen: het belang van zelfmanagement bevordering, inschatten van het niveau van activatie van de patiënt, verhogen van activatie bij de patiënt tijdens consultvoering (aantal gesprekstechnieken, houding hulpverlener, enz.), gezamenlijke doelen opstellen en bespreken: hoe doe ik dat? Opvolgen van activatie bij de patiënt en herkennen van moeilijkheden.

- **E-learning motiverende gespreksvoering & gezamenlijke besluitvorming** Doel van deze actie is het voorzien van een e-learning platform waarlangs hulpverleners op individuele basis getraind worden in motiverende gespreksvoering en gezamenlijke besluitvorming. Het e-learning platform fungeert als een leerpad dat hulpverleners op eigen tempo doorlopen, en waarlangs de mogelijkheid bestaat tot het krijgen van geïndividualiseerde feedback. Volgende componenten kunnen aan bod komen: casusmateriaal met illustratie van diverse vormen van activatie bij de patiënt, gerichte vragen rond activatie, plan van aanpak gekoppeld aan de casussen, multiple choice vragen om kennis, attitude en vaardigheden te verhogen, gekoppeld aan de casussen, mogelijkheid tot inbreng eigen casusmateriaal (video) en laten bekijken van materiaal door peers/collega's (peer feedback is een krachtig leermiddel)

- **VOOR WIE**

Al deze acties richten zich op de brede integratie van alle zorgverleners binnen de eerstelijns, al of niet in buurtverband

- **DOOR WIE**

Opgezet door het ZZL team, in nauwe samenwerking met de stakeholders van de regio die daaromtrent reeds werkzaam zijn, of in de voorbereidingsperiode dit aanbod hebben uitgewerkt

- **WANNEER**

Progressief gedurende de ganse 4 jaar van het project

- **IMPACT**

Dit onderdeel gaat over de inhoud van samenwerking, en wat het als meerwaarde kan opleveren mits de juiste gegevensuitwisseling, de voldoende frequente en adequate contacten, maar ook de motiverende werkwijze en de correcte besluitvorming. Essentiële kwaliteitskenmerken die door zorginnovatie beoogt wordt.

- **ZELF-EVALUATIE**

Vooraf door bordtabellen over frequenties van uitwisseling, van aanvragen tot begeleiding, coaching en bereidheid om te fungeren op de aanbodslijsten per buurt van gedrags veranderende bijdragen.

## **SD 6: Ongeplande zorg: een gepast zorgaanbod in acute situaties**

### **OD 6.1: urgentielijnen eerstelijns en tweede lijn naadloos afstemmen**

- **WAT/HOE:**

Verschillende lopende/geplande interventies in de Leuvense regio zetten in op het verbinden van de juiste expertise/competentie bij verschillende types van urgente zorgvragen.

**Het project 1733 waaraan de Leuvense ziekenhuizen en de huisartsenwachtposten deelnemen, zet in op het stroomlijnen van alle ongepland zorg**

Wanneer men het centraal oproepnummer "1733" belt, zou men in de toekomst ook terecht komen bij de hulpcentrale 112. Deze personen zullen opgeleid worden volgens en gebruik maken van nieuwe, multidisciplinaire protocollen voor medische triage. Deze protocollen zullen toegepast worden op alle oproepen, zowel op de telefoonlijnen 112 als op de 1733. Afhankelijk van die triage wordt verwezen naar de huisartsenwachtpost/dienst of spoedgevallen.



**Het project URGENT bestaat uit het opzetten van een geïntegreerd zorgmodel tussen de dienst spoedgevallen van het ziekenhuis en de thuiszorg.** Het project heeft als doel een prototype van een geïntegreerde geriatrische benadering voor ouderen op de dienst spoedgevallen te ontwikkelen. Dit in combinatie met een follow-up in de thuissituatie na ontslag en ondersteund door een elektronisch gegevens uitwisselingssysteem. Hier kiezen we voor het maximaal betrekken van het eigen zorgteam inclusief coördinatie van dit team. Indien nodig in uitzonderlijke gevallen wordt voor een korte tijd het team aangevuld met een casemanager. Zie O.D. 1.3.

**Het protocol 3 project OOTT, zorgt voor acute opvang van kwetsbare ouderen met een nood aan (her)organisatie van de thuis(zorg)omgeving door een intensief casemanagement traject.** Dit traject is gekoppeld aan een respijtfunctie, zodat patiënten die nu in crisissituaties al te vaak op spoedgevallendiensten terecht komen snel toegeleid worden naar een expertteam buiten de ziekenhuiscontext. Het OOTT begeleidingstraject zorgt dat men terug naar huis kan met een aangepaste omkadering, begeleiding en omgeving.

De **huisartsenwachtposten** van de Regio Leuven is er sedert meerdere jaren en wordt aangestuurd vanuit KHOBRA, de huisartenkring die eveneens een van de partners is van dit project.

De **EPSI unit op de dienst spoedgevallen** UZ Leuven is een afdeling voor volwassenen in acute emotionele of psychiatrische crisis, al dan niet gerelateerd aan een alcohol-, medicatie- of drugsproblematiek. De eenheid biedt kortdurende crisisinterventies aan met indien aangewezen diagnostische screening met betrokkenheid van familie en vertrouwde zorgverleners. Er wordt max 5 dagen verbleven en nadien is er eventueel casemanagement i.f.v opvolging.

Het **Mobiel CrisisTeam GGZ (MCT)**, GGZ netwerk Diletti, UPC KULeuven, staat voor psychiatrische zorg in de thuissituatie bij patiënten in acute psychische en/of emotionele crisis. In de werking staan volgende doelen centraal:

- het grondig individueel en systematisch in kaart brengen van de huidige problematiek
- het deskundig behandelen van de crisis
- het maximaal ondersteunen en versterken van het aanwezige systeem, in nauwe samenwerking met de reeds betrokken hulpverleners
- indien nodig opstarten van bijkomende zorg

Het MCT richt zich op volwassenen (tussen 16 en 65 jaar) in een acute psychische en/of emotionele crisissituatie die worden aangemeld door de hulpverlener, gesitueerd in arrondissement Leuven-zorgregio Tervuren. Het MCT werkt bij voorkeur opname vermijdend. Indien de vraag naar opname zich toch stelt zal het MCT de mogelijkheden met de betrokkenen bespreken; bij kortdurende hospitalisatie blijft het MCT actief betrokken in het behandelplan.

De duur van de begeleiding is beperkt tot maximum 6 weken. De frequentie van de contacten wordt bepaald volgens noodzaak, soms tot meerdere per dag.

- VOOR WIE

|                       |                                                                                                                                 |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1733                  | Iedereen                                                                                                                        |
| URGENT                | 75+ op spoed met geriatrisch profiel                                                                                            |
| OOTT                  | Kwetsbare 65+ met nood aan (her)organisatie van de thuis(zorg)setting al dan niet via spoed opgevangen                          |
| Huisartsenwachtpost   | Iedereen                                                                                                                        |
| EPSI                  | Acute opvang van volwassenen met emotionele of psychiatrische crisis                                                            |
| Mobiel crisisteam GGZ | Psychische zorg in de thuissituatie bij volwassenen in acute psychische en/of emotionele crisis aangemeld door een hulpverlener |

- DOOR WIE

Door de verschillende partners die deze reeds bestaande diensten aanbieden.

- IMPACT

Reeds bestaande projecten. Mogelijke impact zit wel in het verhogen van het draagvlak van deze projecten door ze te verbinden met vele andere initiatieven. Uiteindelijke doel is het zorgen dat de juiste persoon zich op de juiste plaats aanbiedt met zijn ongeplande zorgvraag. Potentiele besparingen zijn minder ziekenhuisligdagen, minder spoedcontacten en minder institutionalisering.

- ZELF-EVALUATIE

Eenzijds door bijhouden van het gebruik van deze diensten (bv aantal patiënten die zich aanbieden voor OOTT) en anderzijds door het bekijken van eventuele evoluties (bv dalen spoedcontacten en toename contacten huisartsen wachtpost) en deze trends te vergelijken met wat er gebeurt buiten onze regio

- WANNEER

Jaarlijkse evaluatie indien er data beschikbaar is over zorggebruik

## **OD 6.2: correcte en snelle diagnostiek zo dicht mogelijk bij de thuissituatie van de patiënt**

- WAT/HOE

**Correcte diagnostiek is essentieel voor ongeplande problemen zoals acute infecties, plotse verslechtingen van de toestand, ...**

**Moderne en gevalideerde technologie zoals CRP snel-testen maakt het mogelijk om een aantal testen ter plaatsen uit te voeren en zo sneller beslissingen te nemen over doorverwijzingen of de noodzaak van het starten van nieuwe behandelingen.** De huidige belemmeringen van deze testen zijn vooral financieel (geen terugbetaling) en praktisch (opleiding van artsen en verpleegkundigen en iken van toestellen)

Doel binnen ZZL is om samen met de kennisinstellingen waar er veel ervaring met deze technologie is **een stappenplan uit te werken om deze POCT te introduceren in het zorgproces.**

**Primaire focus kan daarbij primair liggen op WZC (veel kwetsbare personen op 1 plaats) en op wachtdiensten (veel meer urgenties).**

- VOOR WIE

Doelgroep zijn patiënten met een niet planbare zorgvraag

- DOOR WIE

Huisartsen en hun wachtdienst, WZC's, kennisinstellingen en laboratoria Klinische Biologie

- IMPACT

Correctere verwijzingen en behandelingen en dus vermijden van overbodige spoedcontacten en/of hospitalisaties.

- ZELF-EVALUATIE

Zie excel in bijlage.

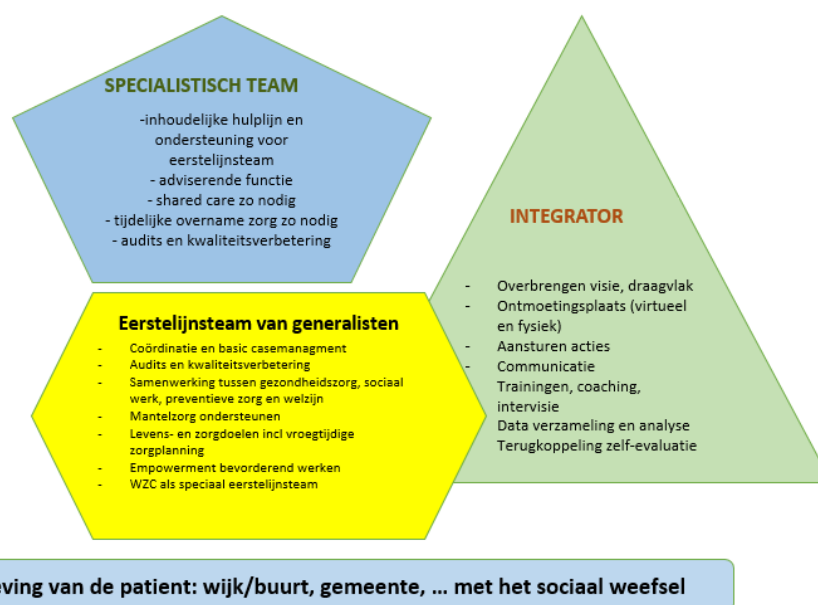
- WANNEER

Plan is om tegen juni 2018 een actieplan uit te werken inclusief het kostenplaatje van dit onderdeel om dan voor te leggen aan het consortium. De regelluwe voor dit onderdeel is eveneens nog te onderhandelen met de overheid.

## SD 7: centrale integrator als drager voor samenwerking in geïntegreerde zorg

Patiënten voelen zich sterker, meer betrokken en veiliger meegenomen in hun levensdoelstellingen via zinvolle verbeteringen die ze kunnen begrijpen. Zorgverleners veranderen hun dagelijkse zorgverlening meer via heel concrete acties die meerwaarde voor hun patiënten en hun zorgverlening opleveren. **Opdat dit alles resulteert in een blijvend veranderingsproces in de zorg binnen een regio is intelligent sturen, regelmatig overleg over bijsturing en constant ondersteunen van slimme acties met een breed palet aan effecten nodig. Dit is de moeilijke, creatieve opdracht die we in het project de "integratorfunctie" noemen, de belangrijke top-down lijn naar bottom-up innovatie.**

Deze functie vereist een gemotiveerd team, dat binnen de governance structuur van het hele project strategisch en operationeel kan werken, instaat voor evaluatie, communicatie, een doorgeefluik naar overheden en beleidsgroepen en gewijzigde opties opnieuw kan implementeren.



## **OD 7.1: sterk integratorteam met competenties in change management oprichten**

*Actie: een regionale “integrator” met proactieve aanpak ontwikkelen*

### WAT/HOE

- Integratorfunctie gericht op een inspirerend coachend leiderschap, co-creatie, implementatie en kwaliteitsbevorderend werken
- change management, ondersteuning project. Integratie op alle niveaus.

De missie van het integratieteam bestaat in het faciliteren van de integratie van zorg conform de principes van het nationale plan voor geïntegreerde zorg door:

- de coördinatie van de uitvoering van het locoregionaal actieplan, evenals de communicatie erover naar de bevolking en de aanwezige actoren
- de deelname aan de nationale strategie (co-creatie, kennisontwikkeling en –deling, evaluatie)

Voor een uitgebreide omschrijving van de verschillende functies, zie verder hoofdstuk Governance, antwoord bij vraag 47.

Om de ambitieuze doelstelling te realiseren wordt **een stapsgewijs realistisch plan gevolgd**, dat meerwaarde wil bieden aan de grote diversiteit van acties en organisaties die in het Leuvense binnen de lijn van de projectdoelstelling actief zijn. Dit wordt **permanent afgetoetst met een groep van “ambassadeursfuncties” binnen elk van de organisaties van het consortium**, die de bevoorrechte aanspreekpunten zijn voor de liaison met hun organisatie en hiervoor expliciet door hun organisatie zijn gedelegeerd naar het project (zie ook communicatieplan).

- VOOR WIE: hele regio, in de mate dat ze als persoon, als zorgverlener of als organisatie betrokken zijn bij de reorganisatie van de zorg voor chronisch zieken, in al zijn facetten.
- DOOR WIE: integrator team
- IMPACT
  - Kosten:
    - 1 FTE coördinatie, 0.5 FTE ondersteuning, 0.5 FTE coaching: financiering met projectmiddelen 150.000 euro/jaar
    - Actie: voor extra coaching, data- en populatiemanagement zullen extra middelen gezocht worden
  - impact: het uitbouwen van een sterke integrator is een katalysatoractie en vormt de basis van het project
- ZELF-EVALUATIE
  - Tussentijds (om de 4 maanden) rapporteren aan de stuurgroep:
    - Najaar: bepaling prioriteiten en doelstellingen
    - januari: functioneren en voortgang
    - juni: evaluatie
  - De partnerorganisatie (MCH Leuven) organiseert jaarlijks de evaluatie van alle medewerkers in de integratorfunctie
  - De integrator stelt elk najaar de prioriteiten en doelstellingen op volgens het SMART principe.
- WANNEER
  - Aanvang: bij de opstart, januari 2018

## **OD 7.2: evolutie naar organisatorische, professionele, klinische, normatieve en functionele, integratie**

- WAT/HOE
  - draagvlak zoeken en afstemmen tussen partners in kader van vorming eerstelijnszones, zorgzones, klinische ziekenhuisnetwerken
  - organisatorische integratie organiseren in functie van populatiegerichte zorg
  - onderdompeldagen en brainstormsessies organiseren
  - tussentijdse intervisiemomenten inlassen voor de stuurgroep (najaar: jaarlijkse evaluatie en prioriteiten bepalen)
  - verandercoaches: creativiteit en ondernemerszin stimuleren bij multidisciplinaire zorgteams, en de voorwaarden voor een creatieve en ondernemende invulling van acties realiseren
  - Ondersteunen zorgteams: coaching in het veld organiseren, een kader opstellen 'wat verstaan we onder zorgteam, stappenplan, ondersteuning'
  - Stimuleren tot het opnemen van verantwoordelijkheid, werken aan assertiviteit van zorgverleners
  - Verhelderen van rollen, competenties, functies: wie kan wat opnemen
  - Acties rond gedragsverandering
  - Missie/visie helpen vorm geven, de vertaalslag maken zodat iedereen het begrijpt en 'getrokken' wordt door de visie
  - Verandermanagement: mensen helpen om los te komen van het eigen denkkader. Bv. door individuele coaching, ambassadeurs in de organisaties/beroepsgroepen
  - Samenhorigheidsgevoel tot stand brengen
- VOOR WIE: alle betrokken zorgverleners (micro-niveau) en partners (meso-niveau) uit de brede regio
- DOOR WIE
  - Integrator
  - Stuurgroep
  - Ambassadeurs per organisatie
  - Aanspreekpunten in de organisaties
- IMPACT
  - Impact: integratie van zorg, beter afgestemde populatiegerichte zorg
- ZELF-EVALUATIE
  - Tussentijdse intervisiemomenten gericht op evaluatie van het functioneren, knelpunten identificeren en oplossen, betrokkenheid en inspraak
- WANNEER
  - Aanvang: januari 2018

## **OD 7.3: een integratorfunctie oprichten met competenties in data-collectie en data-analyse**

Populatiegericht denken en handelen wordt naar voor geschoven als **noodzakelijk om gerichte acties doelmatig te programmeren en om effecten te meten met het oog op evaluatie en bijsturing**. Maar hoe hanteer je populatiegerichte data? Heel wat technische moeilijkheden hinderen. Ook privacyregels en commissies leggen beperkingen op. Het project ZZL wil een aantal sporen verkennen om **gericht een databank samen te stellen met als doel, het plannen en opvolgen van concrete acties**.

Deze aanpak is complementair aan het werk dat door IMA, FAITH.BE en Healthdata.be zal uitgevoerd worden. De actie wordt uitgewerkt met behulp van expertise aanwezig bij de partners in ons consortium en bij de kennisinstellingen. Een continue afstemming met FAITH, IAC en Healthdata is uiteraard essentieel.

Actie: aanmaak en ontsluiting van een regiogerichte populatiedatabank, een bevolkingsgerichte dataset voor prioritering en opvolging van zorginterventies

Zie ook OD 1.1.

Om een meer toegespitst populatiebeleid te kunnen voeren is er inzicht nodig in de gezondheidsinformatie beschikbaar in diverse databanken, aangevuld met gegevens over de kosten van de zorg. Het is niet eenvoudig om deze gegevens adequaat te verwerven en te combineren. Toch is het essentieel: een “one size fits all”-systeem is niet houdbaar. Populatiegerichte zorg is één van de conclusies van de eerstelijnsconferentie (16/02/2017) en een belangrijke opdracht voor de nieuw te vormen eerstelijnszones (oproep kabinet Min. Vandeuren - 07/07/2017).

Vandaag zijn in Vlaanderen (en België) enkel gefragmenteerde data beschikbaar. Data bevinden zich verspreid in de databanken van zorgverleners, ziekenhuizen, mutualiteiten, overheden. Ze zijn bovendien zelden beschikbaar voor een welomschreven geografische zone, geaggregeerd en moeilijk toegankelijk voor zorgverleners of lokale beleidsmedewerkers.

Doel van het consortium Zorgzaam Leuven is inzetten op populatiegericht werken door een brede set van populatiegegevens te bundelen op individueel patiëntniveau, voor een welomschreven afgelijnde groep inwoners.

Doelstellingen:

- populatiegerichte zorg: afstemmen van zorg op noden en behoeften
- kwaliteitsbevorderend werken rond zorginterventies, onderbouwd met data en een terugkoppeling naar zorgverleners
- wetenschappelijke opvolging van zorginterventies in functie van beoogde doelstellingen voor een bepaalde populatie

Om deze doelstellingen te bereiken is het nodig om **gegevens uit verschillende bronnen op individueel patiënten niveau bijeen te voegen tot een gecombineerde databank voor de inwoners van de stad Leuven.**

Een databank met bundeling van data uit verschillende bronnen laat toe om datasets te verkrijgen, uitgaande van gegevens over mortaliteit en morbiditeit, medicatie, details van de uitgaven van de ziekteverzekering (bv. opnames in ziekenhuis of rusthuis, zorg aan huis, ingrepen en technische onderzoeken), socio-economische factoren, enz.

Actie: Gepersonifieerde populatieset voor concrete patiëntgericht acties

Een tweede actielijn richt zich op **procedures, zowel technisch, juridisch en ethisch, om individuen binnen klaar omschreven doelgroepen operationeel te definiëren, op te volgen en te evalueren.** Zodat het mogelijk wordt om acties steeds te richten op duidelijk omschreven populaties, met strikte tijdslijnen en planbare evaluatie die tot bijsturing en extrapolatie aanleiding kan geven. Twee sporen zullen hierbij in het project ZZL gevolgd worden.

Spoor 1:

Voor doelgroep I en II bestaat de mogelijkheid **via het GMD van de huisarts.** De enige vastgelegde relatie van medisch gevoelige gegevens en gebruik hiervan voor individuele acties is via het Globaal Medisch Dossiercontract van een persoon met zijn vaste huisarts.

Spoor2:

Voor doelgroep II en III bestaat een spoor **via MyCareNet:** door bepaalde actie-of gebruikscodes via het

ziekenfondsbeheer toe te kennen, kunnen identificatie en evaluatie gelinkt worden aan groepen die via MyCareNet identificeerbaar zijn (bv. patiënten in een hartfalenprogramma). Een aantal acties binnen het ZZL project zijn gericht op duidelijke doelgroepen, bv. hartfalen patiënten. Per zorgprogramma en dus per groep patiënten zou een nomenclatuurnummer kunnen aangemaakt worden, zoals nu reeds bij de zorgtrajecten gebeurt.

Dit heeft voordelen:

- het project ZZL kan intermediair opvolgen hoe vaak deze code gebruikt wordt en volgen hoeveel nieuwe patiënten en hoeveel patiënten in totaal in het traject worden opgenomen. Achteraf kunnen voor deze patiënten IMA data ingekeken worden, bv. frequentie consultatie oogarts, aantal hospitalisaties, soort onderzoeken, enz.
- Andere leden van het zorgteam (bv. verpleegkundige, ziekenhuis) kunnen via MyCareNet zien dat een patiënt in een zorgprogramma is opgenomen en dus bv. recht heeft op sessies kinesitherapie, diëtetiek.
- op deze manier kunnen gericht patiënten uitgenodigd worden (bv. door hun huisartsenpraktijk of via het zieken-/gezondheidsfonds) voor een waaier aan acties. Het biedt tevens de mogelijkheid om een steekproef van patiënten te bevragen i.v.m. bijvoorbeeld een specifiek zorgprogramma.

Centraal hierbij is de vraag of de mogelijkheid bestaat om 10 tot 15 nomenclatuurcodes aan te maken voor de verschillende programma's en acties met een duidelijk omschreven doelgroep. Het gaat over nomenclatuurcodes die door alle mutualiteiten/gezondheidsfondsen aanvaard worden en nadien vlot uit hun systemen kunnen gehaald worden, enerzijds als parameter en anderzijds voor identificatie van doelgroepen.

De mogelijkheden moeten uiteraard samen met de IAC en de overheden bekeken worden.

## **SD 8: financiële integratie: gericht op duurzame innovatie en stimulerend voor kwaliteitsverbeterend werken**

### **OD 8.1: aangepaste betalingsmechanismen ontwikkelen: er zijn 4 verweven acties**

*Actie 1: in kaart brengen van problemen of drempels rond het financieren van geïntegreerde zorg.*

*Actie 2: draagvlak voor budgetverschuivingen zoeken bij organisaties en zorgverleners*

*Actie 3: problemen rond equity opsporen en financiële oplossingen zoeken*

*Actie 4: binnen een kostenneutraal kader experimenteren met financieringssystemen voor nieuwe zorgtaken*

#### **• WAT/HOE**

Voornamelijk verwerven van **kennis en inzichten in nieuwe financieringsmechanismen. Draagvlak zoeken voor budgetverschuivingen en eventueel geleidelijke, voorzichtige implementatie.**

We zullen starten met acties die zich richten op het **beter implementeren van reeds bestaande mogelijkheden**. Het tot stand brengen van verschuivingen zonder nieuwe regels uit te vinden. Enkele voorbeelden:

- **GMD:** hier is nog ruimte voor verbetering. Verder is ook het aantal zorgtrajecten en pre-trajecten diabetes suboptimaal. Door hier op in te zetten en de aantallen te verhogen is er reeds een belangrijke vooruitgang mogelijk richting meer forfaitaire financiering
- **Veranderingen in nomenclatuur, vergoedingen in het kader van diabeteszorg en huisapothekerschap** zijn goedgekeurd en op komst. De implementatie hiervan kan ook voor een verschuiving en betere financiering zorgen.

De ontwikkeling van aangepaste betalingsmechanismen gaat samen met het uitwerken en implementeren van acties en de knelpunten die hierbij gevonden worden. Bijvoorbeeld:

- Onderzoeken welke financieringsmechanismen nodig zijn om een vaste patiënt-zorgverlener relatie te stimuleren
- Onderzoeken hoe financieringsmechanismen kunnen bijdragen tot het kiezen voor het meest optimale zorgtraject in termen van kwaliteit en kost
- Onderzoeken hoe taakherschikking kan bijdragen aan behoud van kwaliteit van zorg en verlaging van de kosten
- Onderzoeken aan welke voorwaarden vervuld moet zijn om populatiegebonden financiering te realiseren. Bijvoorbeeld: zorgprogramma's voor chronisch zieken
- Acties voor specifieke kwetsbare doelgroepen nauw opvolgen en problemen rond financiering met een mogelijk effect op equity (toegankelijkheid en betaalbaarheid) in kaart brengen en oplossingen zoeken
- Onderzoeken welke incentives nodig zijn om kwaliteitsgericht werken te stimuleren bij eerstelijns- en tweedelijns teams. Bijvoorbeeld: uitwerken van een bonussysteem voor teams, waarbij de financiering afhangt van het behalen van vooropgestelde doelen. Geleidelijke implementatie van het bonussysteem ten vroegste vanaf 2020 of later. Tijdens de projectfase (2018-2021) lijkt de meest waarschijnlijke piste dat Zorgzaam Leuven een gedeeltelijke vergoeding voorziet door aan de teams ondersteunend personeel ter beschikking te stellen, waardoor een aantal taken op teamniveau kunnen worden opgenomen.
- Onderzoeken welke nieuwe te financieren zorgtaken ontstaan door geïntegreerde zorgverlening. Uittesten welke mix van financiering nodig is en hoe te realiseren binnen een kostenneutraal kader. Bijvoorbeeld:
  - Per act: bv. MDO financiering
  - Forfait per persoon per jaar: bv. huisapothekerschap, zorgtrajecten, DM2 programma, GMD
  - Financiering per praktijk of team, volledig of deels in functie van de casemix. Dit is reeds het geval voor wijkgezondheidscentra's
  - Pay for quality
  - Bundled payment per patiënt in een bepaald traject (bv. per zorgteam is er een bedrag voor de standaard diabeteszorg per jaar)
  - Bepaalde taken los van directe patiëntenzorg financieren. Bv. chronische zorg-coaches die de eerstelijns teams ondersteunen, of op projectniveau op projectniveau gedeeltelijk vrijstellen ter ondersteuning van de generalistische zorg
- Onderzoeken welke financieringssystemen in tegenspraak zijn met geïntegreerde zorgverlening en de implementatie hiervan belemmeren. Voorbeelden:
  - de vergoeding per geneesmiddelenverpakking is in tegenspraak met een kritische benadering van overmatig gebruik van medicatie
  - de des-incentive om herstel en revalidatie buiten een ziekenhuiscontext te organiseren op het moment dat men over een hospitalisatieverzekering beschikt. Immers deze zal de trajecten buiten het ziekenhuis niet vergoeden.
  - Revalidatie in het RVT kan leiden tot lagere zorgzwaarte en lagere vergoedingen voor het RVT

- VOOR WIE: betrokken zorgverleners – alle partners
- DOOR WIE: financiële cel, stuurgroep, in nauw overleg en betrokkenheid met de federale en Vlaamse overheid, interadministratieve cel, mutualiteiten en hospitalisatieverzekeringen

- IMPACT

Financiële integratie, meer waarde voor hetzelfde geld, verschuiving naar populatiegerichte zorg en financiering, budgetverschuiving, meer kostenefficiëntie

- ZELF-EVALUATIE: bv. in kader van het onderzoek naar financiering voor nieuwe zorgtaken:
  - oplijsten wat er kan geschrapt worden: tijdvreeters, administratie, werk met weinig toegevoegde waarde. Het doel is om in de projecten zorgverleners hiervan te ontlasten, en tijd vrij te maken voor nieuwe taken.
  - toevoegen van een objectieve tijdmeting van het effectief verrichte werk, teneinde na te gaan of de voorziene vergoeding volstaat om het nieuwe werk goed te doen

- WANNEER

Volledige duur van het project

## **OD 8.2: een sterke governance ontwikkelen als drager om een financiële integratie door te voeren**

*Actie: In de governance structuur worden duidelijke beslissingsprocessen vastgelegd en indien nodig bijgestuurd omtrent het financieren van het projectplan en het beheer van de verwachte efficiëntiewinsten*

Zie hoofdstuk 5 governance van het project

## **SD 9: performante communicatie en gegevensdeling**

### **OD 9.1: tweerichtings communicatiestrategie ontwikkelen naar zorgverleners en burgers: gericht op vertrouwen en draagvlak creëren binnen de locoregionale zorgverlening**

*Actie: een communicatieplan ontwikkelen en uitvoeren.*

Zie hoofdstuk 6 communicatieplan

### **OD 9.2: communicatie en gegevensdeling tussen zorgverleners en patiënten ondersteunen via een geïntegreerd patiëntendossier.**

Er zijn 3 verweven acties:

*Actie 1: bijdragen aan de ontwikkeling van een geïntegreerd patiëntendossier*

*Actie 2: Zorgzaam Leuven ter beschikking stellen als testomgeving*

*Actie 3: bijdragen aan de implementatie van een geïntegreerd patiëntendossier*

- WAT/HOE
  - Ontwikkeling: co-creatie met de overheid via een continue terugkoppeling van noden en behoeften bij zorgverleners en patiënten
  - Testfase: testen van de gebruiksvriendelijkheid en evaluatie of de modules voldoen aan de verwachtingen van zorgverleners

- Organiseren van vorming met het oog op een mentaliteitswijziging bij zorgverleners in functie van gegevensdeling en samenwerking
- Lokale opvolging van de kwaliteit van gegevensdeling en het aantal gebruikers
- Ondersteunen van zorgverleners
- VOOR WIE: alle partners
- DOOR WIE: te bekijken na haalbaarheidsonderzoek wie partners zijn
- IMPACT
  - Snellere en juistere communicatie over de doelgroep
  - Ondersteuning van professionele integratie, teamvorming.
  - Essentieel voor evaluatie en opvolging
  - Essentieel voor identificatie van geïnccludeerde patiënten
- ZELF-EVALUATIE

Cfr. hoger omschreven, ligt de terugkoppeling van behoeften voor de ontwikkeling binnen de mogelijkheden van het ZZL consortium; de snelheid en implementatiegraad van e-Health ontwikkelingen niet.

- WANNEER

Volledige duur van het project

## **SD 10: innovatie stimuleren met zin voor sociaal ondernemerschap**

### **OD 10.1: sociaal ondernemerschap op regio-niveau**

*Actie: mogelijkheden onderzoeken om sociaal ondernemerschap aan te trekken*

Wie? De stuurgroep in samenwerking met de cellen en in nauwe wisselwerking met de Interadministratieve Cel.  
Wanneer? Continu, van bij aanvang project

### **OD 10.2: sociaal ondernemerschap op micro-niveau**

*Actie: optimalisatie praktijken en processen*

- WAT/HOE

Optimalisatie met het oog op kwaliteitsverbetering en efficiëntieverhoging. Meer waarde voor hetzelfde geld.  
Effect: meer integratie van zorg op micro-niveau, change management

**Begeleidingsthema's** kunnen zijn:

- Associatievorming
- Financiële verdeling
- Interne of externe communicatie
- Organisatie van de praktijk
- Implementatie nieuwe ICT-tools

Hoe:

- Opleiding, training
- Coaching op maat via een individueel begeleidingstraject
- VOOR WIE: Zorgverleners, praktijken
- DOOR WIE: Organisaties, partners ZZL.
- KOSTEN

Inbreng via de partners. bv. door gespecialiseerde praktijkcoaches in te zetten, bv. door de huidige opleiding te oriënteren naar meer kwaliteitsvolle zorg in kader van geïntegreerde zorgverlening.

- IMPACT
  - Kostenefficiënter werken
  - Meer jobtevredenheid: veerkracht om nieuwe uitdagingen aan te kunnen
  - Ondernemende zorgverleners => duurzame innovatie
- ZELF-EVALUATIE
  - Aantal initiatieven en aantal zorgverleners/praktijken die hiervan gebruik maken
- WANNEER

Volledige duur van het project

### **OD 10.3: link leggen met innovatieprojecten**

#### **Actie 1: innovatieprojecten uitvoeren onder de koepel Zorgzaam Leuven**

Via [deze link](#) is een lijst consulteerbaar met de belangrijkste innovatieprojecten: mHealth, thuishospitalisatie, P3 projecten, art 107 ,...

- nauwe samenwerking met innovatieplatform InnovAge: InnovAge heeft de engagementsverklaring ondertekend en zetelt in de stuurgroep van ZZL
- scannen van internationale living lab projecten met het oog op leren van sociale innovatie/zorginnovatieprojecten
- de link onderhouden met het ENOLL netwerk via InnovAge

#### **DE TE BEANTWOORDEN VRAGEN PER ACTIE:**

##### **1. WAT & HOE**

- a. Beschrijving actie: wat gaan jullie doen?
- b. Beschrijf op welk niveau deze actie bijdraagt tot meer integratie van de zorg:
  - i. op niveau van de relatie met chronisch zieken/personen (micro-niveau);
  - ii. op niveau van de manieren van samenwerking tussen actoren (meso-niveau);
  - iii. of op niveau van change management.

- c. Geef de reden waarom jullie deze actie willen implementeren? (bv. op basis van informatie uit de SWOT-analyse van de regio, op basis van literatuurstudie, enz.)
- d. Zijn er wettelijke bepalingen die in de weg staan voor de uitvoering van deze actie?
- e. Geef de middelen die ingezet zullen worden (menselijke, financiële, structurele, ...).

## 2. VOOR WIE

- a. De begunstigden: de populatie, de mantelzorgers van de doelgroep, de doelgroep of subgroepen van de doelgroep geïdentificeerd tijdens de risicostratificatie, ...
- b. Indien actie op micro-niveau: Hoe worden de mensen geïnformeerd/geïncludeerd in deze specifieke actie?

## 3. DOOR WIE

- a. De verantwoordelijke partner, die een leidinggevende rol opneemt voor de uitvoering van deze actie
- b. De betrokken partners bij de actie

## 4. ALTERNATIEVE VERSTREKKINGEN/DIENSTEN

Voor acties waarbij het gaat om een rechtstreekse verstrekking voor rechthebbenden waarvoor vandaag geen regelgeving bestaat (via nomenclatuur of andere) en waarvoor u een financiële bijdrage van de rechthebbende verwacht:

- a. Geef het voorgestelde bedrag van de financiële bijdrage van de rechthebbende en motiveer.
- b. Toon aan dat dit niet leidt tot een verhoogde globale kost ten laste van de rechthebbende.

***Indien geen bedrag wordt voorgesteld in het kandidaatsdossier als financiële bijdrage van de rechthebbende, zal worden aangenomen dat geen enkele financiële bijdrage aan de rechthebbenden zal worden gevraagd.***

## 5. IMPACT

- a. Beschrijf op welke component(en) van geïntegreerde zorg het initiatief een onmiddellijke impact heeft en motiveer.<sup>4</sup>
- b. Beschrijf de doelstellingen van het plan geïntegreerde zorg (Triple Aim, equity en jobtevredenheid) op de welke het initiatief gericht is en motiveer<sup>5</sup>:
  - ⇒ De verwachte impact op vlak van de zorgervaring van de patiënten en de mantelzorgers
  - ⇒ De verwachte financiële impact: schatting van kosten die gepaard gaan met deze actie en schattingen van efficiëntiewinsten (+ geef de oplijsting van verstrekkingen of diensten op dewelke verwacht wordt dat de actie een impact zal hebben die zal leiden tot efficiëntiewinsten)
  - ⇒ De verwachte impact op vlak van de algemene gezondheid voor de bevolking
  - ⇒ De verwachte impact op vlak van equity

<sup>4</sup> Éénzelfde actie kan tegelijkertijd beantwoorden aan meerdere componenten.

<sup>5</sup> Niet elke actie hoeft tegelijkertijd op alle doelstellingen gericht te zijn.

- ⇒ De verwachte impact op vlak van de levenskwaliteit van de gezondheidsprofessionals

## 6. ZELF-EVALUATIE

***Dit onderdeel wordt tijdens de implementatie nog verder uitgewerkt in samenwerking met de wetenschappelijke equipe. Er wordt wel gevraagd om per actie eerste denkpistes weer te geven over indicatoren en de nodige datacollectie hiervoor.***

- a. De indicatoren om de impact en realisatie van de actie te meten (structuur, proces- of uitkomstindicatoren)<sup>6</sup>
  - b. De vastgelegde procedure voor de data-verzameling hiervoor:
    - ⇒ te verzamelen data
    - ⇒ het gebruik van instrumenten om deze data te verzamelen
    - ⇒ de betrokken actoren
    - ⇒ verantwoordelijken
    - ⇒ timing & frequentie
7. **WANNEER** - De **timing** van de uitvoering (horizon van 4 jaar met opschalingsplan).  
 Bij de fasering van de verschillende acties moet men onder andere rekening houden met:
- ⇒ Prioritaire behoeften geïdentificeerd bij de risicostratificatie van de populatie.
  - ⇒ De betrokken partners: vermijden van het gelijktijdig opstarten van meerdere acties voor dezelfde partners en/of het te laat opstarten of betrekken van bepaalde partners.
  - ⇒ De financiële haalbaarheid: eerst enkele quick wins opstarten om dan later de vrijgemaakte middelen te kunnen heralloceren in initiatieven die een meerkost met zich meebrengen.
  - ⇒ Afhankelijkheden van de acties ten opzichte van elkaar (als de ene actie te laat kan opgestart worden bijvoorbeeld, wat betekent dat dan voor de andere acties?).

**33. Geef alle acties overzichtelijk weer op een Gantt chart van vier jaar (uitvoeringsfase) en voeg dit als bijlage (Excel-document) toe bij het kandidaatsdossier.**

**34. Welke prestatiegroepen van de lijst van 40 groepen van geneeskundige verstrekkingen (zie KB bijlage 2) worden in rekening gebracht voor de berekening van de budgetgarantie?**

**Opmerkingen:**

- ⇒ **Budgetgarantie = De garantie dat tijdens de looptijd van de overeenkomst de pilootprojecten de middelen ontvangen die bepaald worden op basis van de verwachte kost en de reële kost. Voor meer informatie over het systeem van budgetgarantie, zie art. 17-27 van het KB.**
- ⇒ **De budgetgarantie wordt minstens berekend op 16 aangeduide groepen van geneeskundige verstrekkingen uit de lijst van 40 (zie bijlage 2 van het KB).**
- ⇒ **U kan als project hier nog groepen aan toevoegen en eventueel alle groepen van verstrekkingen in de budgetgarantie brengen. Zo is het logisch om prestatiegroepen mee te nemen waar uw project**

<sup>6</sup> Soms is een bepaalde impact moeilijk meetbaar, dit mag echter niet leiden tot het vermijden van deze actie. Ook zullen sommige indicatoren van toepassing zijn bij meerdere acties, deze indicatoren dienen dan ook bij elk van deze acties vermeld te worden.

*een impact op zal hebben door de implementatie van het projectplan (zoals aangegeven in de verschillende acties) en waarvan U verwacht efficiëntiewinsten te kunnen bekomen.*

|    |                                           |
|----|-------------------------------------------|
| 1  | HON- klin biologie                        |
| 2  | HON- med beeldvorming                     |
| 3  | HON- rpl, bezoeken, adviezen              |
| 7  | HON- toezicht                             |
| 8  | HON- tandhk                               |
| 9  | HON- verpleegkundigen                     |
| 10 | FARMACA- afleveringen officina buiten zkh |
| 11 | FARMACA- afleveringen in zkh(amb)         |
| 12 | FARMACA- afleveringen in zkh(hosp)        |
| 13 | MAG bereidingen                           |
| 14 | diverse honoraria                         |
| 16 | med hulpmiddelen                          |
| 19 | verzorging kinesitherapeuten              |
| 26 | verpleegdagprijs (excl 6de SH)            |
| 28 | ff dagp alg zkh                           |
| 32 | RVT                                       |
| 33 | ROB                                       |
| 34 | DVC                                       |
| 35 | GGZ- PVT                                  |
| 36 | GGZ- IBW                                  |
| 37 | GGZ - ff dagp psy zkh                     |
| 38 | reva & herscholing                        |
| 40 | Logopedie                                 |
| 46 | pall zorgen (patiënt)                     |
| 49 | palliatieve zorgen (6de staatshervorming) |
| 55 | medische huizen                           |
| 57 | vpdprijs (6de SH)                         |
| 59 | revalidatie & herscholing (6de SH)        |

### 3. FINANCIEEL PLAN

#### Opmerkingen:

- ⇒ Uw financieel plan betreft de financiële zijde van uw projectplan en dient dus volledig afgestemd te zijn op uw projectplan. Uw financieel plan zal duiden in welke mate uw geplande acties financieel haalbaar zijn, het is bijgevolg belangrijk (ook voor alle betrokken projectpartners) om een realistisch financieel plan op te stellen.
- ⇒ Acties voor de ontwikkeling van component 12 “Aanpassing van de financieringssystemen” dienen bij het onderdeel D.2. Projectplan beschreven worden en niet bij het financieel plan. Het financieel plan gaat over het financieren van het projectplan en het gezamenlijk beheer van verwachte efficiëntiewinsten.

**35. Geef een globaal beeld (schatting) van de efficiëntiewinsten door de acties van het projectplan te implementeren. Geef eveneens aan wanneer welke efficiëntiewinsten verwacht worden gedurende de uitvoeringsfase.**

**Welke effecten?** → 5 effecten worden globaal in rekening gebracht

| Efficiëntiewinst door                                                    | Effect op              | €/jaar bij full effect |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|
| Vermijden ziekenhuisopnames                                              | BFM, HON, FARMACA (FF) | -288.812               |
| Vermijden spoedcontacten                                                 | HON                    | -14.907                |
| Minder huisarts & specialistische opvolging door beter diseasemanagement | HON                    | -650.600               |
| Verkorting ziekenhuisligduur door alternatieve trajecten                 | HON                    | 0                      |
| Rationalisatie in gebruik van geneesmiddelen                             | FARMACA                | - 1089.453             |
|                                                                          |                        |                        |

#### Wanneer effect?

Uitgaande van een target doelgroep van ongeveer 10.000 personen die op termijn geïncorporeerd worden (25% in jaar 1 tot 100% in jaar 4) en een lagtime van één jaar om het effect in efficiëntiewinsten te zien, verwachten we:

- ⇒ in het 2<sup>de</sup> jaar 25% van het verwachte volledige effect
- ⇒ in het 5<sup>de</sup> jaar tot 100% van het verwachte volledige effect

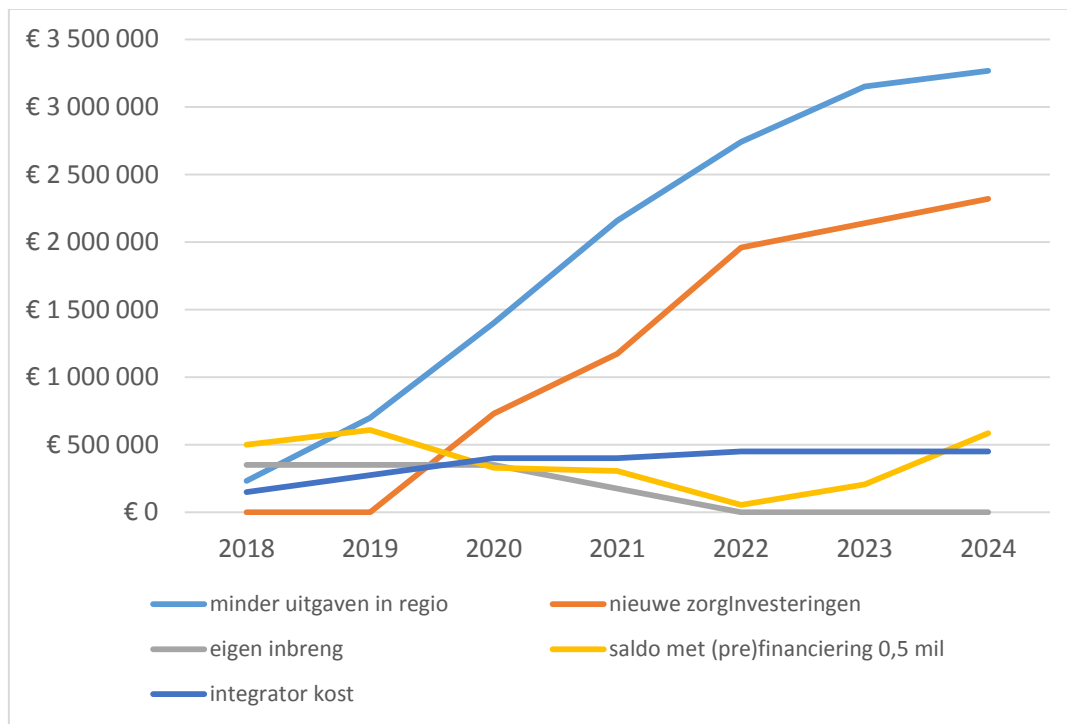
#### Scenario 1:

Onderstaande figuur geeft een simulatie van een mogelijk scenario met een opstartkapitaal van €500.000. Hierbij dient opgemerkt te worden dat dit scenario zonder opstartkapitaal initieel (2019-2020) deficitair is. Dit is te verklaren door de hogere kost van de integrator functie (inclusief coördinatie, coaching en data-management) dan de ter beschikking gestelde middelen (€150.000/j). ZZL zal extra financiering en/of prefinanciering zoeken om het deficit op te vangen (zie actieplan SD 10). Verschillende pistes worden daarvoor nu reeds verkend.

In dit scenario is het de bedoeling om tegen 2021 ongeveer € 2 miljoen minder uit te geven (licht blauwe lijn) en € 1.5 miljoen te herinvesteren in de Leuvense zorgregio (gele lijn). Ongeveer 30% hiervan komt terecht in de integratorfunctie (donkerblauwe lijn) en daarnaast plannen we nieuwe investeringen voor

strategische hervormingen die aangetoond hebben dat ze werken (de opties voor deze investeringen zijn beschreven in het actieplan).

In dit scenario zijn we vanaf 2021 zelf bedruipend. Na 2021 moet het mogelijk zijn de volledige coördinatiekost te laten vallen onder de integratorkost en de inbreng in eigen middelen te laten dalen, waarbij toch nog voldoende middelen vrijkomen voor nieuwe jaarlijkse investeringen in vernieuwingen in onze zorgregio.



#### **Andere scenario's:**

Er zijn eveneens scenario's mogelijk zonder opstartkapitaal, waarbij minder middelen ingezet worden op coaching en datamanagement. In die scenario's wordt een bijkomende initiële investering vermeden, maar het effect zal dan ook trager en later meetbaar worden.

#### **Bijkomende opmerkingen bij de simulatie:**

- We verwachten 10.000 patiënten te includeren maar schatten onze totaalgroep op ongeveer 13.000 patiënten (5000 kwetsbaren + 8000 chronisch zieken). Tegen eind 2021 hopen we van de totaalgroep 80% patiënten te includeren om aan deze 10.000 te komen. Dit impliceert uiteraard dat eind 2021 er nog geen maximale shared savings zijn. Hiervoor baseren we ons op internationale voorbeelden waar aangetoond is dat er na 4 jaar nog geen maximaal effect is.
- De simulaties zijn gemaakt vertrekkende van een stabiel beleid. Allerhande hervormingen of bijkomende besparingen en nieuwe investeringen zullen hun effect hebben maar zijn op voorhand niet te voorspellen.
- Zoals eerder reeds gemeld blijven wij van mening dat er een correctie nodig is voor de aanwezigheid van een tertiair ziekenhuis (UZLeuven) in onze regio (zie nota eerder bezorgd aan de IAC). In de nota staan argumenten die erop wijzen dat er een vertekening is. Indien UZ Leuven zich (zoals gepland) nog meer zal toeleggen op complexe pathologie, zal dit een nog grotere scheeftrekking geven. Hiermee komen kansen op shared saving voor onze regio in het gedrang. In de nota wordt een voorstel gedaan om hiervoor een correctie toe te passen.

**36. Beschrijf de modaliteiten/overeenkomsten voor het beheer van de verwachte efficiëntiewinsten.**

- De jaarlijkse raming van efficiëntiewinsten betreft een macro raming uitgaande van de ambities en krachtlijnen uitgezet in het voorliggende projectplan. Tijdens de projectperiode kan het project bijgestuurd worden in functie van verdere uitwerking van implementatieplannen en zal dit macro effect continu gemonitord worden (2x/jaar minimaal)
- De stuurgroep van het projectconsortium zal beslissen over de aanwending van de gerealiseerde efficiëntiewinsten binnen een jaarlijkse begroting
- jaarlijks wordt een begroting opgemaakt waarbij de implicaties in termen van kosten en verwachte effecten zal worden gemaakt rekening houdende met de portfolio van initiatieven die zullen lopen en ook rekening houdende met de fase van implementatie (piloot vs. opschalingsfase).
- tussentijdse opvolging van de initiatieven kunnen aanleiding geven tot een aanpassing van toegekende middelen in positieve of negatieve zin, maar altijd mits beslissing van de stuurgroep

**37. Beschrijf voor welke nieuw te realiseren acties de verwachte efficiëntiewinsten zullen gebruikt worden met het oog op de ontwikkeling van de componenten van geïntegreerde zorg en het behalen van de doelstellingen Triple Aim, equity en jobtevredenheid.**

- Als basis nemen we thema's van acties zoals beschreven in het actieplan
- **Prioriteit 1: belang van investeren in de integrator functie als katalysator voor substantiële verandering in het zorgsysteem: duurzame verandering en systemen om populatiemanagement te voeren.** De integrator is een motor in het project, in die zin dat deze moet stimuleren tot samenhang in de zorg met het oog op een geïntegreerd zorgaanbod, dat aansluit op de behoeften van de populatie. Daarom is het uitermate belangrijk om blijvend te investeren in de integratorfunctie. Het integratorteam is gericht op het vrij maken van menskracht bij de zorgverleners en zal hen aanspreken op verantwoordelijkheden die ze nu mogelijk nog niet voelen. Het project moet in een eerste fase daarop inzetten, de onmisbare uitgangspunten bij het realiseren van implementatie. Kort cyclisch werken, via co-creatie, actiegericht in kleine stapjes, met lokale aanpassing van de interventie. Enerzijds aandacht hebben voor afschaffen van oude werkwijzen. Maar anderzijds ook inspelen op wat er is en goed werkt. Coaching op maat van teams is hierbij cruciaal en zal een blijvende investering vragen van het project.
- **Prioriteit 2: initiatieven ondersteunen die in de regio projectmatig worden ontwikkeld, maar waarvan de middelen dreigen weg te vallen omdat ze steunen op tijdelijke financiering (eigen of externe middelen).** Dit zijn initiatieven die een bewezen resultaat hebben en structureel potentieel hebben om bij te dragen tot de realisatie van de visie van ZZL en de triple aim doelstellingen. Zoals voorgaand beschreven worden projecten uitgewerkt en onderbouwd op basis van de gevraagde middelen (eigen inbrengen versus de vraag aan ZZL voor (co)funding).
- **Via de 2 voorgaande prioriteiten, de gefaseerde aanpak van acties (zie actieplan) en de strategische doelstelling rond financiële integratie (SD 8) wordt de financiële toegankelijkheid en het vermijden van een meerkost voor de patiënt gegarandeerd.**

**38. Geef een globaal beeld (schatting) van de menselijke en overige middelen die nodig zijn om de acties van het projectplan te implementeren.**

Zorgzaam Leuven heeft een groot aantal simulaties gemaakt maar er zijn veel onzekere factoren (bv aantal patiënten dat geïncorporeerd zal worden, grootte van shared saving, ...) die maken dat een vastliggend plan voor 4 jaar onmogelijk is.

Zorgzaam Leuven heeft wel:

- een minimaal plan (zie vraag 39) met de zeker beschikbare middelen. Dit plan wordt uitgebreid of opgeschaald indien er meer middelen beschikbaar zijn
- Verschillende macrosimulaties voor de komende jaren (zie figuur bij vraag 35 als voorbeeld)
- Duidelijke afspraken van hoe er intern zal beslist worden over de aanwending van middelen (zie vraag 36 en hoofdstuk governance)
- De intentie om middelen zoals die van LMN, SEL en LOGO zo goed mogelijk synergetisch te besteden in samenspraak met Zorgzaam Leuven
- Uitgebreide plannen van de acties die kunnen ondernomen worden (zie actieplan)
- Steun van de partners onder de vorm van menskracht (VTE) om diverse acties op te starten en te ondersteunen (zie bijdragen, [klik hier](#))
- Concrete, reeds uitgewerkte plannen met het oog op extra financiering vooral rond thema's zoals populatiemanagement en buurtgerichte zorg
- Het engagement van alle partners om samen op zoek te gaan naar bijkomende financiering waar mogelijk om dit plan te realiseren (zie engagementsverklaring in bijlage)

**39. Beschrijf de middelen die gepoold worden in het begin van het project per type middel (personeel, facilitaire diensten, ...).**

Een echte pooling doen we in een eerste fase niet. ZZL gaat in fase 1 geen 'potje' maken, wel hoogstens een virtuele parallelle boekhouding zodat zichtbaar is wat we inzetten vanuit verschillende organisaties en financieringsbronnen.

Middelen die gepoold worden:

- We maakten binnen het consortium een overzicht van de actielijnen die met eigen middelen van start kunnen gaan versus deze die niet kunnen ontwikkeld worden zonder extra impulsfinanciering. Dit geldt met name voor de middelen nodig om het verandertraject voldoende slagkrachtig van start te kunnen laten gaan en alle stakeholders in beweging te zetten
- We gaan voor een model waarbij op het niveau van de individuele interventies onderling duidelijk de inbreng wordt afgesproken per fase van ontwikkeling, implementatie en evaluatie. De betrokken partijen beslissen in afstemming met de stuurgroep over de voorwaarden en momenten waarop de verderzetting van de interventies, de opschaling en bijhorende middeleninbreng zal gebeuren.
- Waar mogelijk zullen onderzoeksfondsden voor de ontwikkeling van interventiemodellen aangetrokken worden. Deze vandaag volledig benoemen is onmogelijk.
- Uiteraard wordt in het project heel veel in natura ingebracht: ondersteuning via sturingsorganen o.v.v. mandaten en expertise die vanuit de verschillende organisaties ter beschikking wordt gesteld. Ook werkplekken en vergaderruimten worden ter beschikking gesteld. Klik [hier](#).
- Een overzicht van de reeds lopende projecten is [hier](#) consulteerbaar.

**40. Beschrijf de wijze waarop het extra budget voor integratiemanagement dat door de overheid aan het project wordt toegekend, zal worden gebruikt (150.000 euro per kalenderjaar).**

Gezien de complexiteit van het project is universitair niveau essentieel. We schatten een kostprijs op jaarbasis voor een fulltime coördinator of coördinatieteam van €90.000 per jaar.

- Een adjunct ondersteuning is wenselijk voor logistieke taken (bv. planning, communicatie, opzetten en onderhouden van website, regelen van opleidingsprogramma's, ...). Hiervoor voorzien we €30.000/jaar.
- Daarnaast wordt €30.000 per jaar gerekend voor het opstarten van coaching.

Hiermee is het coördinatiebudget uitgeput. Indien er extra middelen komen (via bijkomende projectaanvragen, shared savings of prefinanciering) kan dit besteed worden aan:

- overige kosten (raming €40.000) voor hardware, licenties, communicatiekosten, overlegkosten, en dergelijke.
- Integrator (raming: €200.000 extra) voor het integratie team
- minimum 1 halftijdse datamanager voor populatiemanagement (raming: €45.000)

#### 4. ZELF-EVALUATIE

##### **Opmerkingen:**

- ⇒ *Enerzijds dient de impact en realisatie van de acties gemeten te worden. De indicatoren en het proces van data-verzameling voor deze evaluatie worden bevraagd per actie bij onderdeel 'D.2. Projectplan'.*
- ⇒ *Anderzijds dient de realisatie van de doelstellingen van het Plan Geïntegreerde zorg (triple aim, equity en tevredenheid van de zorgactoren) gemeten te worden. De indicatoren en het proces van data-verzameling voor deze metingen zijn transversaal voor alle projecten en worden verder uitgewerkt met de wetenschappelijke equipe in de uitvoeringsfase.*
- ⇒ *De onderdelen 'D.4.I. DATA-ANALYSE' en 'D.4.II. VERBETERING IMPLEMENTEREN OP BASIS VAN ZELF-EVALUATIE' hebben betrekking op zowel de metingen op niveau van de acties als de metingen op niveau van de doelstellingen van het Plan Geïntegreerde zorg. Ook deze onderdelen worden in de uitvoeringsfase verder uitgewerkt, maar eerste ideeën en denkpistes worden wel gevraagd in het kandidaatsdossier.*

#### I. DATA-ANALYSE

##### **41. Beschrijf de vastgelegde procedure voor de analyse van de data:**

- ⇒ **de aanpak**
- ⇒ **de betrokken actoren**
- ⇒ **verantwoordelijken**
- ⇒ **timing & frequentie**

Hoger in de tekst worden de plannen beschreven rond populatiemanagement. Het precieze plan dient nog verder uitgewerkt te worden. Het minimaal plan omvat:

- in samenwerking met FAITH: data-analyses 1 x per jaar evalueren en deze inzetten om het plan jaarlijks bij te sturen
- per actie bekijken welke parameter nuttig is en waar mogelijk deze samen met de kennisinstellingen in het consortium opvolgen en evalueren
- Zorgzaam Leuven zal de resultaten van zijn oefening op twee verschillende manieren in kaart brengen. In een eerste fase worden de resultaten afgewogen t.o.v. de vooropgestelde strategische doelstellingen van het Triple Aim project, i.e. conform de concrete verwachtingen van de projecttemplate. In een volgende fase, waarin alle actoren samen geëvolueerd zijn naar een meer geïntegreerd zorgsysteem, kunnen ze worden opgevolgd binnen een globaal "meerwaarde-kader" op een continuüm van zorg.
- De beschrijving van de resultaten kan kwalitatief dan wel kwantitatief van aard zijn. Voor elke geregistreerde actie, bevraging of parameter wordt de link gemaakt naar de 'core set' van persoonsgegevens, zodat alle interventies per persoon gevat worden in het perspectief van het totaal.
- Voor elke strategische doelstelling zijn operationele doelstellingen bepaald, die op hun beurt vertaald zijn in concrete acties. Per operationele doelstelling zijn één of meerdere op te volgen parameters en/of te verwachten uitkomsten beschreven. De beschreven parameters en uitkomsten kunnen desgewenst gemeten worden: continu/discontinu, voor een steekproef van de doelpopulatie, voor een specifieke regio (wijk, gemeente, projectregio ...), voor specifieke interventies... De keuze zal gemaakt worden per strategische doelstelling in functie van het relatief belang van de uitkomst en in functie van de relatieve werklast voor de opvolging van de parameter. Per strategische doelstelling zullen minimaal 2 parameters / uitkomstmaten opgevolgd worden.
- Alle parameters en indicatoren zijn opgenomen in een uitkomstenschema (excel in bijlage), waarin de relatie tot de strategische doelstelling en de onderliggende operationele doelstelling wordt

vermeld. Per parameter of indicator wordt aangegeven wat er in de teller en de noemer is opgenomen, hoe de parameter of indicator wordt beschouwd (ratio, %, ...) en hoe de parameter of indicator mag gebruikt worden (de parameter is een maat voor...).

- Met dit schema wordt getracht om alle mogelijke uitkomsten overzichtelijk te vatten. Hiermee wordt nog geen (definitieve) uitspraak gedaan over de effectieve toepassing van elke parameter in het project. Het schema is terug te vinden in bijlage van het kandidaatsdossier (excel file).

## **II. VERBETERING IMPLEMENTEREN OP BASIS VAN ZELF-EVALUATIE**

### **42. Vastgelegde strategie voor het handelen naar de bevindingen uit de zelf-evaluatie:**

- ⇒ ***aanpak opzetten verbeteringsacties op basis van de PDCA (plan-do-check-act)***
- ⇒ ***communicatie naar de betrokken actoren omtrent resultaten en verbeteringsacties***

Strategie voor aanpak verbeteracties op basis van PDCA:

- Tussentijds werken de werkgroepen volgens de PDCA methode om de acties op tijd bij te sturen. Acties worden eerst getest in pilootprojecten op kleine schaal (zie gantt chart) en vervolgens, na positieve evaluatie, uitgerold.
- Er wordt jaarlijks een vast evaluatiemoment voorzien waarbij de PDCA cyclus wordt gevolgd (zie hoofdstuk governance). De werkgroepen bereiden een rapport voor waarin de acties geëvalueerd worden op basis van de vastgelegde indicatoren. De rapporten worden teruggekoppeld naar de cellen en de projectgroep. Een gebundeld rapport wordt vervolgens overgemaakt aan de stuurgroep.
- Communicatie en terugkoppeling binnen het consortium: zie hoofdstuk communicatie, vraag 50.

## 5. GOVERNANCE VAN HET PROJECT

### I. MODALITEITEN VAN SAMENWERKING TUSSEN DE PARTNERS

**43. Beschrijf de rechtspersoon die geen winstoogmerk beoogt, die optreedt voor het pilootproject en waarmee het Verzekeringscomité een overeenkomst afsluit bij aanvang van de uitvoeringsfase.**

⇒ De rechtspersoon kan het consortium zijn onder de vorm van een juridische structuur met rechtspersoonlijkheid. Gelieve de juridische structuur te beschrijven.

⇒ De rechtspersoon kan ook één van de partners zijn van het project met rechtspersoonlijkheid die gemachtigd wordt door de andere partners om de overeenkomst te sluiten bij aanvang van de uitvoeringsfase. In dit geval hoeft het consortium geen juridische structuur met rechtspersoonlijkheid op te richten. Indien men voor deze optie kiest en er toch een juridische structuur wordt opgericht, gelieve deze dan te beschrijven.

Om het locoregionaal actieplan te realiseren stelt Zorgzaam Leuven een **integrator** of voortrekker aan die voorziet in de coördinatie, ondersteuning en opvolging van het locoregionaal actieplan.

Er wordt een **governance structuur** uitgebouwd met duidelijk vastgelegde rollen en verantwoordelijkheden. Zorgzaam Leuven kiest voor een **open netwerk structuur**, bestaande uit verschillende partnerorganisaties die op een collectieve manier samenwerken. De besturing berust bij al de netwerkleden zelf, die gezamenlijk in de stuurgroep besluiten nemen.

De **administratieve entiteit** is MCH (Medisch Centrum voor huisartsen). Deze zal optreden als verantwoordelijke rechtspersoon namens het consortium ZZL en is de contracterende partner met de overheid zoals bepaald in het KB. Het MCH is een CVBA met huisartsen als leden en heeft een lange traditie in het organiseren van bijscholing, het ondersteunen van zorgverleners en het ondersteunen van projecten en consortia zoals de LMN's en SEL GOAL.

**44. Beschrijf de acties die ondernomen werden of gepland worden om de rollen van de verschillende betrokken partners te verduidelijken ten opzichte van elkaar.**

Net zoals in de conceptualisatiefase wordt een **representatieve stuurgroep** voorzien. In de voorbereidende fase werd een inventaris gemaakt van de rollen van alle partners en engagementen. We voorzien behoudens de overeenkomst met de overheid ook een consortiumovereenkomst tussen de partners.

Gezien de op til zijnde veranderingen vooral rond de **vorming van eerstelijnszones** en de voorlopige duur van 4 jaar van deze projecten werd geopteerd om niet te kiezen voor een nieuwe structuur maar voor een samenwerkend consortium waarbinnen 1 partij zal optreden als verantwoordelijke rechtspersoon met een administratieve bevoegdheid.

**45. Beschrijf de afstemming (methodologie, planning) van het project met externe initiatieven, met minstens:**

⇒ de samenwerkingsmodaliteiten met bestaande wachtstructuren (of andere initiatieven om permanentie te voorzien)

⇒ de samenwerkingsmodaliteiten met lopende innovatieprojecten die binnen de geografische zone zorg aanbieden aan de doelgroep van het pilootproject, zoals bv. Mobile Health, art. 107 projecten, zorgvernieuwingsprojecten protocol 3, B4 overeenkomsten met ziekenhuizen (zie [www.integreo.be](http://www.integreo.be))

Het projectplan geeft aan hoe er zoveel mogelijk met bestaande structuren en projecten wordt samengewerkt. Meer concreet omvat dit:

Talrijke lopende projecten en consortia zoals LMN, SEL goal, artikel 107 consortium, ...

- Protocol 3 projecten zoals OOTT en 24/7 zorg
- De Leuvense zorgproeftuin InnovAge
- De organiserende instanties van wachtdiensten zijn vertegenwoordigd binnen het consortium en er zijn actielijnen rond ongeplande zorg
  - KHOBRA organiseert de huisartsen wachtdienst
  - De apothekers zijn vertegenwoordigd en zullen de wachtdienst beter afstemmen op de huisartsenwachtpost en de spoedgevallendienst
  - Beide ziekenhuizen met spoedgevallendiensten zijn vertegenwoordigd en diverse acties betrekken spoedgevallen diensten ook in dit project

De volledige lijst met initiatieven kan [hier](#) geraadpleegd worden.

## II. INTERNE ORGANOGRAFIE PROJECT MET SAMENSTELLING, BEVOEGDHEDEN EN FUNCTIONERING

**46. Beschrijf de samenstelling, bevoegdheden en functionering van de verschillende structuren die de verschillende processen beheren.**

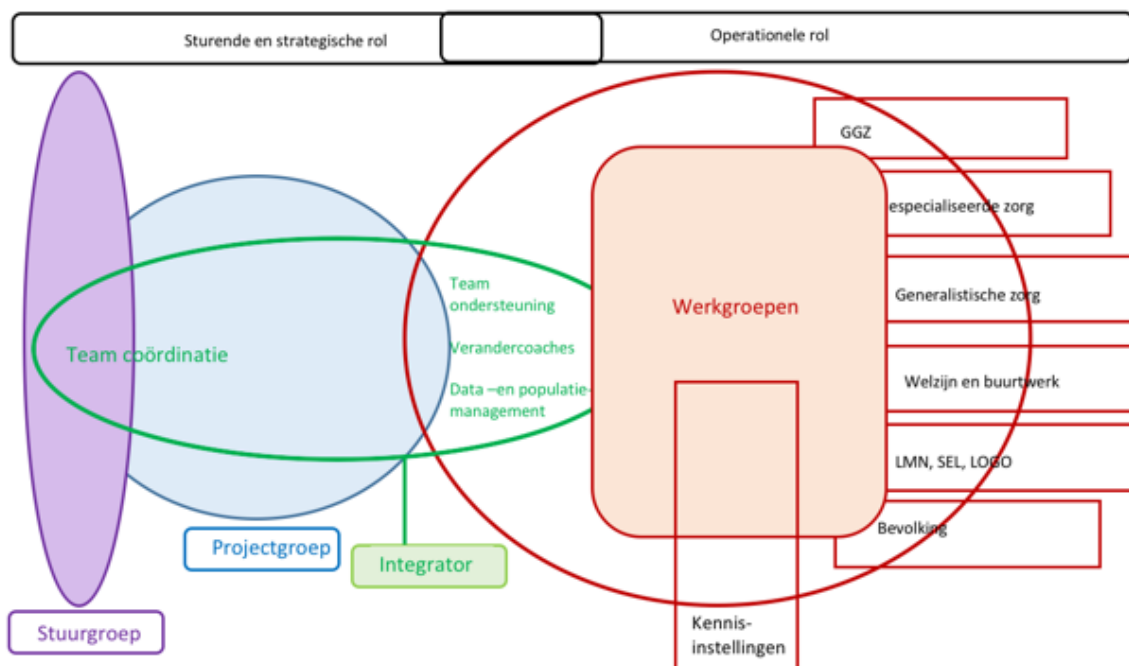
⇒ **Wie is verantwoordelijk voor wat?**

⇒ **Dagelijks bestuur en eindverantwoordelijke**

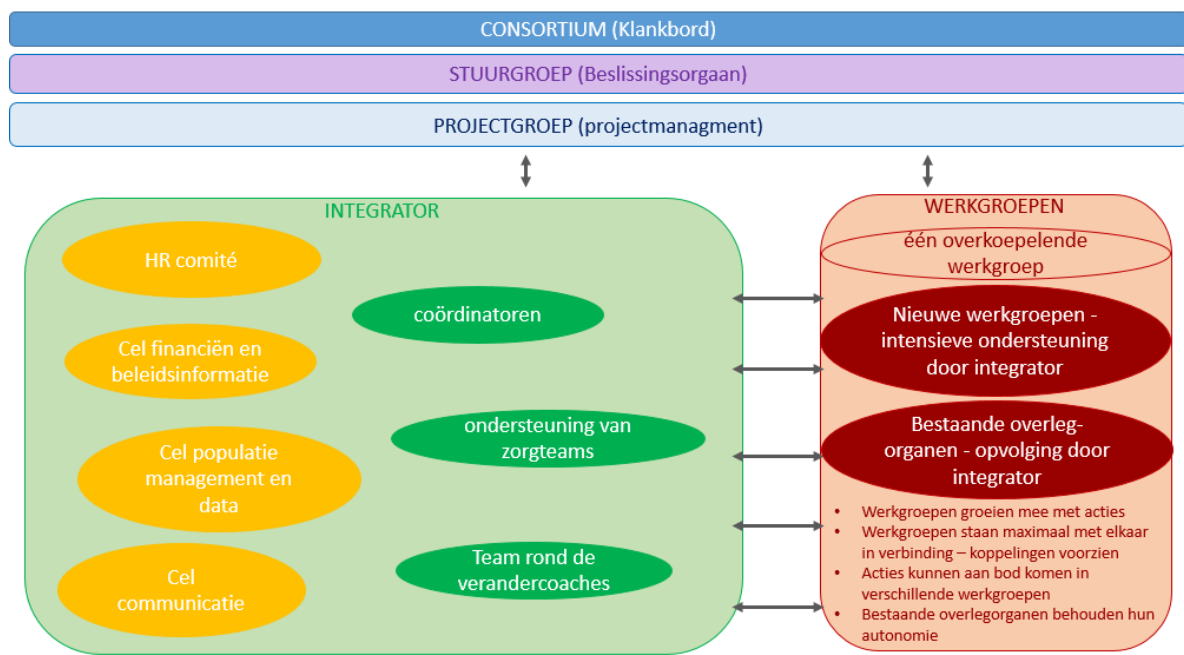
⇒ **Minimum omtrent volgende processen: financieel beheer, communicatie, coördinatie, enz.**

⇒ **Geef aan in het organogram hoe de beslissingsprocessen verlopen.**

### GOVERNANCE STRUCTUUR : SCHEMATISCHE WEERGAVE



Schema 1: algemene governance structuur



Schema 2: continuïteit tussen stuurgroep – projectgroep – cellen – integrator - werkgroepen

#### GOVERNANCE STRUCTUUR: TOELICHTING VAN COMPONENTEN

##### 1. Het Consortium “Zorgzaam Leuven” verbindt:

Het consortium brengt alle partners met verschillende soorten kennis, mensen en middelen samen voor het initiëren en implementeren van acties. Het consortium kan dankzij haar uitgebreid en breed netwerk snel zorgverstrekkers mobiliseren zodat in ‘korte lijn’ kan gehandeld worden (bv. efficiënte communicatie, snel lanceren acties). Alle partners worden mee genomen in de verschillende geledingen van het organogram, zonder echter een efficiënte en transparante werking uit het oog te verliezen.

Zorgzaam Leuven werkt via **co-creatie**: het ontwikkelen van innovatieve acties waarbij van in het begin verschillende partners samenwerken, hun eigen specifieke kennis inbrengen en elkaar versterken.

- We streven naar minimum 2 maal per jaar een brede bijeenkomst van het consortium op een brainstorm- en netwerkevent.
- Om maximale verbinding te verzekeren wordt er **per organisatie of beroepsgroep** voorzien:
- **één contactpersoon**: staat in voor het doorgeven van informatie aan de achterban en is het aanspreekpunt
- **meerdere ambassadeurs**: bij voorkeur georganiseerd per buurt. Staan in voor het overdragen van de missie/visie, het realiseren van draagvlak en het meebrengen van zorgverstrekkers in het verandertraject

##### 2. Een 2 ledig sturingsniveau borgt “continuïteit in sturing”

###### a) Stuurgroep

*Opdracht:*

De stuurgroep draagt de **eindverantwoordelijkheid** van het project.

Kerntaken en beslissingsbevoegdheden:

- het opvolgen van het project in functie van de gesloten conventie en overeenkomsten
- het bewaken van de visie, missie, strategie en de triple aim doelstellingen
- het opmaken en opvolgen van de begroting
- het evalueren en het prioriteiten stellen in de acties

- voor acties waarbij er extra middelen en ondersteuning van het project nodig is: beslissen over het opstarten, verderzetten of stopzetten
- beslissen over de financiering van acties met middelen van het project: investering van shared savings (zie procedures in het financieel plan)
- beslissen over het aanboren van andere financieringskanalen: intekenen op projectcalls, aantrekken van sociaal ondernemerschap
- jaarlijkse evaluatie van de administratieve en operationele doelgroepen. Beslissen over eventuele uitbreiding van de administratieve doelgroep.
- beslissen over de inclusie van nieuwe partners
- beslissingen nemen over personeelsbeleid op advies van het HR comité
- evaluatie van de integrator en het personeel

*Samenstelling:*

De stuurgroep bestaat uit een niet te grote groep vertegenwoordiging van alle consortiumpartners zodat onderlinge vertrouwdsheid kan worden opgebouwd met een sterke representativiteit naar het hele consortium.

Vertegenwoordiging stuurgroep:

- alle eerstelijnspartners
- tweede en derdelijnsorganisaties: HH Leuven, Z.org KU Leuven, UZ Leuven, MCH
- thuiszorg en woonzorg
- stadsdiensten, OCMW en CAW
- patiënten- en mantelzorgorganisaties
- mutualiteiten
- netwerkorganisaties (LMN/SEL/Logo)
- kennisinstellingen: KULeuven, ACHG
- coördinatieteam
- ad hoc aangevuld met raadgevende personen afhankelijk van de behandelde topics

*Frequentie:*

De stuurgroep vergadert 8 maal per jaar

b) Een dagelijks bestuur = De projectgroep

*Opdracht:*

De projectgroep neemt de functie van het **dagelijks bestuur** waar.

Kerntaken zijn:

- Coördinatie van de activiteiten op alle niveaus
- Aanbevelingen van de cellen en werkgroepen samenbrengen en strategische lijnen uitzetten
  - Adviesverlening aan de stuurgroep omtrent beslissingen
  - Voorbereidend werk prioritering acties
- Nauwe interactie met het wetenschappelijk consortium FAITH (contactpersoon FAITH neemt zo mogelijk deel aan de projectgroep)

*Samenstelling:*

De projectgroep bestaat uit:

- Voorzitters van de 3 cellen (zie verder)
- Coördinatie team van de integrator

*Frequentie:*

De projectgroep vergadert maandelijks of meer indien nodig.

### 3. Operationeel niveau

Behoudens de operationele verantwoordelijkheid die gelegd wordt bij de teams in de werkgroepen, die concrete acties ontwikkelen, initiëren en opvolgen, is het zo dat we in de werking enerzijds “expertcellen” voorzien en anderzijds sterk inzetten op een “integratieteam”.

#### a) Expert “cellen” adviseren en ondersteunen inhoudelijk

*Opdracht:*

Er is een noodzaak om voor 3 thema’s aparte expert- en adviescellen in de werking op te nemen. Deze cellen adviseren en ondersteunen en staan in voor het overkoepelend opvolgen van het projectplan. Zij formuleren aanbevelingen om het projectplan bij te sturen. De voorzitters van de cellen nemen deel aan de projectgroep, waar alle aanbevelingen worden gebundeld.

- Cel Financiën en beleidsinformatie
  - Financieel management en ontwikkeling van financiële modellen voor de bestemming van middelen die werden vrijgemaakt door het project
  - beleidsvoorbereidend werk voor de projectgroep en de stuurgroep
- Cel populatiemanagement en data:
  - data management
  - opvolgen resultaatsindicatoren en zelf-evaluatie, in nauwe samenwerking met FAITH.
- Cel communicatie en change
  - verandermanagement
  - communicatieplan uitwerken

*Samenstelling cellen:*

- Voorzitter: elke cel heeft één voorzitter die ook deelneemt aan de projectgroep
- Experts vanuit organisaties en kennisinstellingen
- Ad hoc kan volgens noodzaak een externe expert tijdelijk deelnemen

#### b) Een integratieteam, de “integrator” faciliteert ‘change’

*Opdracht:*

- Acties rond gedragsverandering bij zorgverleners en personen met een zorgnood opzetten
  - Bekendmaking en afstemming
  - Uitwerken van acties rond empowerment verhogend werken samen met partners en kennisinstellingen
  - Intensieve coaching van zorgverleners in verandertrajecten
- Zoeken naar externe financiering en aantrekken van sociaal ondernemerschap
- Verbindingen maken en relaties onderhouden via:
  - Contacten met stakeholders, zowel intern binnen het consortium als extern
  - Realiseren van synergiën tussen acties
  - Draagvlak en vertrouwen bij organisaties
- Ondersteunende taken: organisatie overleg en events, logistiek (bv. verdeling folders), secretariaatswerk, helpdesk
- Communicatieplan uitvoeren

*Samenstelling*

- Coördinatoren: minstens 1 VTE
- Ondersteunende functie in administratie en organisatie

- Verandercoaches\*
  - Expert(en) data-en populatiemanagement\*
- \* volgens beschikbaarheid middelen

#### c) Werkgroepen om de acties te operationaliseren

Er is een onderscheid tussen:

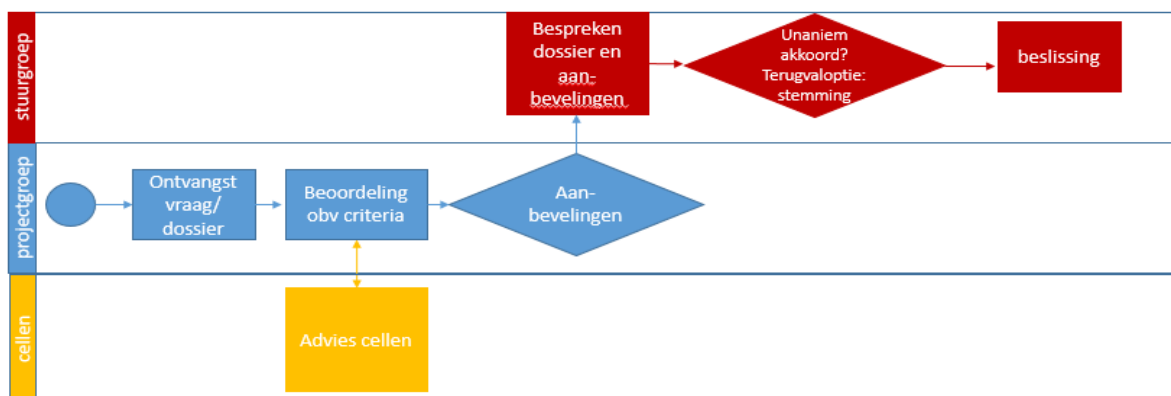
- De **werkgroep “overkoepelend projectmanagement”**: wordt aangestuurd door de coördinator(en) en staat in voor de overkoepelende opvolging van de acties. Hiervoor krijgt zij informatie van de thematische werkgroepen. Het opvolgen van acties met verschillende partners op verschillende locaties vereist aangepaste methodes en tools: niet nodeloos zwaar, maar helder over verantwoordelijkheden, noodzakelijke (tussentijdse) resultaten, timing en budget. Zorgzaam Leuven zal hiervoor gestandaardiseerde procedures voor projectmanagement voorzien. De overkoepelende werkgroep is samengesteld uit minstens één vertegenwoordiger van elke thematische werkgroep.
- De **thematische werkgroepen** opgericht per cluster van acties (bv. zorgzame buurten, medicatie, zorgprogramma's): staan in voor het projectmatig uitwerken, implementeren en opvolgen van acties. Hierbij is er aandacht voor alle fasen: van ontwikkeling, over piloottest, bredere implementatie, monitoring van het proces (kwaliteit, resultaatsgerichtheid, taakverdelingen en engagementen) tot uitrol. De stuurgroep bepaalt de thema's waarvoor een werkgroep wordt opgericht en bewaakt de samenhang met de vorderingen in het projectplan. Hierbij wordt aandacht besteed aan efficiënt en transparant overleg, met het oog op een vlotte doorstroom van informatie doorheen alle geledingen in het organogram.

**Prioritaire werkgroepen:** de werkgroepen worden opgericht rond minimaal volgende thema's: zorgzame buurten, zorgcoördinatie en casemanagement, flexibele thuiszorg, medicatie, flexibele woonzorgcentra, zorgprogramma's, empowerment, gezondheidsbevordering, psychisch welzijn, vroegtijdige zorgplanning, bewegen.

**Samenstelling werkgroepen:** minstens de betrokken partners die nodig zijn voor het ontwikkelen en implementeren van de acties. Voor elke operationele doelstelling is een eindverantwoordelijke werkgroep aangeduid (zie excel in bijlage van het kandidaatsdossier) , die instaat voor de opvolging van het behalen van de vooropgestelde doelstellingen.

#### Beslissingsprocedures

De stuurgroep is bevoegd om beslissingen te nemen. Hierbij wordt een vaste procedure gevolgd (figuur).



### Acties worden geprioriteerd

Een goede werking van een breed consortium zoals Zorgzaam Leuven vereist dat prioritering van acties op de meest objectieve en transparante wijze gebeurt. Daartoe worden op voorhand duidelijke criteria afgesproken en wordt een transparante prioriteringsprocedure gedefinieerd.

De stuurgroep heeft de bevoegdheid om de acties te prioriteren. Dit gebeurt tijdens een vast jaarlijks evaluatiemoment. Het voorbereidend werk gebeurt door de projectgroep op basis van de aanbevelingen vanuit de cellen.

De prioritering berust op de weging van (schema 4: prioritering van acties):

**1. Attractiviteit van de actie:**

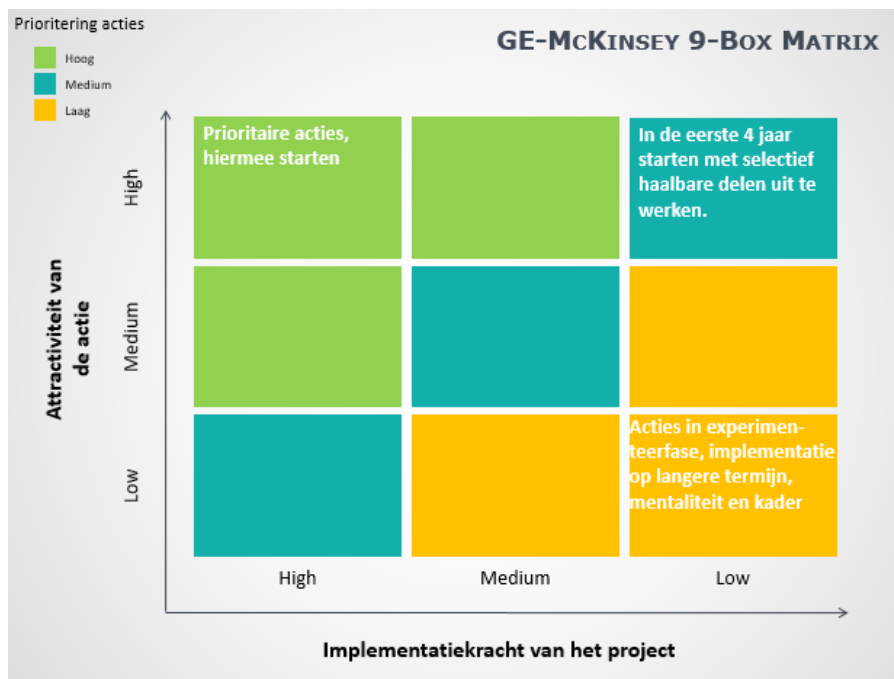
- Belang van de actie in functie van behoeften patiënt en/of zorgverlener
- Katalysator effect van de actie
- Verwachte efficiëntiewinsten

**2. Implementatiekracht van het project:**

- Belasting zorgverleners
- Betaalbaarheid
- Ondersteuningsnood vanuit het project

Bij de prioritering van acties wordt een onderscheid gemaakt tussen:

- Groen: prioritaire acties, in een eerste fase opstarten
- Blauw: portfolio acties waarvan in de eerste 4 jaar selectief haalbare delen worden uitgewerkt volgens beschikbare mensen en middelen
- Oranje: portfolio acties in experimenteerfase, waarbij de focus ligt op draagvlak en kader scheppen. De implementatie wordt gepland op langere termijn.



Schema 4: prioritering van acties

Het jaarlijks evaluatiemoment wordt grondig voorbereid door de projectgroep. Deze verzamelt alle nodige informatie vanuit de cellen en werkgroepen, alsook zelf-evaluatie rapporten via FAITH. Indien

nodig worden aanvullend groepen van zorgverleners en patiënten bevraagd om een goede inschatting te kunnen maken van noden of behoeften en de draagkracht van zorgverleners.

De stuurgroep beslist met consensus over de prioritering van acties. Indien er geen consensus mogelijk is, zal – louter als terugvalpositie – de stuurgroep stemmen en kan deze bij gewone meerderheid aanvaard worden.

#### Bestemming van shared savings

Zie procedure hoofdstuk 3 financieel plan

#### **47. Beschrijf de aanpak van het integratiemanagement van het project.**

⇒ **Geef aan welke expertise ter beschikking zal gesteld worden in een toegewezen team (waar de coördinator deel van uitmaakt) dat het integratiemanagement van het project op zich neemt en dus de werking van het project beheert, bv. expertise in boekhouding, expertise in datamanagement, enz.**

⇒ **Beschrijf het profiel en het takenpakket van de coördinator binnen het project.**

**De operationele aanpak van het integratiemanagement wordt duidelijk en formeel vastgelegd in een overeenkomst tussen de partners, met inbegrip van duidelijke (operationele) bevoegdheden voor de coördinator. Het model van deze overeenkomst (inhoud van het takenpakket) die zal worden gesloten dient toegevoegd te worden als bijlage bij uw kandidatuursdossier.**

#### Samenstelling van het integratiemanagement

- Coördinatoren: minstens 1 VTE
- Ondersteunende functie in administratie en organisatie
- Verandercoaches\*
- Expert(en) data- en populatiemanagement\*

*\*volgens beschikbaarheid middelen*

#### Opdracht:

De missie van het integratieteam bestaat in het faciliteren van de integratie van zorg conform de principes van het nationale plan voor geïntegreerde zorg door:

- de coördinatie van de uitvoering van het locoregionaal actieplan, evenals de communicatie erover naar de bevolking en de aanwezige actoren
- de deelname aan de nationale strategie (co-creatie, kennisontwikkeling en –deling, evaluatie)

Het personeel komt in dienst via een arbeidsovereenkomst of sluit een dienstenovereenkomst af met de contracterende partner (MCH). Het integratieteam vormt de verbinding tussen werkgroepen, expertcellen, projectgroep en stuurgroep. Het team functioneert **onafhankelijk** en **neutraal** ten opzichte van de partners en behartigt de belangen van het pilootproject in zijn geheel.

## COÖRDINATOREN

#### Profiel coördinator(en):

- kennis van de pilootzone en het zorglandschap
- kennis van de organisatie van zorg- en hulpsystemen
- luistervaardigheid en bemiddelingstechnieken om te komen tot een consensus
- projectmanagement vaardigheden

- change management vaardigheden
- presentatie- en vergadertechnieken
- redactievaardigheden van verslagen en rapporten

#### Opdracht coördinator(en)

- het project coördineren met aandacht voor evenwicht en harmonie binnen het consortium
- netwerkleiderschap opnemen passend bij een niet-hiërarchische netwerkstructuur. De functie van leiderschap richt zich op verbinding, navigatie, realisatie door duidelijke en gedeelde verantwoordelijkheden te leggen bij de partners in het consortium
- gedragsverandering teweeg brengen bij zorgverleners en personen met een zorgnood via specifieke acties, ondersteund door verandercoaches
- zoeken naar externe financiering
- verbindingen maken en relaties onderhouden met stakeholders, realiseren van synergieën tussen acties, zorgen voor draagvlak en vertrouwen
- informeren en inspireren van alle partners binnen en buiten het consortium m.b.t. de verschillende initiatieven
- de stuurgroep informeren over de voortgang en evaluatie van de acties
- communiceren naar de bevolking en naar zorgverleners, stakeholders
- er wordt één aanspreekpersoon aangesteld die het project vertegenwoordigt t.o.v. de overheden, eventuele problemen rapporteert naar de Interadministratieve Cel Chronische Ziekten, deelneemt aan de nationale overleg-, vormings- en intervisiemomenten

#### Aanwerving:

Bij aanvang project

### **ORGANISATORISCHE – ADMINISTRATIEVE ONDERSTEUNENDE FUNCTIE**

#### Profiel

- Uitgebreide kennis en vlot werken met standaardprogramma's voor PC (Windows, Office, Exchange,...)
- Een softwarepakket voor tekstverwerking gebruiken: opmaken van teksten, documenten, brieven met specifieke software voor tekstverwerking, nieuwsbrieven
- Een rekenblad of spreadsheet (bv. excel) opmaken en bewerkingen uitvoeren
- Elektronische post (e-mail) vlot hanteren
- Agenda beheren (afspraken, reservaties, opdrachten, enz.)
- Efficiënte opzoeken op inter- en intranet maken
- Klaviervaardigheid hebben
- Beschikken over sterke vergadertechnische vaardigheden
- Goede verbale, telefonische & elektronische communicatievaardigheid hebben
- Het internet & multimedia gebruiken, goede kennis van sociale media
- Basiskennis boekhouding
- Zelfstandig en gestructureerd werken

#### Opdrachten

- operationele uitvoering van het communicatieplan
- organisatie overleg en events
- logistiek (bv. verdeling folders)
- secretariaatswerk
- helpdesk
- boekhouding

Aanwerving:

Bij aanvang project.

## **VERANDERCOACHES**

Opdrachten verandercoaches:

- Coachen, ondersteunen en begeleiden van multidisciplinaire zorgteams op buurtniveau: stimuleren tot verandering en opvolgen acties, leren van elkaar, samenwerken en communiceren, bewaken van welzijn
- Bewaken van de draagkracht van zorgteams en een juiste verhouding weten te bewerkstellingen tussen verandering en mogelijkheden
- Helpen uittekenen van een groeitraject met de teams en de uitwerking hiervan mee opvolgen
- Nauw betrokken zijn bij de werking van het multidisciplinair team op buurtniveau en vertrouwd aanspreekpunt vormen indien er zich problemen of moeilijkheden voordoen
- Problemen bij implementatie en in het groeitraject van teams detecteren en haalbare oplossingen voor implementatie mee formuleren
- Ondersteunen in de implementatie van het actieplan
  - Bewaken van het tijdsmanagement van diverse acties
  - Samenwerking rond de acties stimuleren en doelstellingen mee formuleren
  - Creativiteit en ondernemerszin stimuleren bij multidisciplinaire zorgteams, en de voorwaarden voor een creatieve en ondernemende invulling van acties realiseren
  - Voorbereiden en voorzitten van regelmatig overleg in functie van actieplan en doelstellingen
  - Is nauw betrokken bij wat zich afspeelt in multidisciplinaire teams en indien overleg of opvolging vereist is, dan initieert de verandercoach actie en doet de verdere opvolging
  - Mee opvolgen van noden rond logistieke en administratieve ondersteuning
- De integrator informeren over de voortgang van acties op buurtniveau en de resultaten van de lokale evaluatie ervan
- De integrator informeren over nieuwe of creatieve invullingen van acties op buurtniveau die potentieel hebben om breder in te zetten in andere buurten of overheen de regio

Aanwerving:

Coaching is onmisbaar voor gedragsverandering en een vlotte implementatie van acties en moet reeds aanwezig zijn bij aanvang van het project. Bij aanvang project: 0.5 VTE. Van zodra extra middelen beschikbaar, worden extra coaches aangenomen.

## **EXPERT DATA – EN POPULATIEMANAGEMENT**

Opdrachten van expert data – en populatiemanagement

- Verzamelt correcte en complete gegevens m.b.t. de vastgelegde indicatoren
- Staat in voor data-beheer, stockage en analyse en stelt evaluatierapporten op
- Identificeert “best practices” om de vooropgestelde interventies/processen te implementeren
- Neemt deel aan de cel populatiemanagement –en databeheer
- Werkt in nauw overleg met FAITH, healthdata.be en IMA

Aanwerving:

Van zodra voldoende middelen beschikbaar zijn. In de opstartfase kunnen mogelijk middelen geput worden uit onderzoeksprojecten. Het voormalige Hercules programma van het FWO is bijvoorbeeld een

optie. Er worden tevens 2 aanvragen voorbereid voor gesubsidieerde projecten. Deze aanvragen zullen eind september 2017 ingediend worden.

**48. Beschrijf hoe patiënten(verenigingen), mantelzorger(verenigingen) en ziekenfondsen op een betekenisvolle manier betrokken worden bij de besluitvorming van uw project.**

Deze zijn enerzijds betrokken in de stuurgroep en het consortium en worden vandaaruit uitgenodigd voor alle activiteiten. Anderzijds zal ZZL waar nodig afstemmen met patiënten en mantelzorgverleners zoals dat ook tijdens de conceptualisatie fase gebeurde. Dit kan enerzijds door gerichte bijeenkomsten en anderzijds door bevestigingen van de doelgroep in samenwerking met FAITH.

Het streefdoel is om alle ziekenfondsen actief te betrekken in de cel financiën en de cel data-en populatiemanagement.

## 6. COMMUNICATIEPLAN

**Opmerking:** Uw communicatieplan is een tweerichtingscommunicatie: van project naar de verschillende stakeholders en van de verschillende stakeholders naar het project.

**49. Beschrijf de communicatie met de bevolking (externe actoren, actoren niet opgenomen in het consortium), bv. (nog) niet-deelnemende gezondheidswerkers en welzijnsactoren, de bevolking in de regio, lokale overheden, enz.**

⇒ **Wie communiceert wat?**

⇒ **Naar wie?**

⇒ **Met welke reden?**

⇒ **Op welke manier?**

Het antwoord op deze vraag is tweeledig. Eerst geven we de algemene principes van de communicatiestrategie weer, die geldt voor communicatie met alle doelgroepen (bevolking en consortium). Vervolgens beschrijven we de communicatie met de bevolking.

### ALGEMENE COMMUNICATIESTRATEGIE

Om de doelstellingen te bereiken is een **communicatiestrategie** nodig die meegroeit naargelang de uitvoering van het projectplan vordert.

#### Wie?

- De **integratorfunctie** neemt de coördinerende rol op in communicatie
- Er wordt een **cel communicatie** opgericht die samengesteld is uit communicatieverantwoordelijken van de partners en eventueel (ad hoc) externe experts. De coördinator vormt de verbinding tussen de cel communicatie enerzijds en anderzijds de stuurgroep, projectgroep, integrator en werkgroepen
- De opdracht van de cel communicatie bestaat uit:
  - het communicatieplan uitwerken
  - de coherentie van de communicatie bewaken
  - zorgen voor voldoende betrokkenheid van alle partners en doelgroepen/populatie
  - de tussentijdse evaluatie van de communicatie
- De opdracht van de coördinator bestaat uit:
  - **informatie verzamelen** vanuit de cellen, de stuurgroep en de werkgroepen. Per actie wordt een communicatieplan opgemaakt met inhoud, timing en doelgroep.
  - zorgen voor een **goede doorstroom** van informatie tussen de werkgroepen, integrator, cellen, projectgroep en stuurgroep.
  - de communicatie voorbereiden volgens het communicatieplan
  - de ondersteunende functie aansturen, die instaat voor de **operationele uitvoering** van de communicatie

### Doel van het communicatieplan

De cel communicatie zal een plan uitwerken voor de bevolking, de geïncorporeerde personen en voor het consortium, met als doel:

- overbrengen van de visie gericht op verandering, mentaliteitswijziging
- het project een positief imago aanmeten en associatie met gezondheid
- sensibiliseren tot actieve deelname aan het project
- informatie overbrengen
- terugkoppeling en motivatie

- bekendmaking op regionaal en nationaal niveau
- aantrekken sociaal ondernemerschap
- aantrekken van potentiële nieuwe partners
- rapporteren en terugkoppeling naar overheden, stakeholders, beleidsorganen

### **Elementen van het communicatieplan**

- Doelgroep en boodschap: welke doelgroep moet welke boodschap krijgen?
- Vorm: bv. artikel, interview, getuigenis
- Lay-out: logo en huisstijl
- Communicatiekanalen: welke zijn geschikt voor welke doelgroep?
- Frequentie van communicatie: niet te veel, niet te weinig, via voldoende kanalen om iedereen te bereiken
- Eigenschappen: laagdrempelige en makkelijk begrijpbare communicatie
- Verzender: wie verstuurt de communicatie? Direct vanuit het project en/of indirect via een communicatielijn van de partner?
- De rol van de verschillende partners in communicatie: wie communiceert wat, naar wie?
- De evaluatie van de communicatie: in de beginfase van het project is er een driemaandelijke opvolging en bijsturing. Bepalen van de indicatoren: bv. aantal gebruikers van de website, aantal geopende nieuwsbrieven.
- In kaart brengen van de kostprijs voor het realiseren van de beoogde communicatiedoelstellingen. Hieronder valt: de ontwikkeling en het onderhoud van communicatiemiddelen (bv. websites, schrijven, opmaak, drukwerk), de verspreiding ervan (bv. verzenden van brieven), het organiseren van bijeenkomsten). Om dit alles te financieren wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de bestaande kanalen.

### **Communicatiekanalen**

#### **1. geschreven communicatie**

- sterke website met interactieve delen (tweerichtingscommunicatie)
- gerichte e-mail communicatie (tweerichtingscommunicatie)
- engagerende sociale media (tweerichtingscommunicatie)
- lokale en nationale pers en tijdschriften
- nieuwsbrieven
- folders en affiches

#### **2. mondelinge communicatie (alle kanalen laten tweerichtingscommunicatie toe)**

- kick offs
- plenaire voorstellingen, infomomenten, consortiumbijeenkomsten
- workshops, interactieve sessies
- persoonlijke en telefonische contacten
- focusgroepen, bv. georganiseerd door ziekenfondsen of patiëntenverenigingen
- filmpjes
- individuele coaching

### **Nota: de website**

Elke partner creëert op de eigen website links naar de Zorgzaam Leuven website. Er kan een besloten deel voorzien worden voor beschermde informatie zoals bv. verslagen. De website wordt interactief opgesteld en kan gebruikt worden om informatie over te brengen, oproepen en vragen te lanceren, online enquêtes te organiseren, vragen te posten, ....

## **COMMUNICATIE MET DE BEVOLKING**

### **Naar wie?**

- burgers, stakeholders, nog niet aangesloten professionals, lokale overheden, enz.

### **Doel?**

De bevolking: burgers

- Zorgzaam Leuven positioneren als 'een project dat streeft naar meer welzijn en gezondheid voor de Leuvense burger'
- Via het campagnemateriaal burgers reeds informeren in de wachtkamer, ter voorbereiding en ondersteuning van het inclusiegesprek met hun zorgverlener
- De inclusieprocedure uitleggen, alsook rechten en bescherming van de persoonlijke levenssfeer in het kader van gegevensdeling
- Behoeften/meningen van de bevolking verzamelen en hiermee rekening houden bij de besluitvorming van het project. Er wordt hiervoor gebruik gemaakt van kanalen die tweerichtingscommunicatie toelaten

Stakeholders en niet aangesloten professionals:

- Nieuwe stakeholders aantrekken die van betekenis kunnen zijn voor het project (bv. dienstverleners)
- Nog niet aangesloten professionals overtuigen om deel te nemen aan het project. Bijkomend worden professionals gesensibiliseerd via hun eigen organisatie-gebonden kanalen (zie onder communicatie binnen het consortium)
- Om effectieve toetreding tot het project te stimuleren zal er gewerkt worden via 'peterschap'. In elke werkgroep wordt bepaald welke de ontbrekende partners zijn. Leden van de groep nemen het op zich om die partners te benaderen en hen te motiveren om in te stappen.

**Mogelijke kanalen:** flyers, affiches, artikels in lokale pers en tijdschriften, radio, TV, persoonlijke en telefonische contacten, nieuwsbrieven, lezingen, e-mails, interviews, infovergaderingen, events, sociale media (bv. facebook)

**Verantwoordelijken:** alle partners, zoveel mogelijk via bestaande kanalen

### **Opvolgindicatoren:**

- elke twee maanden een artikel in lokale pers
- halfjaarlijkse flyers/affiche-verdeling om het project bekend te maken in wachtkamers, apotheken, openbare ruimten, dienstencentra, woonzorgcentra, stadsdiensten, enz.

### **50. Beschrijf de communicatie binnen het consortium**

⇒ **Wie communiceert wat?**

⇒ **Naar wie?**

⇒ **Met welke reden?**

⇒ **Op welke manier?**

## **COMMUNICATIE BINNEN HET CONSORTIUM**

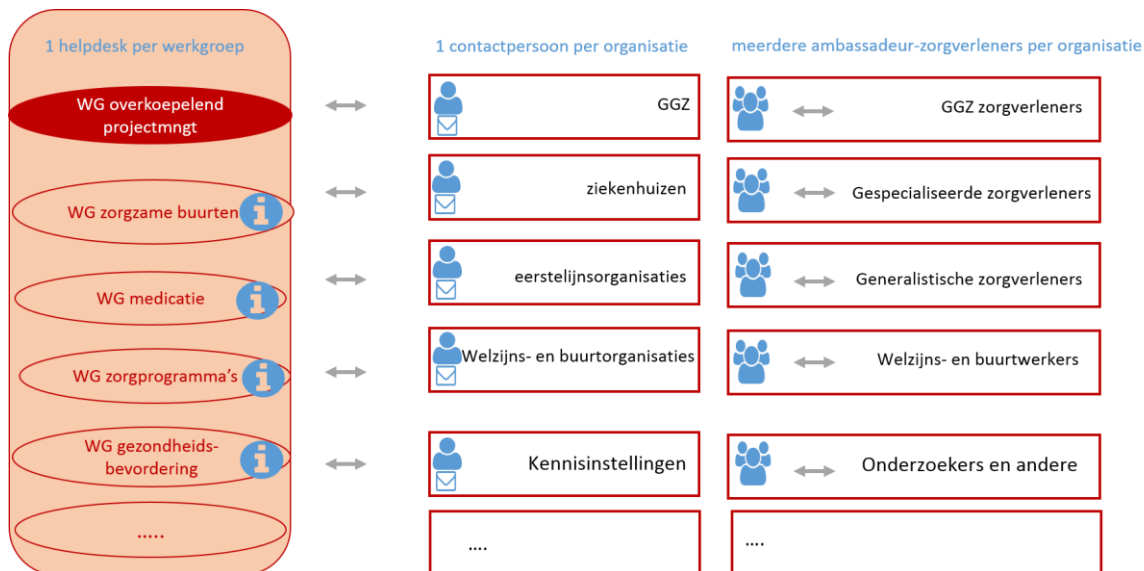
Op projectniveau is het vooral belangrijk dat de projectpartners elkaar via een **gestructureerde informatie- en communicatiestroom** vinden en informatie terugkoppelen, bijsturingen bespreken. Projectresultaten moeten gedocumenteerd en transparant gedeeld worden. Per werkgroep worden **tussentijdse rapporten**

en een **eindrapport** opgesteld met daarin het doorlopen werkproces, de bereikte resultaten en successen alsook de problemen die bij het uitvoeren van de acties optraden zodat deze kunnen dienen als benchmark of als best practice voor vervolgacties en -projecten. De rapporten worden gebruikt om de jaarlijkse evaluatie voor te bereiden. Voor de wisselwerking tussen de stuurgroep, projectgroep, integrator, cellen en werkgroepen: zie hoofdstuk 5 “Governance van het project”.

#### Communicatie tussen project en professionals

De wederzijdse interactie tussen individuele professionals en werkgroepen is erg belangrijk.

- Heldere en begrijpbare communicatie voor professionals. In de communicatie met professionals zal op een heldere manier uitgelegd worden wat de acties inhouden voor hun dagdagelijkse manier van werken en wat voor hen de meerwaarde is van een actieve deelname.
- Er moet minstens een **helpdesk** (via mail en eventueel ook telefonisch) voorzien worden per werkgroep.
- Om de tweerichtingscommunicatie te verzekeren, heeft **elke betrokken organisatie een contactpersoon** die de functie opneemt van meldpunt, doorgeefluik. Zie figuur 1.
- Er worden **per organisatie of beroepsgroep een aantal zorgverleners aangeduid als ‘ambassadeurs’** die een voortrekkersrol opnemen om de andere zorgverleners te sensibiliseren en te activeren. Indien mogelijk worden de ambassadeurs op niveau van een buurt georganiseerd.
- Opvolgindicatoren: aantal ambassadeurs per buurt, aantal ingezette communicatiekanalen



*Figuur 1: tweerichtingscommunicatie steunend op werkgroepen, contactpersonen en ambassadeurs*

#### Engagementen van professionals

De individuele zorgverleners zullen via verschillende kanalen uitgenodigd worden om een actief engagement op te nemen in het project. In de eerste fase (2018-2019) zal de integrator samen met de consortiumpartners hier intensief op inzetten. Ook in de latere fasen van het project blijft ‘change management’ een belangrijke opdracht.

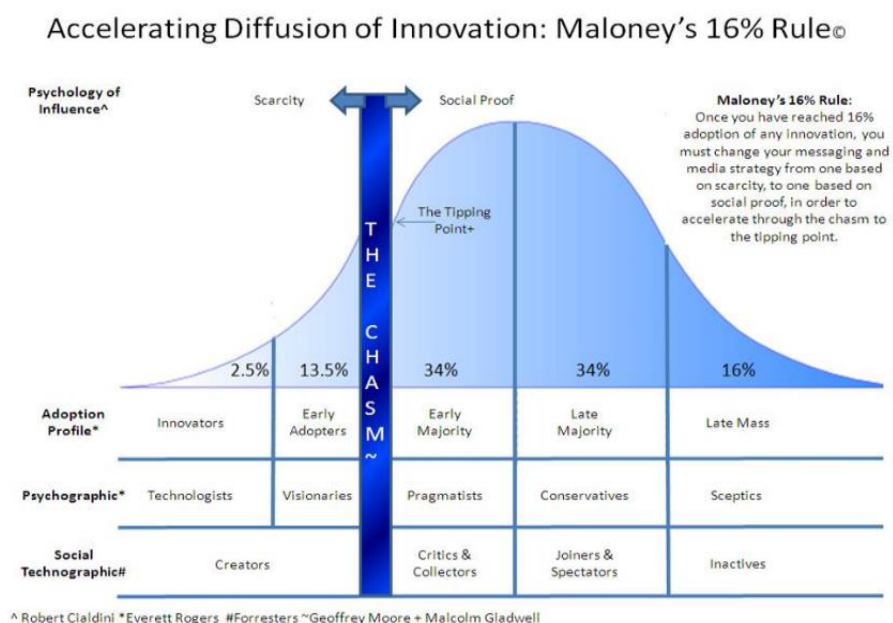
We verdelen de zorgverleners in 4 groepen (figuur 2) (diffusietheorie van innovatie - Everett Rogers)

- 2.5% innovators: deze kleine groep zorgverleners is de eerste die bepaalde acties of teamwerking wil uitproberen

- 13.5% pioniers: deze groep is aanzienlijk groter dan de 'innovators'. Zij spelen een belangrijke rol in de mond tot mond reclame
- 34% voorlopers: deze groep kijkt in eerste instantie de kat uit de boom voordat ze instappen in het project
- 34% achterlopers: een groep die afwacht tot het vertrouwen groot genoeg is. Deze groep heeft zekerheid en overtuigingskracht nodig
- 16% achterblijvers: deze groep houdt niet van vernieuwing en is moeilijk mee te krijgen tijdens de eerste jaren van het project

#### Doelstellingen naar actief engagement

- 2018-2019: 20% van de professionals
- 2019-2020: 40%
- 2020-2021: 80%



Figuur 2: diffusietheorie van innovatie - Everett Rogers

#### **51. Beschrijf de communicatie met de doelgroep (zowel geïncludeerd als te includeren personen)**

- ⇒ **Wie communiceert wat?**
- ⇒ **Naar wie?**
- ⇒ **Met welke reden?**
- ⇒ **Op welke manier?**

Doel: overdracht van informatie naar de juiste doelgroep met het juiste communicatiemiddel

- mogelijke kanalen: flyers, affiches, artikels in pers en tijdschriften, radio, TV, persoonlijke en telefonische contacten, nieuwsbrieven, lezingen, e-mails, interviews, infovergaderingen, focusgroepen, events, sociale media
- verantwoordelijken: alle partners, zoveel mogelijk via bestaande kanalen
- opvolgindicators:
  - elke twee maanden een artikel in lokale pers (vb. stadskrant Leuven)
  - halfjaarlijkse flyers/affiche-verdeling
  - getuigenissen: jaarlijks bij minstens 10 patiënten en 10 mantelzorgers
  - jaarlijks minstens 2 communicaties in nieuwsbrieven/ledenkranten/tijdschriften van partners

- open dagen in buurtgerichte organisaties die de werking toelichten en hun engagement zichtbaar maken of infoavonden in de buurten

Per actie wordt een communicatieplan gemaakt, dat wat betreft inhoud en begrijpbaarheid is afgestemd op de doelgroep. Voorbeeld van een actieplan communicatie:

|                    |                                                                                                                                 |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Doelgroep          | Bv. alle bewoners van een bepaalde buurt, bv. patiënten geïnccludeerd in een zorgprogramma                                      |
| Boodschap/doel     | Wat willen we bereiken met de communicatie? Bv. informeren over een verbeteractie (gezonde levensstijl, zorgprogramma, ...)     |
| Communicatiekanaal | Bv. nieuwsbrief, informatiesessie                                                                                               |
| Timing             | Op welk tijdstip of in welke periode/fase van het project                                                                       |
| Wie                | Wie stelt de communicatie op en is verantwoordelijk voor het respecteren van het plan? Wie is de verzender van de communicatie? |

De partnerorganisaties van Zorgzaam Leuven bieden hun communicatiekanalen naar professionals en patiënten/burgers aan. Voor een overzicht zie [bijdrageformulier](#)