

Zorgregio's – uw toekomst?

- Kennisdomein huisartsenkringen -

26 augustus 2014

Agenda

- Inleiding: situering vraagstelling Vlaamse Overheid
- Voorstelling plan functionele zorgregio's
- Doelstelling organisatie chronische zorg
- Hoe concreet uw zorgregio organiseren? Een praktijkvoorbeeld
- Lancering pilootprojecten
- Verdere afspraken en timing

Agenda

Inleiding: situering vraagstelling Vlaamse Overheid

Dr. Yves Rosiers

kringloketvoorzitter en lid kennisdomein huisartsenkringen

Situering vraagstelling overheid

Performante eerste lijn waarin een adequate zorg rond de patiënt georganiseerd wordt

Situering vraagstelling overheid

- Performante eerste lijn
 - Geen afstemming verschillende organisatiestructuren op het terrein
 - Huisarts op snijpunt van assen zorg en welzijn

Situering vraagstelling overheid

- **Performante eerste lijn**

- Maar partners vaak onbekend (vooral welzijn), mogelijkheden eveneens (premies,...), soms wrevel (gebiedsoverschrijding disciplines, papierwerk,...)
- Veranderde taak van huisarts:
 - detectie, verwijzing en zorg-/welzijnsmanagement
 - maar ook preventie
 - in de toekomst ook epidemiologie, begeleiding levenseinde, ...

Situering vraagstelling overheid

- Adequate zorg
 - Nood aan doorgedreven samenwerking
 - Chronic care model als uitgangspunt

Situering vraagstelling overheid

- Patiënt
 - Patiënt staat centraal
 - Zorgteams ondersteunen de patiënt

Situering vraagstelling overheid

- **Organisatie**

- Huisartsenkringen sluiten op dit moment best aan bij de zorgregio's
- Organisatie op kleinstedelijk, lokaal niveau en grootstedelijk - regionaal niveau

Situering vraagstelling overheid

- De uitdaging van morgen: hoe kunnen we een performante eerste lijn organiseren?
 - Hoe kunnen we dit model in de praktijk brengen?
 - Hoe kunnen we dit praktisch werkend maken?

Uitdaging: hoe performante eerste lijn organiseren?

- Opdracht Domus Medica 2013-voorjaar 2014
 - Functionele kleinstedelijke mesoniveau's uitgetekend (i.s.m. brede eerste lijn per provincie)

Uitdaging: hoe performante eerste lijn organiseren?

- Opdracht Domus Medica 2014
 - Hoe dit voorstel in de praktijk brengen?
 - In elke provincie minstens 3 huisartsenkringen identificeren die met andere eerstelijnsdisciplines tot consensus komen over een kleinstedelijk praktijkondersteunend mesoniveau
 - Uitwerken elektronische database voor HAK gebaseerd op het generisch kringmodel

Agenda

Voorstelling plan functionele zorgregio's

Gert Merckx

Domeinverantwoordelijke kennisdomein kringen

Voorstel met voorkeur huisartsen Vlaams-Brabant en Limburg

Voorstel met voorkeur huisartsen Vlaams-Brabant en Limburg

Provinciegrens

Westhoek

Oostkust

West-Limburg

Antwerpen

Brussels

Leuven

Provinciegrens

Voorstel functionele mesoniveau's (63)

Situatie huidige zorgregio's Limburg (10)



legende zorgregio's

Bilzen	Lommel	Sint-Truiden
Bree	Maaseik	Tongeren
Genk	Maasmechelen	
Hasselt	Neerpelt	

Voorstel functionele mesoniveau's Limburg (9)



legende

	GAOZ		Sint-Truiden - Borgloon en Omgeving
	Herkenrode		Wendelen
	Limburg Noord		West Limburg
	Maas & Kempen		Zuid Oost Limburg
	Midden West-Limburg		

Krachtlijnen Limburg

- Consensus HAK via Limburgs huisartsenplatform
- Uitgebreid werkveld welzijn en gezondheid betrokken via open AV Listel vzw
- Grotendeels overeenstemming (gezondheid en welzijn) behalve regio Bree en Meeuwen-Gruitrode
- 6 op 9 voldoen aan norm 75000-125000 inwoners (t.o.v. 2 bij huidige zorgregio's).

Situatie huidige zorgregio's W-VL (15)

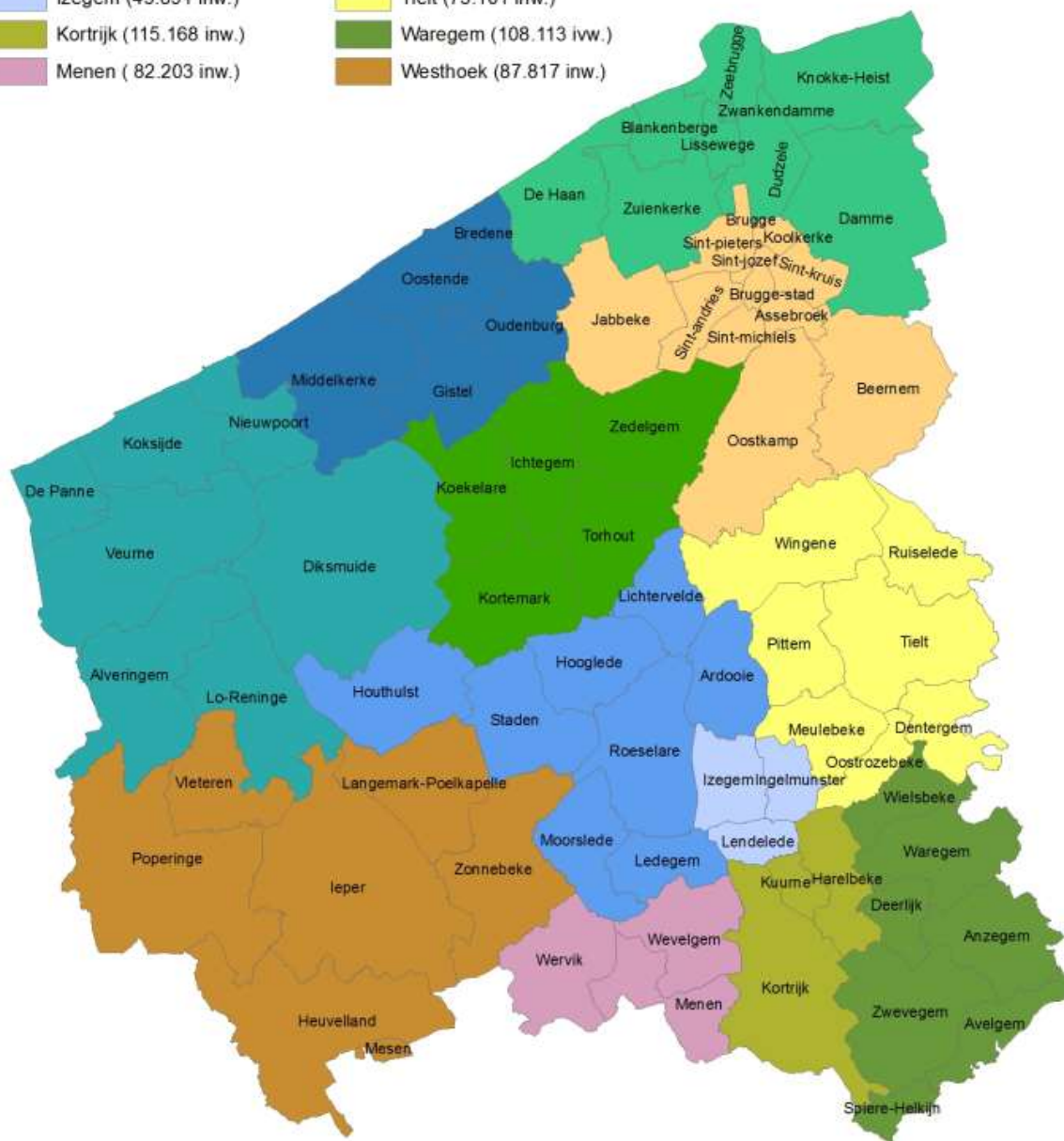


Kleinstedelijke zorgregio's

Blankenberge	Menen
Brugge	Oostende
Diksmuide	Poperinge
Ieper	Roeselare
Izegem	Tielt
Knokke-Heist	Torhout
Kortrijk	Veurne
	Waregem

Nieuwe zorgregio's

Brugge (158.343 inw.)	Oostende (126.563 inw.)
Houtland (77.299 inw.)	Oostkust (89.121 inw.)
Ijzer en Westkust (80.631 inw.)	Roeselare (128.319 inw.)
Izegem (43.891 inw.)	Tielt (73.101 inw.)
Kortrijk (115.168 inw.)	Waregem (108.113 inw.)
Menen (82.203 inw.)	Westhoek (87.817 inw.)



domus
medica

Voorstel
functionele
mesoniveau's
W-VL (12)

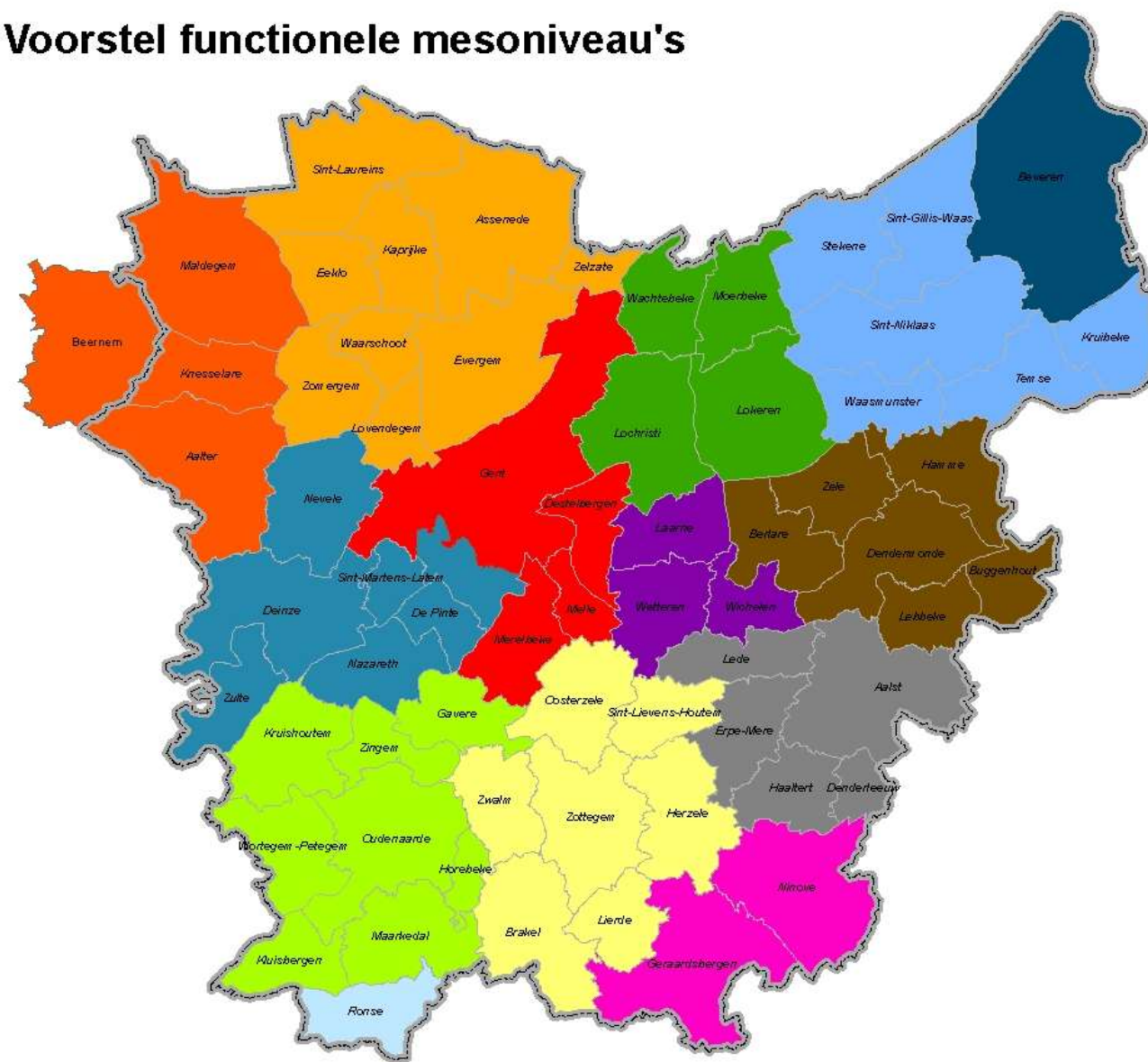
Krachtlijnen W-VL

- Van 15 regio's (0 voldeden aan norm) naar 12 regio's (10 voldoen aan norm).
- Overeenstemming huisartsen via West-Vlaams huisartsenplatform.
- Grotendeels consensus eerste lijn.



Situatie huidige zorgregio's O-VL (14)

Voorstel functionele mesoniveau's



Bron data: Domus Medica vzw
 Bron kaartmateriaal: Voorlopig referentiebestand gemeentegrenzen, toestand 22/05/2003 (OC GIS-Vlaanderen)
 Verwerking: Steunpunt Sociale Planning; socialeplanning@oost-vlaanderen.be

Voorstel functionele mesoniveau's O-VL(14)

Krachtlijnen O-VL

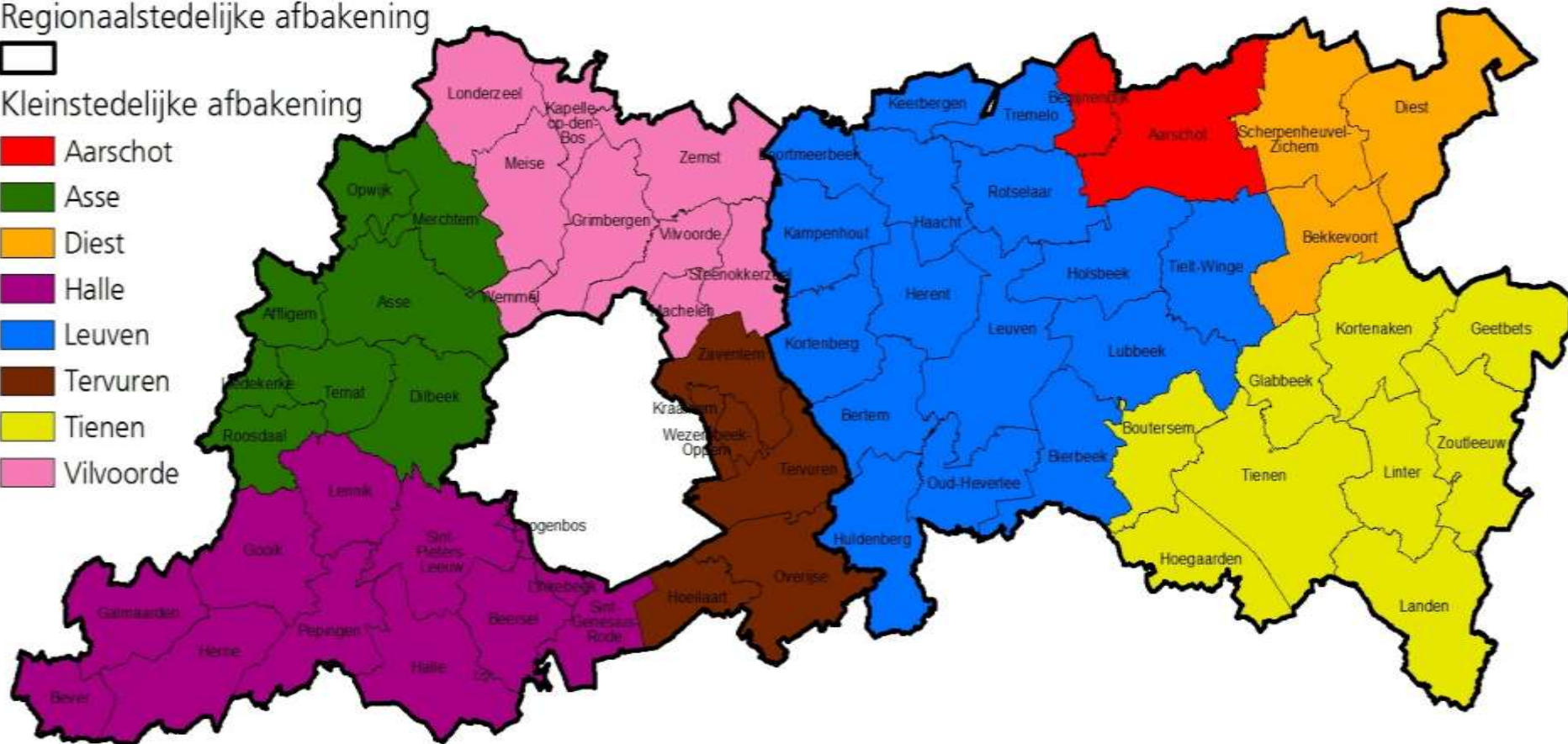
- Aantal zorgregio's bleven behouden.
- Sommige grenzen hertekend in consensus tussen de kringen in het O-Vlaams huisartsenplatform
- Uitgebreid overleg met alle eerstelijns partners
- Enkele knelpunten (hangen vooral nauw samen met organisatie van de wachtdienst)

Regionaalstedelijke afbakening

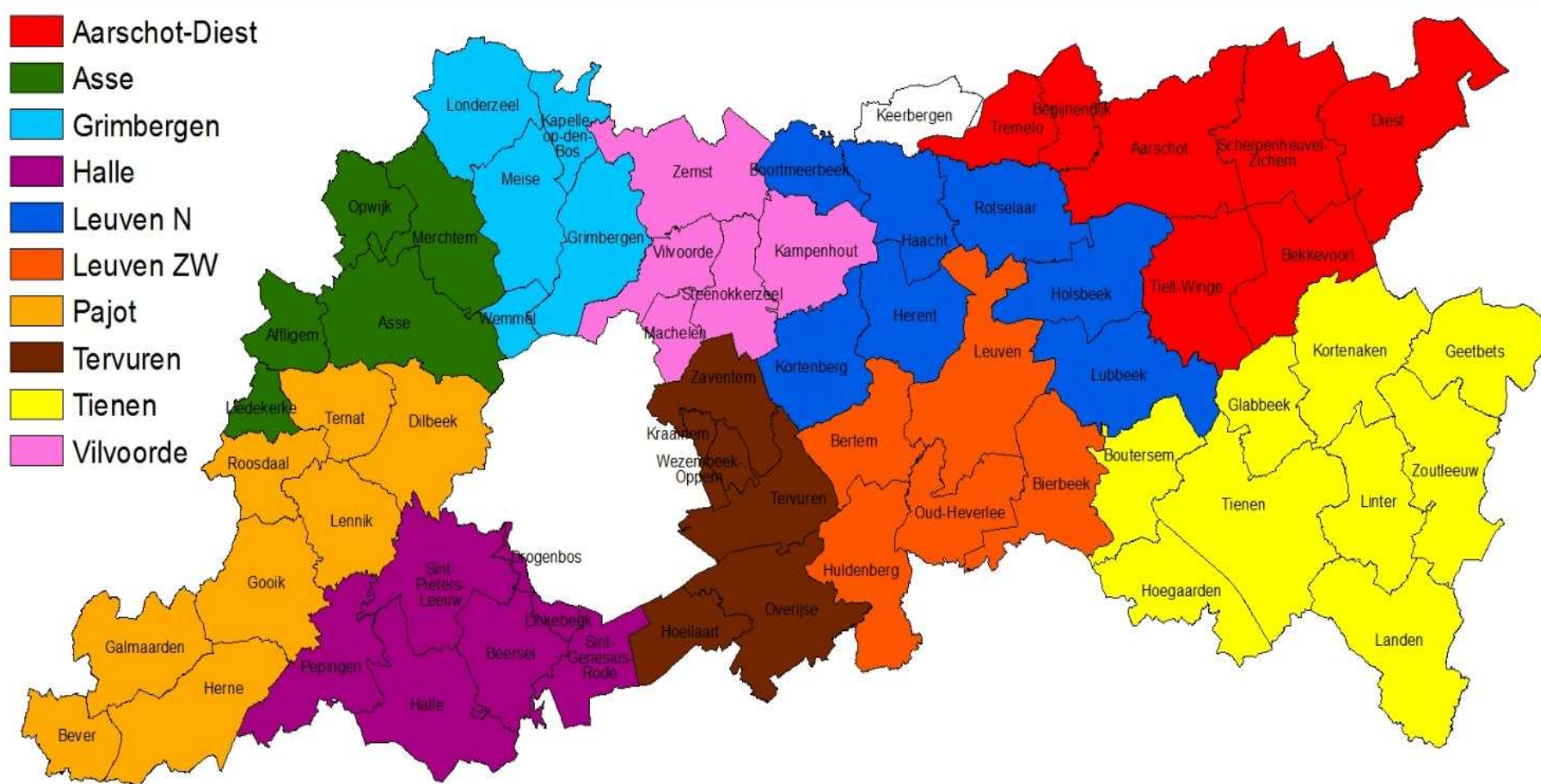


Kleinstedelijke afbakening

- Aarschot
- Asse
- Diest
- Halle
- Leuven
- Tervuren
- Tienen
- Vilvoorde



Situatie huidige zorgregio's
Vlaams-Brabant (8)



Voorstel functionele
mesoniveau's Vlaams-
Brabant (10)

Krachtlijnen Vlaams-Brabant

- Consensus huisartsenkringen.
- Uitgebreid werkveld welzijn en gezondheid betrokken in werkgroepen.
- Grotendeels overeenstemming (gezondheid en welzijn) behalve voor regio Leuven (huisartsen vragen maximale opsplitsing in 2).
- 8 van de 10 voorgestelde regio's voldoen aan norm (2 wijken licht af).

ANTWERPEN
BRASSCHAAT
SCHILDE
MORTSEL
MECHELEN
BOOM
LIER
TURNHOUT
HOOGSTRATEN
GEEL
HERENTALS
MOL



Situatie huidige zorgregio's Antwerpen (12)



Voorstel functionele mesoniveau's

Antwerpen (17)

Krachtlijnen Antwerpen

- Consensus huisartsenkringen.
- Uitgebreid werkveld welzijn en gezondheid betrokken in werkgroepen. Bevraging werkveld.
- Grotendeels overeenstemming (gezondheid en welzijn) behalve voor regio Pallieterland. Stad Antwerpen verder aftoetsen met alle partners.
- Van 12 naar 17 zorgregio's.
- Van 2 naar 9 regio's die voldoen aan de norm. (7 andere wijken slechts licht af)

Eindconclusie

- Diverse spelers eerste lijn, zowel op het zorgende als op het welszijnsvlak, nergens georganiseerd volgens aanvankelijk geschetste zorgregio's.
- Voorstel Domus Medica daarentegen sluit hier wel vrij goed bij aan én wordt gedragen door de huisartsenkringen, grotendeels in consensus met de andere eerstelijnsverleners van de curatieve sector.

Eindconclusie

Deze zorgregio's zijn een aanzet tot kwaliteitsverbeterende samenwerking maar dit vergt tijd.

En nu: hoe verder?

Provinciale toetsing

- Najaar: provinciale toetsing en concrete vragen in de regio's inventariseren/registreren.
- Hoe tot een zelfde niveau komen?
 - Van start gaan in proefregio's
 - Chronic care model als uitgangspunt

Agenda

Doelstelling organisatie chronische zorg

Dr. Gunther D'hanis

Projectleider

- REEDS ACTIEF PROCES VAN OPEENVOLGENDE VERANDERINGEN
- STAP VOOR STAP
- VOORTSCHRIJDEND INZICHT
- VISIETEKST: HAK/LMN/SEL
- LOGISCHE VOLGENDE STAP:
 - OPRICHTEN VAN STRUCTUREN OP KLEINSTEDELIJK NIVEAU TER ONDERSTEUNING VAN HET ZORGTEAM

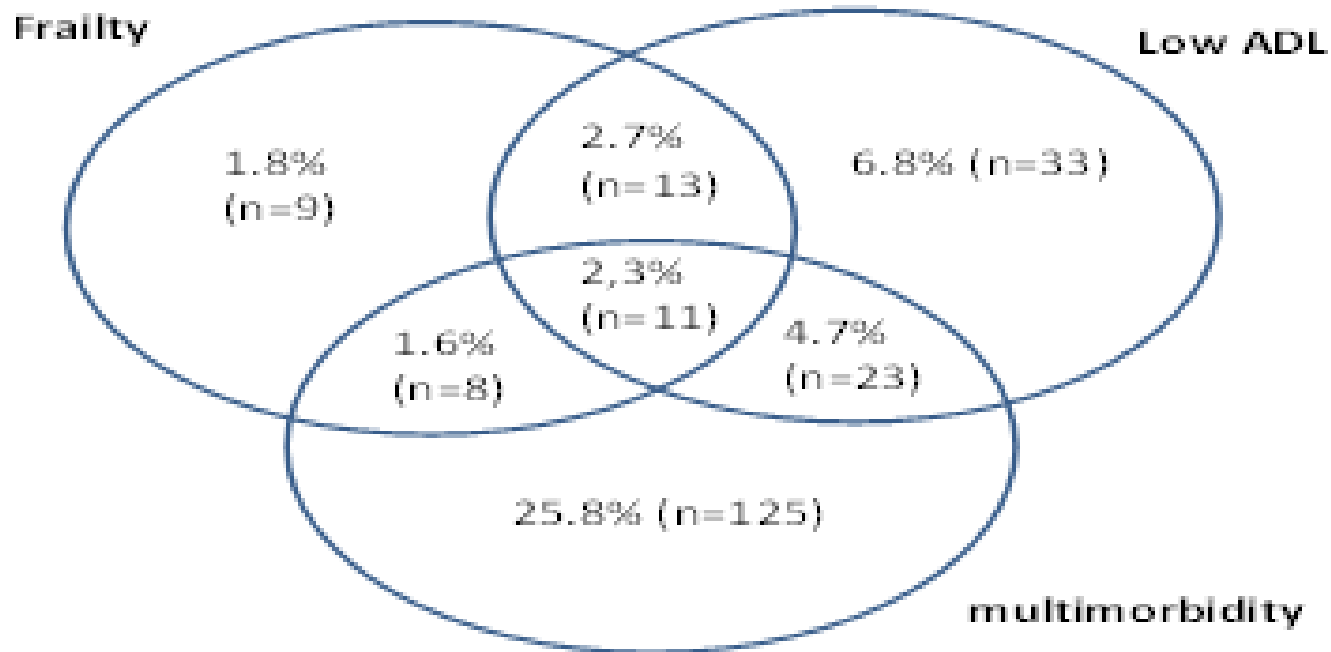
HISTORIEK

- LANG GELEDEN : SIT's
- 2008: VAN SIT NAAR SEL (CCM??): 12 OPDRACHTEN
- 2010: LMN's EN ZORGTRAJECTEN (CCM +++)
- 2012: POSITIONPAPER RIZIV : CCM
- 2010 en 2013: EERSTELIJNSCONFERENTIE (CCM NIET EXPLICIET)
- LOGO
- PN

PALLIATIEVE NETWERKEN

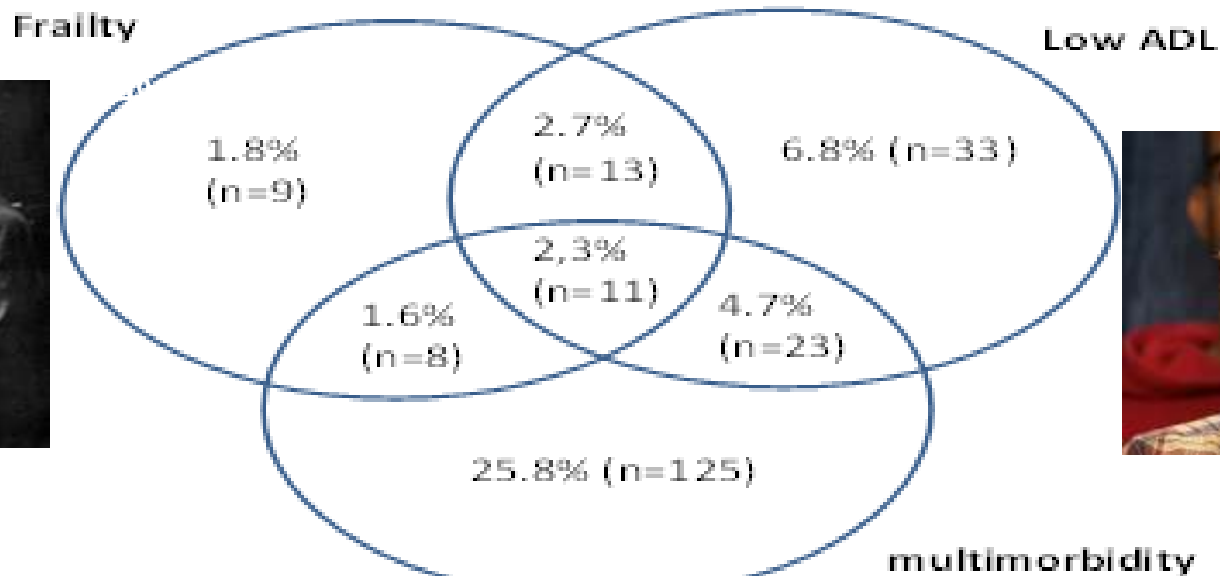
- INVOEREN NIEUWE DINGEN IN SPECIFIEKE ZORG:
 - MULTIDISCIPLAIR TEAM
 - ZORGCOÖRDINATOR / CASE MANAGER
 - PATHOLOGIESPECIFIEKE VERPLEEGKUNDIGE
 - REFERENTIEARTS EN –VERPLEEGKUNDIGE
 - GESTRUCTUREERDE MANTELZORGONDERSTEUNING

SOORTEN CHRONISCHE ZORG



Cross sectionele analyse : multimorbidity,
disability and frailty

Beperkingen in adl en frailty



SOORTEN CHRONISCHE ZORG

- BIJ CHRONISCHE ZIEKTEN
 - MANAGEMENT / SELFMANAGEMENT
 - VERTICALE ZORG: SPECIALIST, HUISARTS + ZORGBEROEPEN, PATIËNT
 - BIJ AKUTE FASE: VERDER IN MEDISCH CIRCUIT

SOORTEN CHRONISCHE ZORG

- ADL BEPERKING
 - ZORG
 - HORIZONTALLE ZORG: HUISARTS + VERSCHILLENDE ZORGDICIPLINES, SPECIFIEKE TAAK
 - ACUTE FASE : AANPASSEN ZORG? MEESTAL MOEILIK DUS OOK MAAR MEDISCH CIRCUIT

SOORTEN CHRONISCHE ZORG

- KWETSBARE OUDERE
 - VERZWAKKING , AANVAARDBARE ZELFZORG
 - ZORG: PREVENTIE EN MONITORING (EENZAAM?)
 - PLOTSE EVOLUTIE: ONVOLDOENDE ZELFZORG

SOORTEN CHRONISCHE ZORG

- HUISARTSEN
 - PREVENTIEVE ZORG
 - ACUTE ZORG
 - PALLIATIEVE ZORG
 - PSYCHISCHE ZORG
 - CHRONISCHE ZORG
 - ACUTE FASEN IVM CHRONISCHE ZORG

CHRONIC CARE MODEL

- Kwaliteitsverbetering in de chronische zorg: samenhangend pakket interventies
- Chronic care model van Wagner
- Community health system
- Informed activated patient

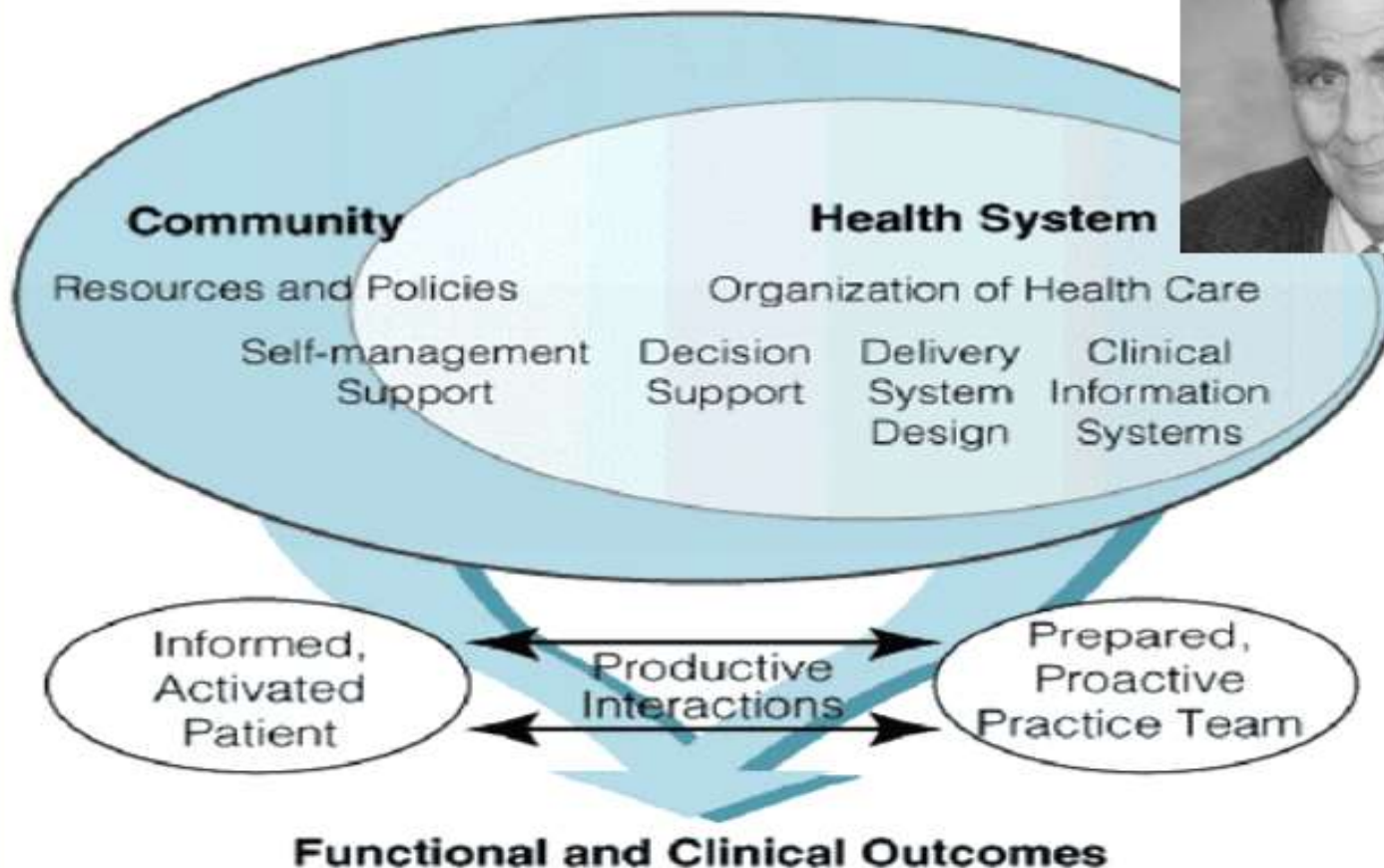
CHRONIC CARE MODEL

Om kwaliteitsverbeteringen in de chronische zorg te realiseren is het belangrijk om via een samenhangend pakket van interventies in te zetten op:

- **Leiderschap**
- **Betrokkenheid van zorgorganisaties**
- **Ondersteuning van het zelfzorgvermogen van patiënten door pro-actief TEAM**
- **Hertekenen van het zorgproces**
- **Ondersteuning van de besliskunde van klinici**
- **Klinische informatiesystemen.**

CHRONIC CARE MODEL

THE CHRONIC CARE MODEL (WAGNER, 1989)



CHRONIC CARE MODEL

- VERANDERINGEN TE WEEG BRENGEN
 1. TRANSACT: DO THINGS BETTER - TRANSFORM DO BETTER THINGS
 2. DO YOU CARE - DO YOU SHARE
 3. DO YOU SUPPORT PATIENTS - DO YOU EMPOWER PATIENTS
 4. DO YOU UNDERSTANDS WHAT'S IMPORTANT - DO YOU IMPLEMENTS WHAT MATTERS

ZORGTEAM: DEFINITIE

1. GROEP ZORGVERLENERS BETROKKEN BIJ
CHRONISCHE ZORG VAN 1 PATIËNT

OF

2. GROEP ZORGVERLENERS SAMEN MET DE
GEACTIVEERDE GEÏNFORMEERDE PATIËNT

NIET:

1. TRIO HUISARTS MET PRAKTIJKASSISTEN EN
PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE

2. VAST SAMENWERKINGSVERBAND TUSSEN HUISARTS EN
ANDERE ZORGVERLENERS CONTRACTUEEL VASTGELEGD

POSITION PAPER KCE

- IN OPDRACHT VAN RIZIV
- ZORGMODEL GEBASEERD OP CHRONIC CARE MODEL
- NADEEL: GEFOCUST OP CHRONISCHE ZIEKTEN DUS VOORAL VERTICALE CHRONISCHE ZORG
- NEEMT AFSTAND VAN PATHOLOGIEGEBONDEN BENADERING

POSITION PAPER

DEFINITIE CHRONISCHE ZORG WHO

1. LANGDURIGE ZIEKTEN MET LANGZAME
PROGRESSIE

2. PERSOON MET CHRONISCHE ZIEKTEN HEEFT
NODEN EN BEHOEFTEN DIE EVOLUEREN
NAARMATE HET ZIEKTESTADIUM EVOLUEERT

ZORGSTEEEM IFV CHRONISCHE ZORG

- UITEINDELIJK DOEL VAN HET VERANDERINGSPROCES
- BELANGRIJK: REFERENTIEKADER VOOR NIEUWE STRUCTUUR KLEINSTEDELIJK GEBIED VOOR ONDERSTEUNING VAN HET ELK ZORGTEAM

ZORGSYSTEEM IFV CHRONISCHE ZORG: KENMERKEN

1. GECOÖRDINEERD MULTIDISCIPLINAIR
2. GEÏNTEGREERD (SEAMLESS,
ZORGCONTINUÛM)

ZORGSYSTEEM IFV CHRONISCHE ZORG: KENMERKEN

3. PERSOONSGERICHT EN DOELGERICHT

- PLANMATIG NAAR INDIVIDUEEL GEFORMULEERDE DOELEN

4. DUURZAAM

- ZONDER HET SYSTEEM OF DE PRAKTIJK TE ONTWRICHTEN

ZORGSYSTEEM IFV CHRONISCHE ZORG: KENMERKEN

5. PROFESSIONEEL ONDERSTEUND

- VOLDOENDE ZORGVERLENERS MET DE JUISTE OPLEIDING

6. EVIDENCE BASED

7. EMPOWERMENT VAN PATIËNTEN

8. IN DE MINST RESTRICTIEVE OMGEVING

ZORGCONTINUÏTEIT

- NIET: OPVANG NACHT EN WEEKEND
CFR WACHTPOSTEN
- WEL ZORGCONTINUÛM IKV GEÏNTEGREERDE
ZORG:
 - VERDERZETTEN VAN DE PLANMATIGE AFSPRAKEN
BIJ VERANDERING VAN ZORGSITUATIE (BV SPOED
OF WZC)

AANBEVELINGEN

1. OPTIMALISEREN VAN DE COÖRDINATIESTRUCTUREN OP MESONIVEAU

- OPERATIONEEL MESONIVEAU
- STRATEGISCH MESONIVEAU

VEREISTEN:

- ✓ DUIDLIJK AFGEBAKENDE GRENZEN
- ✓ VOORTBOUWEN OP BESTAANDE STRUCTUREN IPV NIEUWE TE CREËREN

AANBEVELINGEN

2. MULTIDISCIPLINAIR

- ONTWIKKELEN EN IMPLEMENTEREN VAN MULTIDISCIPLINAIR TEAMWORK
- GEGEVENSUITWISSELING IN DIT TEAM (INFORMATICA)
- GEBRUIK VAN GEMEENSCHAPPELIJK EVALUATIEINSTRUMENTEN VOOR DE OPVOLGING VAN PATIËNTEN

3. SAMENWERKEN EN DELEGEREN

➤ HA LEREN SAMENWERKEN MET NIEUWE
ZORGBEROEPEN (CASE MANAGER/ADVANCED PRACTICE NURSE)

➤ LEREN DELEGEREN:

HA ➡ VERPLEEGKUNDIGE // VERPLEEGKUNDIGE ➡ ZORGKUNDIGE

➤ DOEL VAN TEAMWORK:

ZORG IN OMGEVING DIE ZO WEINIG MOGELIJK COMPLEX IS ALS
KLINISCH AANGEWEZEN (VERMIJDEN ZH EN WZC)

AANBEVELINGEN

4. ONDERSTEUNEN

- HA ONDERSTEUNEN BIJ BEHEER COMPLEXE CASUSSEN
- ZORGEFFICIËNTIE VERHOGEN DOOR ONTWIKKELEN VAN COÖRDINATIESTRUCTUREN
- ZORGCOÖRDINATIE
 - ✓ DOOR ZORGVERLENER UIT ZORGTEAM (BV THUISVERPLEEGKUNDIGE)
 - ✓ DOOR EXTERNE CASE-MANAGER

AANBEVELINGEN

5. EFFICIËNTE COORDINATIESTRUCTUUR ZORG

- KLOOF OVERBRUGGEN TUSSEN MEDISCHE EN SOCIALE SECTOR, EN TUSSEN EERSTELIJN EN ZIEKENHUIS
- DUIDELIJKE AFBAKENING VAN TAKEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN (VS ZORGTEAM)
- ADEQUATE PROFESSIONELE INVULLING EN STRUCTURELE FINANCIERING
- VERANKERD IN OPERATIONEEL MESONIVEAU

AANBEVELINGEN

6. EMPOWERMENT MANTELZORGER

- INTERVENTIEPROGRAMMA'S: GROOTSTEDELIJK MESONIVEAU
- INFORMATIE AANREIKEN: KLEINSTEDELIJK MESONIVEAU

ORGANISATIE CHRONISCHE ZORG

- PROCES VAN VERANDERING
- KEUZE : ZORGMODEL CFR CHRONIC CARE MODEL
- LOGISCHE VOLGENDE STAP: UITWERKEN STRUCTUUR
KLEINSTEDELIJK NIVEAU VOOR ONDERSTEUNING
ZORGTEAM

ORGANISATIE CHRONISCHE ZORG

- POSITION PAPER:
 - CCM
 - AANBEVELINGEN
- CHRONISCHE ZORG:
 - DOELGERICHT/ PLANMATIG/ NODEN/ MULTIDISIPLINAIR/
ACUTE FASEN ZORGCONTINUUM/GEÏNFORMEERDE PT

Agenda

Hoe concreet uw zorgregio organiseren? Een praktijkvoorbeeld

Anne-Cathérine Poelmans

Projectcoördinator GAOZ-project

CREËREN VAN EEN GEÏNTEGREERD MESONIVEAU IN DE GAOZ-ZORGREGIO



Inhoud

1. Aanleiding
2. Organisatie zorgregio: de praktijk
3. Realisaties
4. Aandachtspunten

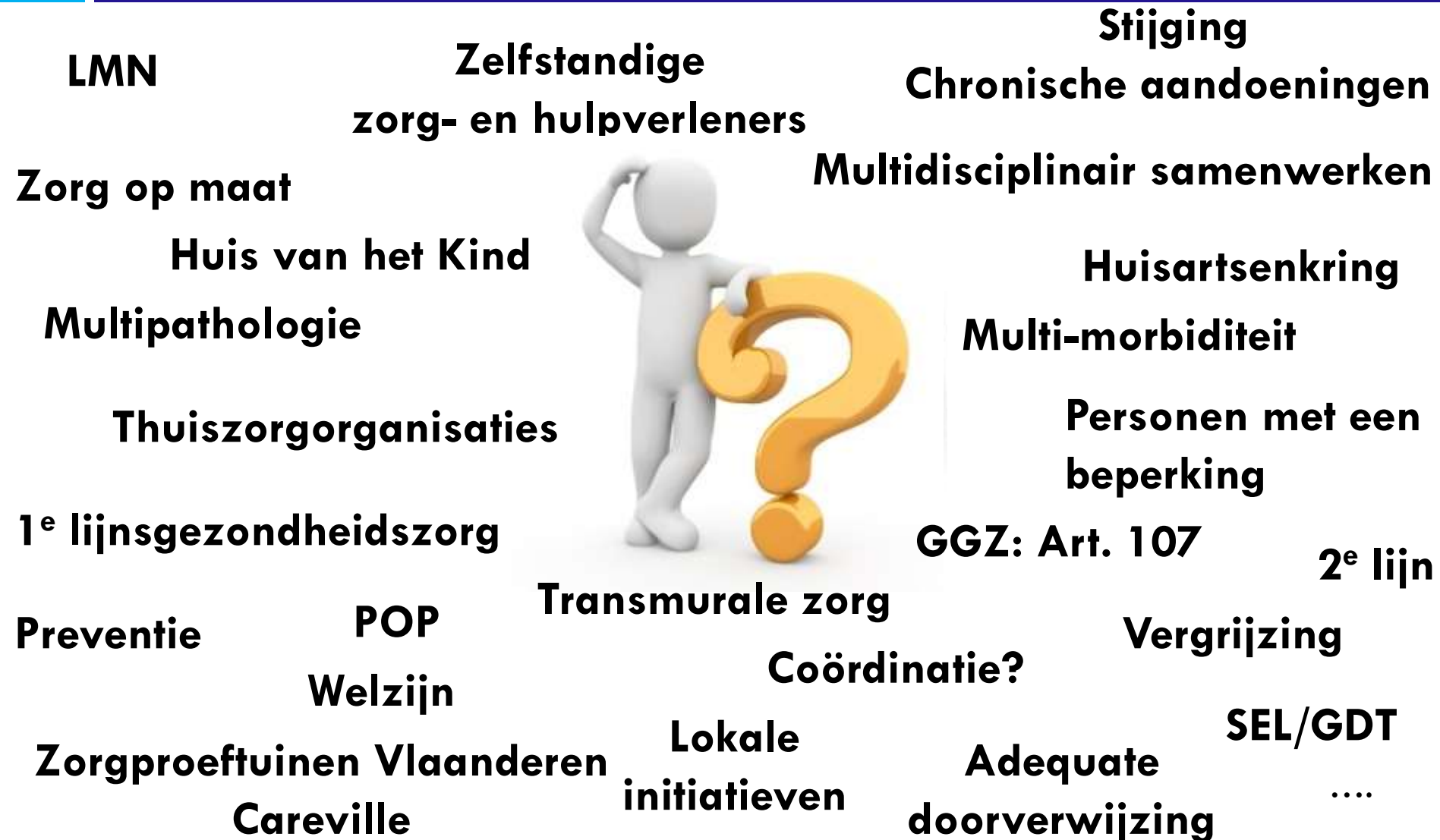
1. AANLEIDING

Creëren van een geïntegreerd mesoniveau in GAOZ

Vraag

**Hoe is de eerste lijn in uw zorgregio
georganiseerd?**

Chaos in GAOZ?!



De initiatiefnemers aan het woord



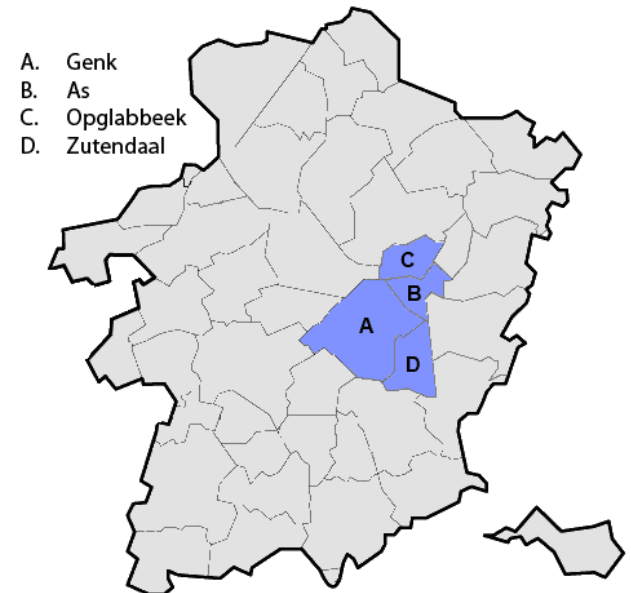
Pilootproject

- Gesubsidieerd door de Vlaamse Overheid

- ▣ December 2011 – november 2013

- ▣ Januari 2014 – november 2014

- Zorgregio Genk, As,
Opglabbeek, Zutendaal



2. ORGANISATIE ZORGREGIO: DE PRAKTIJK

Creëren van een geïntegreerd mesoniveau in GAOZ

Organisatie zorgregio: de praktijk

A. Zorgregio in kaart

B. Organisatie 1^e-lijnsdisciplines

A. Zorgregio in kaart



A. Zorgregio in kaart

□ Waarom GAOZ?

- ▣ 90.000 inwoners
- ▣ 1 ziekenhuis
- ▣ 1 huisartsenkring – huisartsenwachpost
- ▣ 1 Lokaal Multidisciplinair Netwerk
- ▣ 1 Plaatselijk Overlegplatform (SEL Genk)
- ▣ (1 politiezone)
- ▣ 1 kanton
- ▣ ...

□ Afstemmen van HAK op zorgregio

! Belang van gedragenheid



Afstemmen
op
zorgregio
(HAK)

A. Zorgregio in kaart



- Beroepen op bestaande lijsten van
 - ▣ Provincie – gemeente – OCMW
 - ▣ HAK – LMN
 - ▣ SEL
 - ▣ Koepelorganisaties
 - ▣ Lokale kringen en organisaties, bijv CLB, DMW mutualiteit,...
 - ▣ ...



! Format – afspraken – bekendmaking!

A. Zorgregio in kaart

- Lokaal – gesprekstafel aanbieden
- Neutraal – centraal

Nood aan
accommodatie



B. Organisatie 1^e-lijnsdisciplines

- 
- Optimale organisatie van iedere (zelfstandige) discipline
 - Herkenbare aanspreekpunten
 - Vanuit de basis!

- Nood aan basisstructuur voor 1^e lijn:
Creëren van een geïntegreerd mesoniveau

- Vlotte samenwerking binnen de eerste lijn
- Samenwerkingsprotocollen, taakafspraken
- Dwarsverbindingen Welzijn & Gezondheid

B. Organisatie 1^e-lijnsdisciplines

- Waarom vanuit HAK?

- ▣ Huisarts als spilfiguur binnen de 1^e lijn
- ▣ Ervaring eigen organisatie HAK
- ▣ Neutraliteit

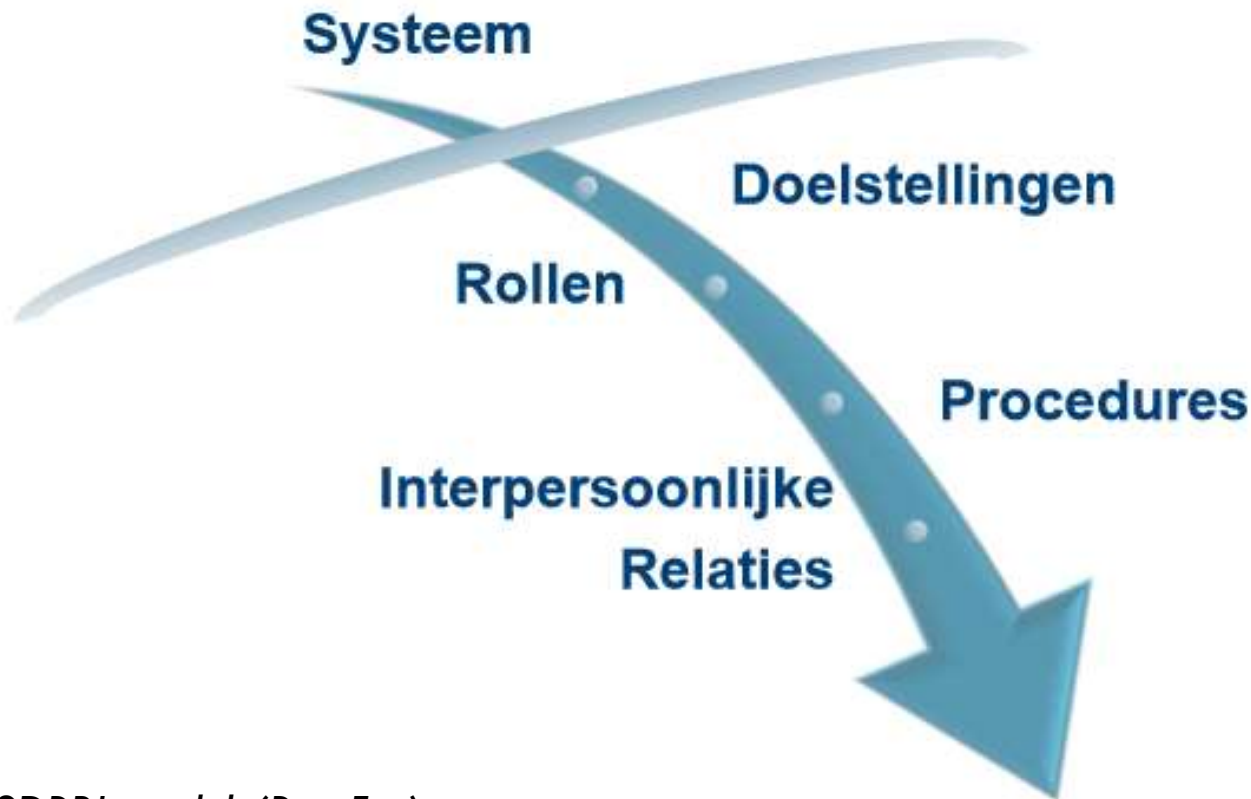
- Main focus

→ organisatie van zelfstandige disciplines



B. Organisatie 1^e-lijnsdisciplines

AANPAK: Bottom-up benadering!!



Bron: SDRPI-model (Ron Fry)

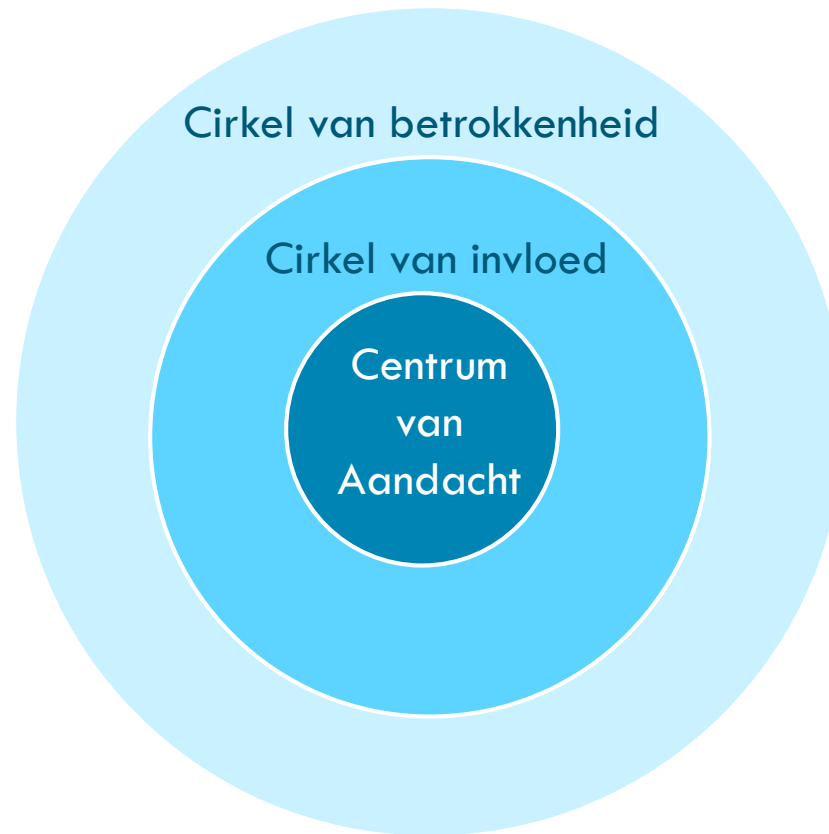
B. Organisatie 1^e-lijnsdisciplines

□ **DOELSTELLINGEN KRINGWERKING:**

- Kwaliteitsgarantie
- Continuïteit in zorgverlening
- Optimaliseren doorverwijzing
- Platform: informatiedoorstroming & communicatie
 - Intra- & multidisciplinaire samenwerking (1^e, 2^e, 3^e lijn)
 - Lokale belangen – vertegenwoordigingen
- Preventie
- Intercollegiale toetsing, intervisie, opleiding (organisatie van LOKK's)
- ...

B. Organisatie 1^e-lijnsdisciplines

□ DOELSTELLINGEN



Bron: Cirkel van betrokkenheid, Watson

B. Organisatie 1^e-lijnsdisciplines

□ ROLLEN

- Stuurgroep & werkgroepen; netwerktafel; ...
- Kringcoördinator – co-coördinator – secretaris – themaverantwoordelijken (WG)
- Structuur (FV – VZW?)

! Rekening houdend met eigenheid discipline !

B. Organisatie 1^e-lijnsdisciplines

□ PROCEDURE

- **Goal**
 - What do you want?
- **Reality**
 - Current situation?
- **Options**
 - What could you do?
- **Will**
 - What will you do?
- Recycle to achieve your goal



B. Organisatie 1^e-lijnsdisciplines

□ OEFENING:

“Als je morgen als zorgverlener geconfronteerd wordt met een levensbedreigende ziekte van je ouder waarbij een multidisciplinaire aanpak cruciaal is, zou je dan niet willen dat:

- er een compleet geupdate sociale kaart is?;*
- je huisarts als spilfiguur efficiënt kan doorverwijzen?;*
- er een goede communicatie is met de andere zorg- en hulpverleners zodat je niet steeds opnieuw je verhaal moet doen?;*
- je niet continue wordt geconfronteerd met de schotten in de eerstelijnsgezondheidszorg?;*
- opname en ontslag uit het ziekenhuis naadloos verloopt?;*
-”*

B. Organisatie 1^e lijnsdisciplines

□ MEERWAARDE:

- Professionalisering
- Profilering en erkenning van discipline
- Positionering binnen 1^e, 2^e en 3^e lijn
- (H)erkenbaarheid, aanspreekpunt
- Netwerking
- Intra- en multidisciplinaire samenwerking
- Sensibilisering
- Bereikbaarheid (sociale kaart)
- Detecteren en signaleren van lokale behoeften



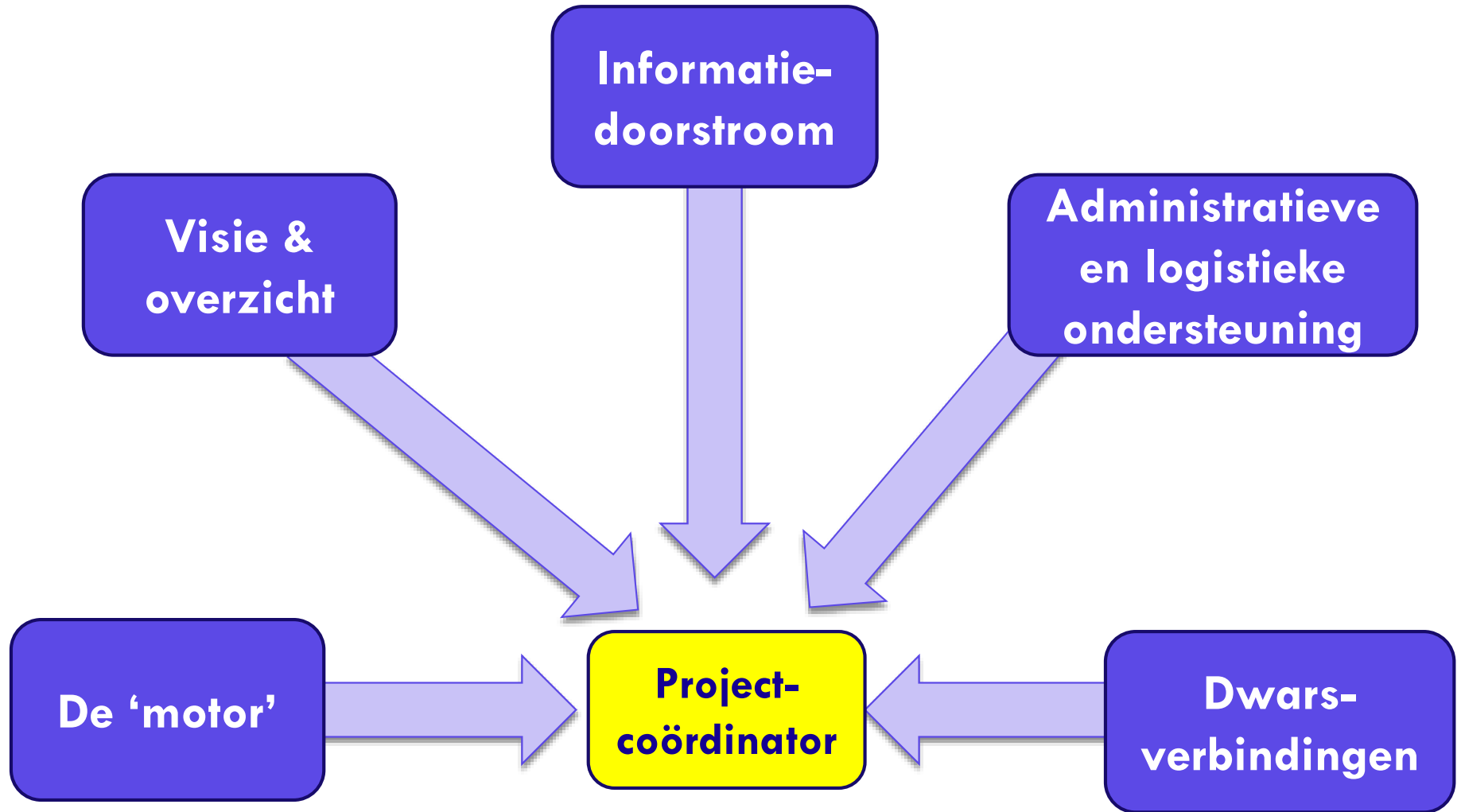
B. Organisatie 1^e-lijnsdisciplines

- Overcoming resistance to change



Bron: Rider – Elephant – Path model

B. Organisatie 1^e-lijnsdisciplines



3. REALISATIES

Creëren van een geïntegreerd mesoniveau in GAOZ

Realisaties

- Afstemming HAK op zorgregio
- Wachtdienst apothekers
- Operationele kine-, psy- & logokring
- Ondersteuning voor zelfstandig verpleegkundigen
- Ondersteuning overleg diëtisten, ergotherapeuten, tandartsen, vroedvrouwen
- Geactualiseerde sociale kaart
- Knelpunteninventarisatie



Realisaties: gevolg

- Sterke eerstelijnsstructuur samen met de lokale SEL (POP)
- Contact & overleg
 - ▣ ziekenhuis
 - ▣ met en tussen kringen
 - ▣ OCMW
 - ▣ gemeentes
 - ▣ ...
- Kruisbestuiving

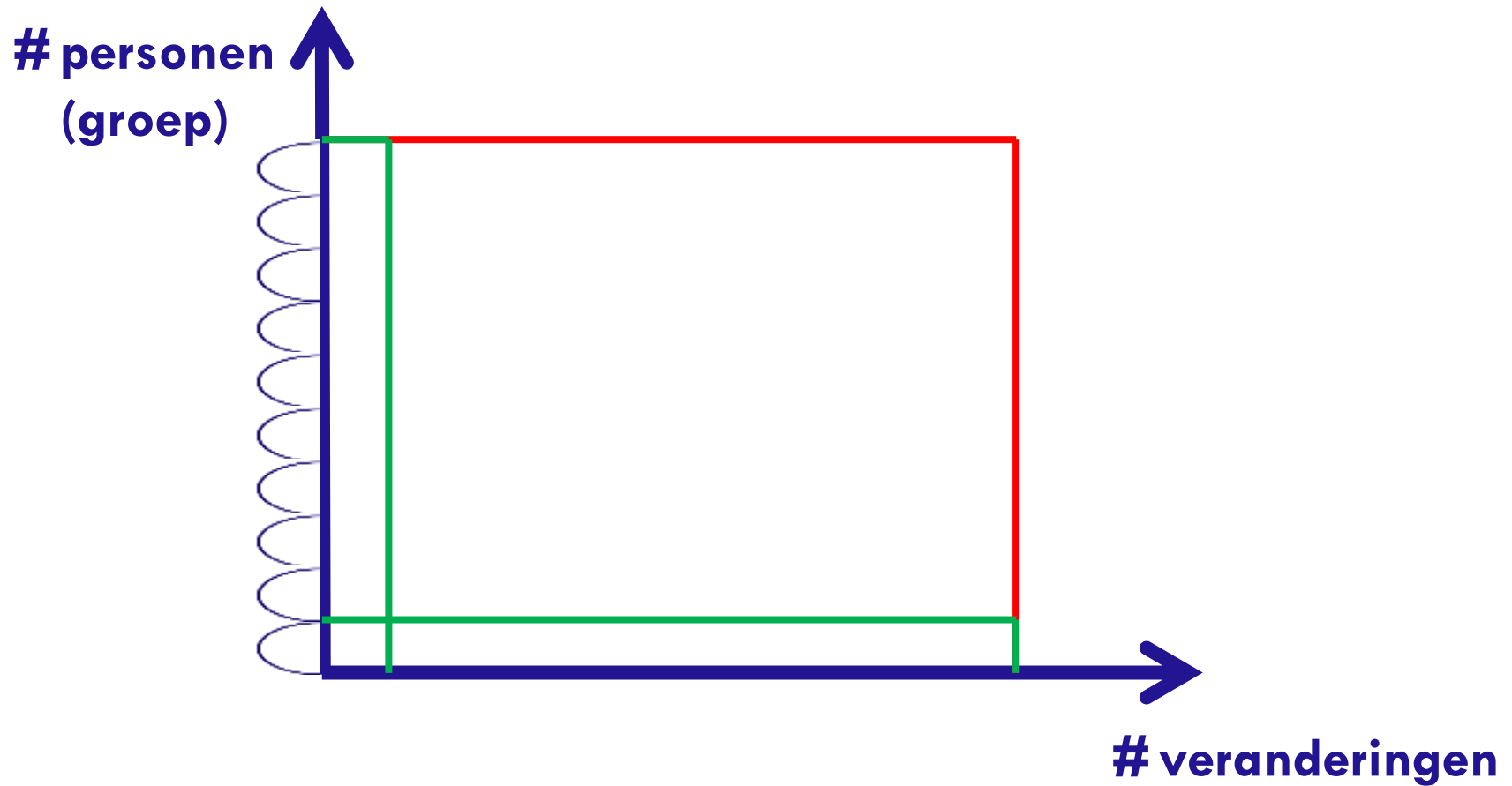
Geïntegreerd mesoniveau

- **Creëren van een geïntegreerd mesoniveau**
 - ▣ In overleg met bestaande structuren ((lokale) SEL)
 - ▣ Brede vertegenwoordiging van de eerste lijn:
 - OCMW's
 - Organisaties: Diensten gezinszorg, Oppasdiensten, Thuisverpleegkundige organisaties,...
 - Psychiatrische thuiszorg
 - Mutualiteiten
 - Zelfstandigen: huisartsen, apothekers, kinesitherapeuten,...
 - Lokale projecten & initiatieven: LMN, ...
 - ...

Geïntegreerd mesoniveau

- **Geïntegreerd mesoniveau als:**
 - ▣ **Meldpunt** van projecten binnen de 1e lijn
 - ▣ Overkoepelend **infopunt**
 - ▣ **Aanspreekpunt**
 - ▣ **Signaalfunctie** voor noden van zorgregio aan betrokken organisaties

Realisaties = proces!



4. AANDACHTSPUNTEN

Creëren van een geïntegreerd mesoniveau in GAOZ

Aandachtspunten

- **De Eerste Lijn op één lijn ?**
 - ▣ Vele spelers, vele meningen
- **Multidisciplinair samenwerken**
 - ▣ Mentaliteitswijziging
- **Vrijwillige inzet van zelfstandigen**
 - ▣ Continuïteit ?
- **Nood aan blijvende ondersteuning**
 - ▣ Fulltime lokale coördinator

Grootste uitdaging

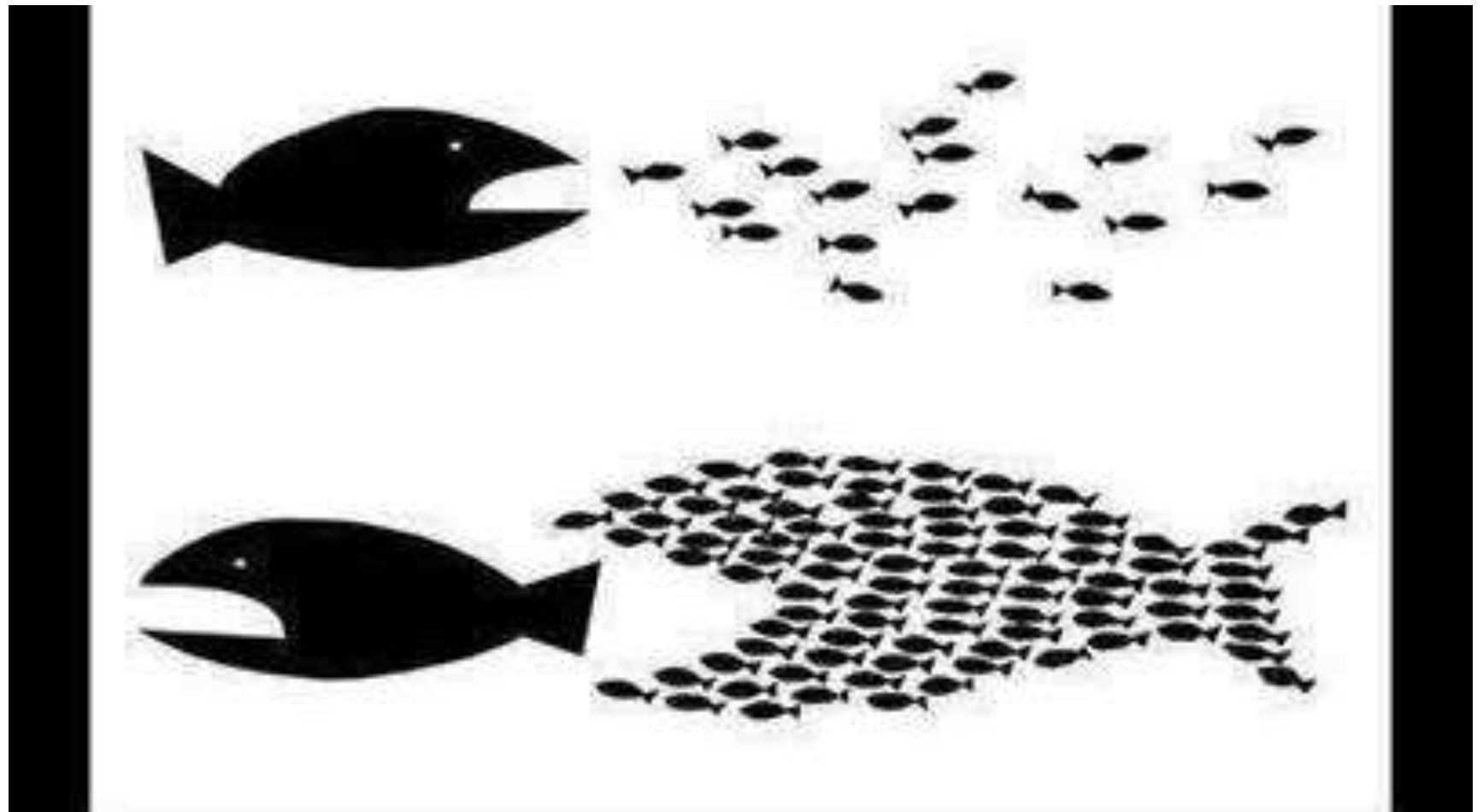
“Hoe gemotiveerde mensen gemotiveerd houden binnen het huidige systeem?”

Zonder incentives, geen accreditering,...

Aan u? Take home messages!

1. Klein team dat het project mee wil ondersteunen en mee wil denken
2. 1 HAK, of meerdere HAK's die op dezelfde lijn staan
3. Goed betrokken (deel-)SEL
4. Vertrekken vanuit bestaande structuren (nauwkeurige inventarisatie: ken je zorgregio)
5. Minimaliseren van extra overlegmomenten
6. Belang van lokale eigenheid
7. Coach vanuit de basis: motiveer, ondersteun en versterk het aanwezig potentieel!

Samen sterk!



Contactgegevens

- **Dr. Paul Heremans**
- Voorzitter HAK Prometheus

- **An Huygen**
- Manager HAK Prometheus
- anhuygen@gmail.com

- **Anne-Cathérine Poelmans**
- Projectcoördinator HAK Prometheus
- acpoelmans@gmail.com

Agenda

Lancering pilootprojecten

Dimitri Gaethofs

Lid kennisdomein huisartsenkringen

Situering



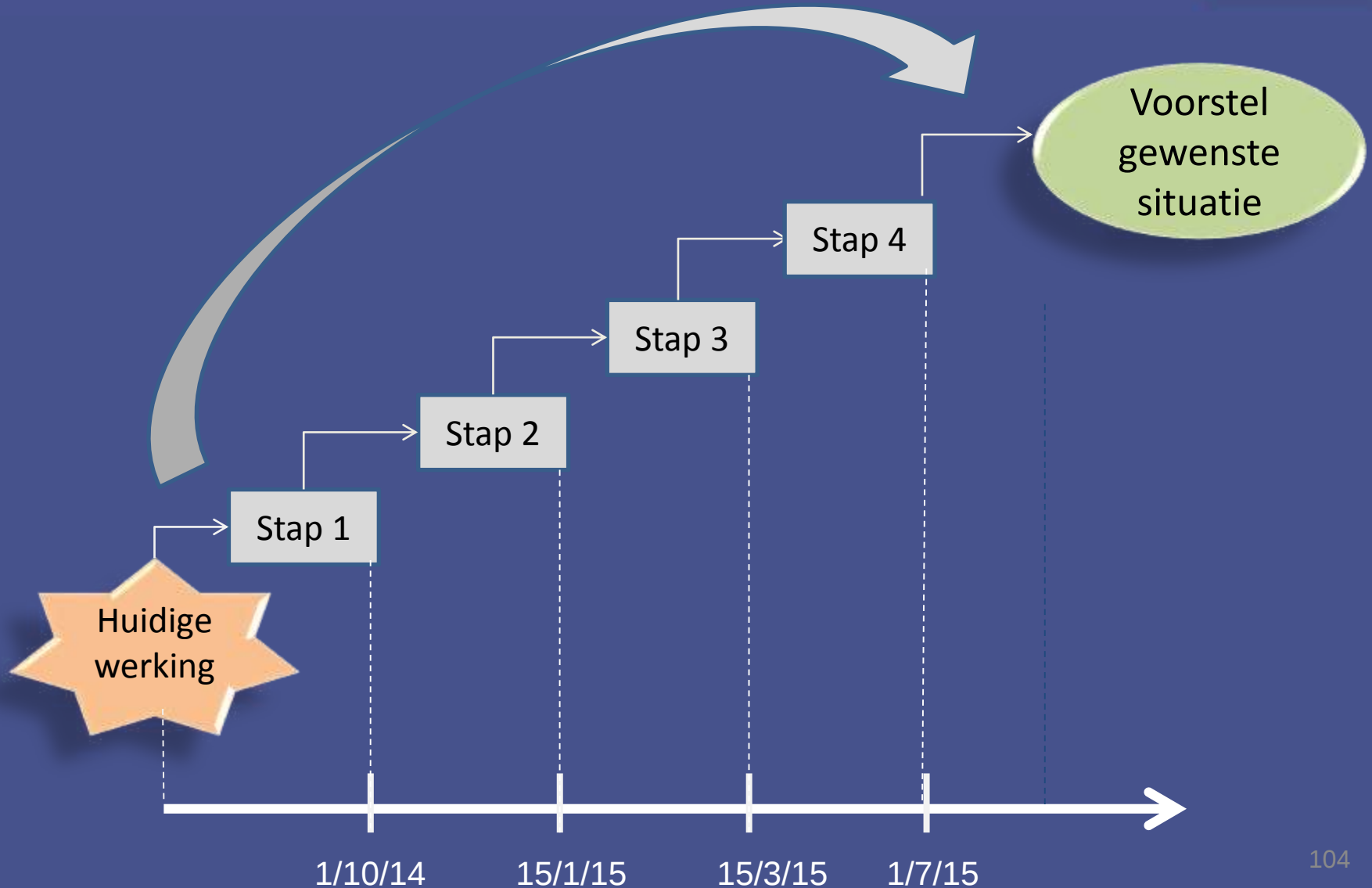
Welke organisatievorm op kleinstedelijk niveau best opzetten om op een zo efficiënt mogelijke wijze

- de eerstelijns gezondheids- en welzijnszorg uit te bouwen
- passende ondersteuning te geven aan de zorgteams
- tot goede afstemming te komen met grootstedelijk niveau

Enkele uitgangspunten

- Vertrekbasis: inzichten en ervaringen vanuit huidige terreinwerking
- Neutrale invalshoek, los van bestaande functies of structuren: efficiëntie en optimale zorgverstrekking voor de patiënt primeert.
- Structuur maakt ondersteuning zorgteams concreet
- Voldoende ruimte voor lokale invulling.

Voorgestelde aanpak



Stap 1: instapfase en samenstelling stuurgroep (30/9)

- Doelstelling

- Verkrijgen engagement Huisartsenkring(en) deelname als proefregio
- Verkrijgen engagement deelname van andere zorgverleners
(minimum verpleegkundigen, kinesist en apotheker)
- Bepalen van lokale projectorganisatie

Stap 1: instapfase en samenstelling stuurgroep (30/9)

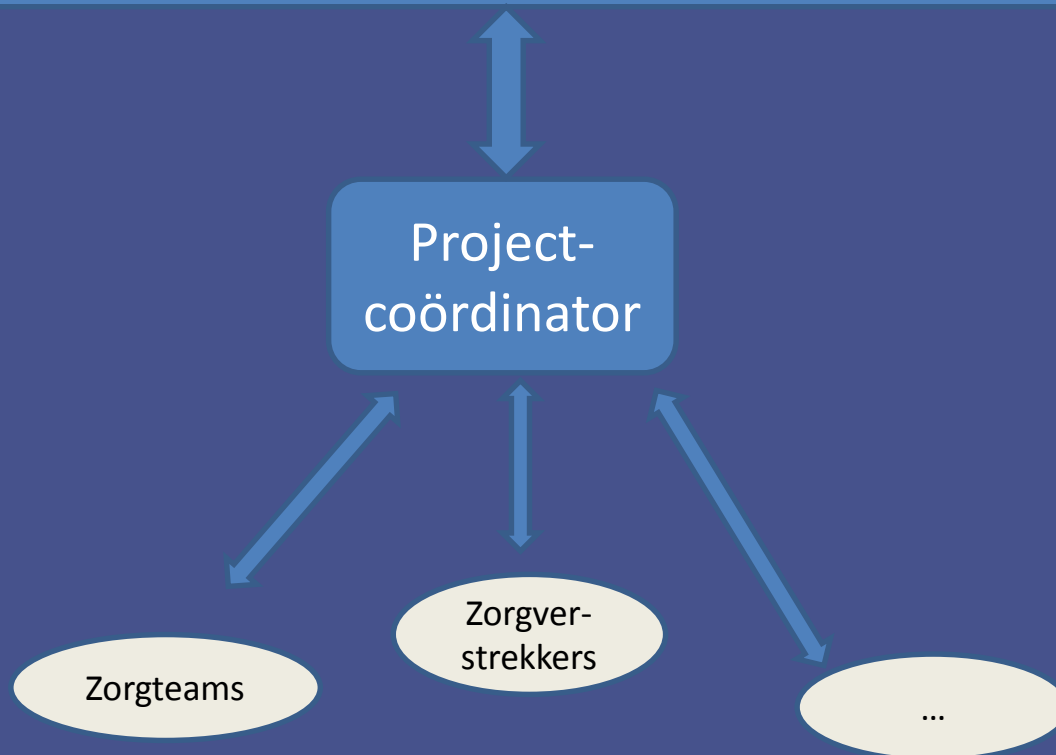
- Aanpak :
 - Goedkeuring RvB Huisartsenkring (september)
 - Engagement andere zorgverleners:
 - Samenstellen lokale stuurgroep (min. vertegenwoordiging, HAK, verpleegkundigen, apothekers, kinesisten). (SEL, LMN, LOGO)
 - Aanduiding voorzitter stuurgroep (huisarts)
 - Aanduiding projectcoördinator
 - Informatie aan Domus Medica < 30/9

Bepaling projectorganisatie (30/9)

Lokale stuurgroep

Voorzitter : (huisarts)

Andere leden :



Stap 2: Bevraging actoren

- Doelstelling
 - Uitvoeren verkennende ronde bij representatieve zorgverstrekkers in eigen regio
 - Verzamelen informatie, ervaringen en voorbeelden

Stap 2: Bevraging actoren (15/1)

- Aanpak :

- Bepaling uit te voeren interviews en werksessies

- Identificatie van representatieve deelnemers (huisartsen, zorgteams, zorgverstrekkers ,...)

- Planning afspraken

- Uitvoeren interviews, werksessies,

- Opmaak sterkte/zwakte analyse huidige werking zorgregio

- Beschrijven 'beste praktijken' in zorgregio (SMART)

- Oplijsten noden, gewenste organisatorische veranderingen,...

Stap 2 : Bevraging actoren



SWOT-analyse zorgregio

Beste praktijken



Gewenste
organisatorische
veranderingen

Nodige
ondersteunende
instrumenten

SWOT-analyse zorgregio

Sterke punten

- ...
- ...
- ...

Aandachtspunten

- ...
- ...
- ...

Stap 3 : Synthese en validatie (per zorgregio)

- Doelstelling

- Synthese: Alle inputs samenleggen en destilleren van een plan om optimale multidisciplinaire samenwerking / zorgverstrekking te bereiken
- Gewenste organisatorische veranderingen en nodige instrumenten ophoofden
- Bepaling mogelijk stappenplan voor implementatie in eigen zorgregio
- Validatie besluiten en aanbevelingen per zorgregio

Stap 3 : Synthese en validatie (per zorgregio) 15/3

- Aanpak :
 - Opmaak synthese en ontwerp van stappenplan voor implementatie (projectcoördinator)
 - Lokale stuurgroep: bespreking en validatie besluiten en voorstellen
 - Finalisatie besluiten en stappenplan per zorgregio

Stap 4 : Synthese en validatie (overkoepelend)

- Doelstelling
 - Consolidatie verkregen resultaten vanuit de verschillende pilootregio's
 - Creatie draagvlak bij verschillende groepen belanghebbenden
 - Afgifte gevalideerd eindrapport aan opdrachtgever

Stap 4 : Synthese en validatie (overkoepelend) 1/7/2015

- Aanpak :
 - Synthese en besluiten resultaten van de verschillende pilootregio's
 - Seminariedag 21/3/2015: voorstelling resultaten
 - Aftoetsing bij verschillende groepen belanghebbenden
 - Finalisatie en validatie eindrapport

Verdere afspraken, planning en budgettering

- Begeleidingscommissie:
 - ✓ Ondersteuning van de lokale proefregio's
 - ✓ Evenwichtig samengesteld uit HAK, SEL, LMN, LOGO
 - ✓ Reikt stapsgewijs templates aan en vraagt naar tussentijdse feedback, ...
 - ✓ Rapportage en feedback mogelijk maken

Projectaanpak en planning

- Overlegvergadering met projectcoördinatoren :

- Woensdag 15 oktober 2014 om 20 u 30 (begeleiding stap 1 en 2)*
- Woensdag 10 december 2014 om 20 u 30 (begeleiding stap 2 en 3)*
- Woensdag 25 februari 2015 om 20 u 30 (begeleiding stap 3)*

*gaan allen door bij Domus Medica – Lange Leemstraat 187, 2018 Antwerpen)

- Seminariedag: zaterdag 21 maart 2015
- Validatie besluiten: april/mei 2015

Verdere afspraken, planning en budgettering

- Budgettering

- Tot 31/12/2014 zeker
- Beperkt: veel vrijwillige inzet in proefregio's (return: zorgregio's vorm geven; stap voor)
- Terugbetaling infrastructuur* *budget afhankelijk van aantal ingeschreven proefregio's

Verdere afspraken, planning en budgettering

- 30/9/2014: indienen proefregio's
 - gert.merckx@domusmedica.be
en ovo@hakovo.be
- Ondersteuning vanuit Domus Medica



OPGELET: KANDIDAAT ALS
PROEFREGIO?

TEGEN 30/9 DOORGEVEN AAN

GERT.MERCK@DOMUSMEDICA.BE EN

OVO@HAKOVO.BE (Dimitri Gaethofs)

Domus Medica nodigt u uit voor een netwerkmoment

