

Vlaamse overheid

Koning Albert II-laan 35 bus 33

1030 BRUSSEL

T 02 553 35 00

F 02 553 35 84

info@zorg-en-gezondheid.be

www.zorg-en-gezondheid.be

NOTA



Datum: 17/05/2019

Auteur: Stef Steyaert

E-mail: rudi.overloop@zorg-en-gezondheid.be / stef@levuur.be

Telefoon: 02 553 36 48

Onderwerp: template beleidsplan zorggraden



Template beleidsplan Zorgraad ELZ Schelde-Leie

In wat volgt geven we de structuur weer voor de indiening van het beleidsplan van de zorgraad. De structuur volgt in principe de inhoud en opbouw van de 5 vragen die jullie – vanuit het veranderteam en het veranderforum – in aanloop naar de erkenning als zorgraad hebben gevolgd.

Vooraf: kies een sprekende titel voor jullie beleidsplan, een titel die uitdrukt wat er van waarden en ambities is opgenomen in jullie beleidsplan. Vanuit deze titel kunnen jullie dan onmiddellijk de brug maken naar een korte inleiding waarin het kader van jullie beleidsplan wordt gegeven.

1 INLEIDING

Onze eerstelijnszone bevestigt de lange termijn **missie** om personen met een hoge zorg en ondersteuningsnood extra te ondersteunen en dit op een “*begrijpbare*” (persoonsgericht), “*bereikbare en betaalbare*” (toegankelijke) en “*betrouwbare brede*” wijze (geïntegreerd).

De middellange termijn **visie** is afgestemd op een doelgerichte aanpak van de lokale problematiek met inspraak van de patiënt en vertegenwoordiging van zijn mantelzorgenerzijds en anderzijds een zo breed mogelijk overleg tussen eerste- en tweedelijnspartners.

Ons credo is een klavertje 4: Empathisch vertrouwen (1), wederzijds respect voor mekaar (2), onze vrijheid in wilskeuze en professionele autonomie (3) en tevens maatschappelijk verantwoorde oplossingen bieden op financieel en deskundig vlak (4).

Op deze wijze zal onze zorgraad (bij)sturen waar nodig en eerder als “kompas en GPS” fungeren naar alle betrokken zorg- en welzijnsactoren en niet als controle orgaan.

A/Om deze visie uit te werken richten we ons strategisch enerzijds op het eerstelijnsniveau

- 1) Met het accent op de detectie van risicopopulatie door een doorgedreven systeem van buurtsignalisatie.
- 2) Met het accent op het uniformiseren van de detectie en de brede omkadering van ernstige valincidenten thuis. Dit met als voornaamste doelstelling de ernstige fracturen met hoge morbiditeitskost (door kliniekopname en WZC opname) en tevens de mortaliteit te reduceren.
- 3) Met het accent op het uniformiseren van de detectie en de omkadering van (vroeg) dementerenden. Deze zo veel mogelijk thuis te realiseren in de hoop een maatschappelijk verantwoorde aanpak te bieden voor een snel stijgend probleem in Vlaanderen althans de komende 10 jaar.

B/Om de visie uit te werken richten we ons strategisch anderzijds op projecten die de gecombineerde eerste- en tweedelijns aanpak vergen om zorg en welzijn te verbeteren.

- 1) Een globale campagne vanuit een samenwerking tussen het lokale ziekenhuis en betrokken zorgverstrekkers zullen we sensibiliseren voor het nut van een uniform gebruik van een correcte medicatiefiche. Voornamelijk voor polyfarmacie patiënten. Met als doel de morbiditeitskost verbonden aan nutteloze opnames te reduceren.
- 2) Daarnaast zullen de betrokken partners (voornamelijk de lokale besturen, artsen en apothekers) zorgen voor een grote sensibilisering via diverse mediakanalen.
- 3) Een breed samenwerkingsoverleg uitbouwen tussen de tweede en de eerstelijns zowel qua zorg als welzijn om het opname en ontslag beleid te verbeteren in de regio en transmurale zorg beter gestroomlijnd te laten verlopen in een brede context.

2 CONTEXT EN OMGEVINGSANALYSE

2.1 Bestaande samenwerkingsverbanden

- Binnen onze zorgregio bestaan hoofdzakelijk samenwerkingsverbanden op welzijnsgebied:
 - + Samenwerkingsverband tussen de WZC's binnen Deinze
 - + Samenwerkingsverband tussen de gemeentes binnen onze ELZ rond tewerkstelling en tijdelijk werkaanbod.
 - + Samenwerkingsverband rond Geïntegreerd Breed Onthaal
- Samenwerking rond zorg binnen de Deel-SEL Schelde-Leie

2.2 Moeilijkheden met betrekking tot de regio-indeling

- + Huisartsenkring Schelde-Leie: Zwijnaarde en Sint-Denijs-Westrem dienden van de huisartsenkring af te splitsen omdat binnen een ELZ geen gemeentelijke grenzen overschreden mogen worden en deze 2 officieel bij Gent behoren. Het afscheuren van deze twee deelgemeenten van de HAK bracht heel wat consequenties met zich mee voor onder andere wachtdiensten,... In afwachting van een nieuw wachtpost in 2020 blijft er rond de wachtdienst een samenwerking ontstaan.
- + Er is een samenwerkingsverband tussen Nevele en Zorgbedrijf meetjesland en een samenwerkingsverband tussen Nazareth en Zorgband Leie en Schelde. Deze samenwerkingsverbanden zijn samengesteld uit gemeenten die niet tot onze ELZ Schelde-Leie behoren. Deze zijn dus niet conform aan de eerstelijnsregio.

2.3 Uitwerking tabel "dwang en drang" en prioriteiten

Op het veranderforum van 27 maart 2019 werd per cluster de tabel dwang en drang (SWOT) uitgewerkt.

Punten die door de clusters als prioritair werden weerhouden

- 1) **Vermaatschappelijking van de zorg:** inzetten op buurtwerking en het belang van een laagdrempelige signaalfunctie. Niet enkel als hulp- of zorgverleners maar ook als burger. Inzetten op buurtwerking!
- 2) **Bereikbaarheid van de zorg verbeteren**
 - + LDC's meer in wijken aanbieden onder de vorm van een soort pop-up 1 maal per week. Nu is dit hoofdzakelijk in Deinze maar het is niet altijd voor iedereen haalbaar daar te raken.
 - + Mobiliteit en vervoer voor mensen met zorgnoden
- 3) **Preventie** stimuleren in de ambulante zorg, bv valpreventie (eventueel aan huis) en initiatieven rond preventie ook bekendmaken.
- 4) **Crisisopvang:** crisisopvang voor elke problematiek – bijvoorbeeld voor daklozen
- 5) **De sociale kaart**
 - + Elkaar en elkaars initiatieven beter leren kennen door elkaar aan elkaar voor te stellen (netwerken), vooral met de bedoeling dat we van elkaar weten wàt we doen (bv via de Sociale Kaart, maar dan per pathologie opzoekbaar, vanaf 2020)
 - + Een centraal punt/platform waar alle projecten/initiatieven worden verzameld en bekend gemaakt. Dit op een gestructureerde en actieve manier.
 - + De sociale kaart aanvullen en sensibiliseren

- ✦ Wat kunnen we zelf doen?
- ✦ Melding van nieuwe input.
- ✦ Ook de patiëntenverenigingen opnemen in de sociale kaart.
- ✦ Toevoeging van een soort levende agenda die melding maakt van nieuwe initiatieven,...

6) Goed overzicht van het bestaande aanbod en een duidelijke toegangspoort

- ✦ Één duidelijke toegangspoort (per gemeente) of een overzicht van wie vraagverheldering en toeleiding opneemt. -Geïntegreerd breed onthaal- De ELZ moet de verbindende factor zijn van iedereen die daar mee bezig is.
- ✦ Toeleiding naar de juiste zorg ongeacht doelgroep, zuil,...
- ✦ Aanmelding van zorgvragen voor senioren nog meer concreet maken zodat er sneller het juiste aanbod gedaan kan worden voor een specifieke vraag in het bijzonder voor personen met dementie.

7) Informatie verstrekking aan de patiënt over het bestaande aanbod en over zijn rechten en autonomie in zijn eigen verhaal. Hoe kunnen we de patiënt meer empoweren?

- ✦ Er moet meer ingezet worden op zorggeletterdheid, gezondheidsvaardigheden en deskundigheidsbevordering. Zie vb; de initiatieven hierrond binnen het E17-netwerk.
- ✦ Empowerment van de patiënt en de mantelzorger kan bijvoorbeeld aan de hand van het SOFA model -Samenwerken, Ondersteunen, Faciliteren en Accepteren.

8) Communicatie

- ✦ Communicatie (op een beveiligde manier) verbeteren, bv om te vermijden dat er verschillende fiches, medicatieschema's, ... in omloop zijn, om bepaalde risico's of problemen te signaleren,...
- ✦ Digitale communicatie waar zowel de patiënt, mantelzorger als hulp- en zorgverleners bij betrokken zijn. Rekening houdend met de privacywetgeving en GDPR-proof → Als zone hebben we hier weinig vat op. Dit laten we over aan de overheid. Het is ook niet de bedoeling dat elke ELZ een ander systeem hanteert. Dit met net uniform over de zones heen zijn.
- ✦ Delen van gekende informatie bij de verschillende disciplines met akkoord van de patiënt/cliënt – informatieplatform

9) Psychologische zorg beter organiseren, kenbaarder maken en gemakkelijker toegankelijk maken (drempel verlagen) zowel de acute als de chronische zorg ondersteunen en verder uitbouwen. In onze regio zijn momenteel slecht 4 eerstelijnspsychologen beschikbaar. Dit is weinig om echt op laagdrempelige psychologische zorg in te zetten.

10) Samenwerking stimuleren

- ✦ Promotie maken rond GDT (**multidisciplinair overleg** met patiënt en/of familie erbij)
- ✦ Samenwerking tussen het aanbod van OCMW met het CAW
- ✦ Samenwerking tussen LDC's om mensen die onder de rader blijven door te verwijzen

Andere punten die werden besproken

Versterken

- ✦ Voldoende aandacht, informatie, ondersteuning en appreciatie voor de mantelzorger. Deze moet als een volwaardige partners binnen de zorg gezien worden. Daarnaast is de mantelzorger vaak ook een bron van informatie. De [samenspraakfiche](#) kan hier bijvoorbeeld als tool voor gebruikt worden. Dit is een fiche die mantelzorgers, zorgvragers en professionele hulpverleners helpt om in gesprek te gaan als evenwaardige partners. Het maakt de ervaringen en verwachtingen van de verschillende

partijen bespreekbaar. Ook binnen dementie bestaat een gelijkaardig document -het all-in-document-

↳ Als eerstelijnszone in kaart brengen en bekendmaken en promoten wat momenteel al bestaat aan instrumenten,...

- + Samenbrengen van verschillende instrumenten over doelgroepen, domeinen, lijnen heen. – Naadloze en transmurale zorg versterken! Dit moet ruimer gezien worden dan enkel medische informatie. Er moet snel en efficiënt op situaties ingespeeld kunnen worden. Vb: verdere implementatie van het [ZOROO-project](#).
- + Ook op bemoeizorg moet verder ingezet worden.
- + Transport van patiënten bv naar een consultatie, kinepraktijk,... kenbaarder maken dat er bv een MMC (mindermobielencentrale) bestaat, zodat er minder huisbezoeken moeten gebeuren.
- + Er is een elektronisch platform beschikbaar bij het Wit Gele Kruis, maar dit is enkel voor hen beschikbaar (communicatie). Een uitbreiding hiervan zou de onderlinge communicatie zeker ten goede komen.
- + Specialisatie vergroten; vb opvangen van mensen met een psychiatrische problematiek in de thuiszorg.
- + Terugkoppeling van verlopen trajecten
- + Vrijwilligerswerking verbeteren/platform creëren om juist te oriënteren (sociale media)
- + Dementiezorg in thuissituatie. Er zijn al kleine (privé)initiatieven, maar nog in test-of beginfase. We zoeken naar nieuwe toegankelijke initiatieven. EIA mantelzorg programma al dan niet via mantelzorgers.

Creëren

- + Snel overleg bij ontslagmanagement en zorgcoördinatie. Vb bij ontslag uit het ziekenhuis een nummer meegeven waar de patiënt naar kan bellen.
- + Creatie van een proactieve houding. Het opnemen van een signaalfunctie, alert zijn en mogelijke moeilijkheden/problemen/signalen detecteren. Niet enkel als hulp- of zorgverleners maar ook als burger. Inzetten op buurtwerking!
- + Een uniform digitaal communicatie platform voor verpleegkundigen.
- + Openheid en transparantie met betrekking tot (de-) conventionering
- + Gelijkschakelen van verschillende medicatieschema's in omloop, tot Vitalink optimaal loopt.
- + Gelijke terminologie: Patiënt, cliënt, gast, bewoner,...
- + Logistiek: Locatiedeling

Afzwakken/Stoppen

- + Gefragmenteerd werken.
- + De schotten tussen verschillende doelgroepen, diensten, organisaties, lijnen, settings, zuilen,...
- + Commercialiseren van informatie: wachtlijsten, doorverwijzing,...
- + Administratieve overlast
- + Verschillende medicatieschema's in omloop

3 BELEIDSPLAN

3.1 Missie en visie

MISSIE (Waar staan we voor?)

De ELZ Schelde-Leie coördineert en stimuleert **toegankelijke, geïntegreerde en persoonsgerichte zorg** zonder onderscheid alsook initiatieven die leiden tot **een hoger welzijn en een betere gezondheid** voor personen met een zorg- en ondersteuningsvraag en zijn omgeving.

VISIE (waar gaan we voor?)

1. ELZ SL gaat voor een vraag en doelgerichte aanpak

ELZ SL gaat uit van de noden en de behoeften op zorg- en welzijnsvlak en van de normen en waarden van de betrokken persoon in plaats van een aanbodgestuurde aanpak. We hebben oog voor de evoluerende zorg- en welzijnsvragen en willen deze zowel kwantitatief, kwalitatief en innovatief invullen met oog voor de grootst mogelijke efficiëntie en dit in het bijzonder voor de meest kwetsbare doelgroepen.

2. Overleg tussen en met alle betrokken eerstelijnspartners in een samenwerkend netwerk

ELZ SL kiest voor een intense samenwerking en overleg tussen en met alle betrokken eerstelijnspartners (zorgverstrekkers, hulpverleners, dienstverleners, mantelzorgers,...) en bewaakt de principes van multidisciplinaire samenwerking. De ELZ zet zich ook in voor professionele gegevensdeling en verhoging van de competentie en zelfzorg van de eerstelijnspartners.

Dit moet zorgen voor de nodige afstemming van zorg op basis van haalbare doelstellingen. Daarnaast wil ELZ SL zich inzetten voor een grotere samenwerking tussen de eerste en de tweedelijnszorg.

De verhoging van het Welzijn van alle inwoners wordt ruimer gezien dan alleen het nastreven van een betere gezondheid of de promotie van preventie, maar wordt geïntegreerd in een algemene visie waarin ook andere aspecten zoals wonen, werk, onderwijs en sociale ondersteuning hun plaats krijgen.

3. De grootst mogelijke verantwoordelijkheid en inspraak voor de betrokken personen en zijn omgeving

ELZ SL streeft naar de grootst mogelijke verantwoordelijkheid en inspraak voor de betrokken persoon en zijn mantelzorger(s), rekening houdend met diens mogelijkheden om zo een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en zelfzorgvermogen te bereiken. Daarom wordt werk gemaakt van een nauw overleg met de personen met een zorg- en ondersteuningsaanbod en hun informele zorgaanbieders.

4. Verstrekken van alle mogelijke nuttige informatie

ELZ SL verzorgt het Geïntegreerd Breed Onthaal (GBO) en verstrekt verstaanbare, correcte, betrouwbare en up-to-date informatie voor iedere betrokken persoon. Op die manier verlagen we de drempels van de aangeboden zorg- en welzijnsinitiatieven.

3.2 Centrale waarden en principes



Vrijheid

ELZ-SL legt het accent op autonomie in handelen tussen de betrokken personen:

- + Personen met een zorg- of welzijnsvraag hebben keuzevrijheid en zelf de regie hebben over de omkadering die ze nodig hebben (zelfbeschikking).
- + De betrokken professionals kunnen de persoon met een zorg- of welzijnsvraag in vrijheid adviseren en doorverwijzen

Respect

- + Zorg- welzijnsvrager en hulpverlener gaan wederzijds respectvol met elkaar om. Ook de hulpverleners onderling communiceren respectvol met elkaar.
- + Ieder mens heeft het recht op een respectvolle omgang met zijn persoon in al zijn dimensies.

Vertrouwen

De ELZ –SL streeft naar...

- + **Wederkerigheid** in vertrouwen. Een persoon met een zorg- of welzijnsvraag vertrouwt zijn hulpverlener, en de hulpverlener moet de persoon met een zorg- of welzijnsvraag ook kunnen vertrouwen. Dit geldt eveneens voor de hulpverleners onderling.
- + Wie hulp nodig heeft is afhankelijk van andere mensen en vertrouwt op goede bijstand.
- + Realistische en deskundige verwachtingen bij de persoon met een zorgvraag.
- + **Eerlijkheid** in de ondersteuning en **empathische** handeling in het belang van de persoon.

↳ Een wederzijdse opgave!

Maatschappelijk verantwoord

Zorg is zinvol!

De ELZ-SL wil hierbij dat de omkadering...

- + Doeltreffend verloopt.
- + Zonder onderscheid in personen geboden wordt.
- + Zo efficiënt mogelijk is met schaarse middelen.
- + Het accent legt op betere maar niet op meer zorg.
- + Eindeloze, levensrekkende behandelingen zonder het verhogen van de kwaliteit van het leven vermijdt.

3.3 Strategische en operationele doelen

Overzicht strategische en operationele doelstellingen

Strategische doelstelling 1: Versterken van de eerstelijns	
Operationele doelstelling 1.1	Buurtsignalisatie en buurtwerking
Indicatoren	<ul style="list-style-type: none">+ Aantal georganiseerde activiteiten rond buurtgerichte zorg+ Aantal doorverwijzingen naar andere dienstverleningen, organisatie, hulpverleners,...+ Het resultaat van de buurtanalyse
Operationele doelstelling 1.2	Dementiezorg aan huis
Indicatoren	<ul style="list-style-type: none">+ Instrument implementeren ter ondersteuning van vroegtijdige detectie+ Sensibiliseringscampagne uitrollen+ Aantal opgemaakte vroegtijdige zorgplanningen+ Aantal opgestarte begeleidingen+ Opmaak van een lokale sociale kaart voor dementiezorg+ Aantal downloads op de website van de ELZ
Operationele doelstelling 1.3	Valpreventie thuis
Indicatoren	<ul style="list-style-type: none">+ Aantal deelnemers aan de vormingen en infosessies+ Beschikbaarheid van een overzicht van het bestaande aanbod+ Het hebben van een aantal centrale coaches rond valpreventie+ Aantal valregistraties via het meldpunt+ Het aantal gebruikte en volbrachte testfiches
Strategische doelstelling 2: Samenwerking tussen de eerste en de tweedelijns versterken	
Operationele doelstelling 2.1	Transmurale zorg
Indicatoren	<ul style="list-style-type: none">+ Het percentage patiënten met een voorspelbare zorgnood waarbij de verwachte zorgnood uiterlijk 48u na opname in het ziekenhuis in kaart werd gebracht.+ Het percentage patiënten of naasten dat aangeeft betrokken te zijn geworden bij de voorbereiding van het ontslag uit het ziekenhuis.
Operationele doelstelling 2.2	Een uniform medicatieschema
Indicatoren	<ul style="list-style-type: none">+ De evolutie na de nulmeting van de kennis van het medicatieschema.+ De evolutie van het aantal burgers die een medicatieschema heeft bij het gebruik van meerdere geneesmiddelen.+ Het aantal gevalideerde medicatieschema's die in het ziekenhuis terecht komen.

Doelstelling 1.1 – Buurtsignalisatie en buurtwerking-

CONTEXT

Vanuit onze eerstelijnszone wensen we in te zetten op buurtwerking en buurtsignalisatie. Dit om in te spelen op de wijzigende noden binnen de maatschappij. Vereenzaming, vergrijzing, de toenemende zorgvragen en de leefbaarheid van de buurten zijn grote uitdagingen waar we als zone klaar voor moeten zijn. Via buurtwerking wensen we deze noden dan ook te detecteren en te evalueren, de burger te informeren, doorverwijzen en zaken te organiseren om hieraan te gemoed te komen.

Specifiek wensen we het accent te leggen op de detectie van kwetsbare minderheidsgroepen zoals:

- + Vereenzaamde ouderen. Zoals in de meeste regio's overstijgt de groep alleenstaande 75-plussers de kaap van 3%.
- + Patiënten met een hoge zorgvraag door polypathologie. In onze regio gaat dit over 10% en bij hen kan mogelijk een toegankelijkheidsprobleem bestaan.

Decretaal gezien is enkel Deinze verplicht om zich in te zetten op buurtwerken via hun 2 Lokale dienstencentra maar graag breiden we dit uit naar heel onze zone. Alle gemeenten binnen ons grondgebied namen deze ambitie dan ook mee op in hun meerjarenplan. Als zone zijn we ervan overtuigd dat inzetten op buurtwerking de leefbaarheid, kwaliteit en burgerzin van de buurt verhoogd.

ACTIES

1) Overleg en samenwerking met verschillende actoren

Buurtwerking zien we als een laagdrempelige stap naar de juiste toeleiding en als een middel om noden te detecteren. Samenwerking met het bestaande aanbod en veld is hierbij cruciaal. Hierbij denken we aan overleg met scholen, verenigingen, huisartsen en alle andere zorgactoren binnen onze zone. Buurtwerking zien we immers als iets aanvullend niet als iets vervangend.

2) Uitvoeren van een buurtanalyse

Opstarten van een buurtanalyse met daarbij de focus op zorg en welzijn om zo de senioren en personen met een zorg- en ondersteuningsnood te benaderen.

Hierbij zullen we ook rekening houden met de leefbaarheid in de buurt. In deze context wordt dan meer gekeken naar de aanwezigheid van een buurtwinkel, apotheker, dokter,... Het mobiliteitsaspect zal hier ook in meegenomen worden.

↳ Bij deze buurtanalyse is het de bedoeling om meer inzicht te krijgen in zowel de kwalitatieve als kwantitatieve gegevens binnen onze zone.

- + Kwantitatieve gegevens: inzicht over de leeftijd, gezinssamenstelling, tewerkstelling, vergrijzing, verhuizingen, economie, gezondheidsproblemen, armoede,...
- + Kwalitatieve gegevens: zicht op de noden in de buurt, de sterktes en zwaktes van de buurt, wat leeft in de buurt,... Ook verenigingen, stakeholders,... zijn zeer belangrijk om de buurt te analyseren.

Bij het finaliseren van de buurtanalyse zullen we inzichten krijgen rond armoede, huisvesting, sociale noden, migratie, eenoudergezinnen, werklozen,... op basis van deze bevindingen kunnen de concrete doelstellingen per gemeente/buurt vastgelegd worden.

INDICATOREN

- + Aantal georganiseerde activiteiten rond buurtgerichte zorg
- + Aantal doorverwijzingen naar andere dienstverleningen, organisatie, hulpverleners,...
- + Het resultaat van de buurtanalyse



CONTEXT

In Vlaanderen hebben naar schatting 131.800 mensen een vorm van dementie. Het Expertisecentrum Dementie verwacht dat dit aantal in 2035 maar liefst met 42% zal stijgen.

In Eerstelijnszone Schelde & Leie mogen we ons zelfs aan een hogere stijging verwachten dan het Vlaamse gemiddelde. Wanneer we dit individueel per gemeente bekijken zien we volgende

stijging:
Sint-Martens-Latem: + 44%, De Pinte: + 41,4%, Deinze: + 39,5%, Zulte: + 46,2% en Nazareth: + 76%.

In onze Eerstelijnszone gaat het dus over een gemiddelde stijging van **49,4%**.

Van het aantal personen met dementie woont 70% thuis waar ze ondersteuning krijgen van hun mantelzorger(s) en/of professionele hulpverleners. In de ELZ Schelde-Leie willen we om die reden inzetten op dementiezorg aan huis. Dit is immers van groot belang. Niet enkel voor de persoon met dementie maar ook voor de mantelzorger(s) en alle actieve professionele hulpverleners in onze eerstelijnszone.



ACTIE

1) Vroegtijdige detectie en sensibilisering

Het duurt gemiddeld 2 tot 3 jaar na de eerste tekenen dat de diagnose dementie wordt gesteld bij een arts. Bij jongdementie duurt dit nog eens dubbel zo lang.

We willen daarom met de partners in de Eerstelijnszone werk maken van een vroegtijdige detectie en sensibilisering van dementie.

2) Begeleiding rouwproces en opstart vroegtijdige zorgplanning

Het krijgen van de diagnose is meestal de start van een rouwproces. We willen personen met dementie hier graag in begeleiden en ondersteunen. Het opstarten van vroegtijdige zorgplanning is hier volgens ons nauw mee verbonden.

3) Lokale sociale kaart voor dementiezorg

Met deze actie willen we het bestaande aanbod in onze Eerstelijnszone in kaart brengen. We hebben de ambitie om de kaart toegankelijk en laagdrempelig op te bouwen zodat ook de persoon met dementie deze lokale sociale kaart kan gebruiken.

INDICATOREN

+ Actie 1: Vroegtijdige detectie en sensibilisering

Indicator 1: Instrument implementeren ter ondersteuning van vroegtijdige detectie

Indicator 2: Sensibiliseringscampagne uitrollen

+ Actie 2: Begeleiding bij het rouwproces en opstart vroegtijdige zorgplanning

Indicator 1: Aantal opgemaakte vroegtijdige zorgplanningen

Indicator 2: Aantal opgestarte begeleidingen

+ Actie 3: Lokale sociale kaart voor dementiezorg

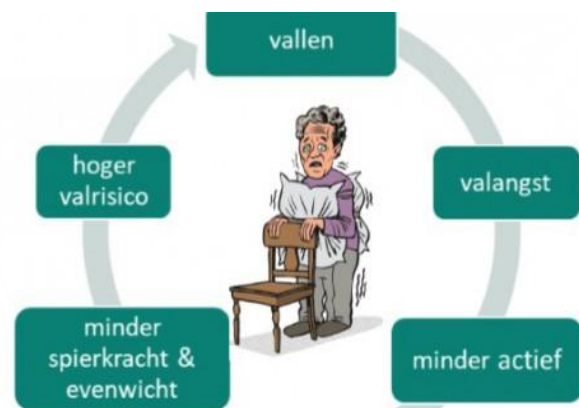
Indicator 1: Opmaak van een lokale sociale kaart voor dementiezorg

Indicator 2: Aantal downloads op de website van de ELZ

CONTEXT

De cijfers uit het expertisecentrum val- en fractuurpreventie liegen er niet om... Ongeveer één op drie 65-plussers komt minimum 1 keer per jaar ten val. Van deze ouderen valt bijna de helft meerdere keren per jaar en het risico op een valpartij stijgt met de leeftijd. Naast een verhoogde morbiditeit en mortaliteit brengt een 'val' vaak ook meer te weeg dan enkel de lichamelijke gevolgen.

Veel ouderen ervaren na een val angst om opnieuw te vallen, hierdoor raken ze afhankelijker en ervaren ze een verminderde zelfredzaamheid, hierdoor verhoogd het risico om opnieuw te vallen waardoor ze dan weer in een isolement te recht kunnen komen,... Door in te zetten op valpreventie kan deze negatieve spiraal doorbroken worden. Als eerstelijnszone willen we hier dan ook absoluut op in zetten!



ACTIES

De aanpak van de valpreventie in onze regio is selectief in functie van de doelgroep;

Voor alle senioren geldt een grondige preventieaanpak welke bestaat uit:

- 1) De verdeling en het gebruik van een uniforme checklist voor een valveilige omgeving en een zelftest voor valrisico en dit naar alle betrokken eerstelijnszone werker.
 - + We beogen hiermee het detecteren van meer risicopatiënten door de zorgverlener en het algemeen bekend maken van deze tools. Dit kan bijvoorbeeld via een mediacampagne via de gemeentebesturen en het LDC tijdens de Vlaamse week van de valpreventie.
 - + Hiervoor zullen we vormingen organiseren voor de medewerkers binnen onze ELZ en infosessies naar familie en mantelzorgers toe.
- 2) Het aanstellen van centrale ELZ coaches. Eventueel vanuit WZC's, WGK of Vlaams expertise centrum.
 - + De centrale coaches kunnen een centraal valmeldpunt vormen, kunnen advies geven over het aanwezige aanbod binnen de ELZ, vormen een aanspreekpunt voor vormingen,...
 - + Om dit mogelijk te maken moet eerste het bestaande aanbod in kaart gebracht worden. Hierbij denken we aan thuisverpleegkundigen, hulp aan huis, ergotherapeuten, mutualiteiten,...
- 3) Tevens dient onderzocht te worden of het haalbaar is te fungeren als valpreventiemeldpunt in samenspraak met het netwerk.

Voor de hoog risicopatiënten (=Parkinson, CVA, Alzheimer, Rolstoelpatiënt en polyfarmaciepatiënt) is een diepgaandere aanpak nodig naast de preventieve aanpak.

- 1) Het ontwikkelen van een testbatterij met een bijhorende resultaatfiche goedgekeurd door een stuurgroep
 - + Hun objectief is een laagdrempelige en kostenefficiënte test batterij te maken die voor iedereen bruikbaar is en die resulteert in een correctieve aanpak nadien. Hiervoor is het wel noodzakelijk dat het duidelijk is wie deze aanpak ter plaatse stuurt en wie deze uitvoert.
 - + Een tweede voorwaarde is dat een standaard voor een correcte registratie van een val aanwezig is, dat we over een globale definitie beschikken (cfr VLEXC) en dat enkele parameter rond een opname voor handen zijn (cfr zorgpad WZC).
 - + Deze aanpak kan gekoppeld worden aan een afbouwproject van psychofarmaca en hier kan mogelijk een samenwerking met de beweegcoaches voor worden opgezet.

- + Er moet hiervoor een stuurgroep samengesteld worden bestaande uit een lid van de huisartsenkring, een apotheker, iemand van het WGK, iemand uit het Vlaamse expertisecentrum, logo, mutualiteit, LDC, kine en WZC

2/ **Actief promoten van gangrevalidatie** al of niet aan huis of op een gemeenschappelijk oefenterrein. Hiervoor werken we samen met de kinesisten en beweegcoaches.

INDICATOREN

- + Aantal deelnemers aan de vormingen en infosessies
- + Beschikbaarheid van een overzicht van het bestaande aanbod
- + Het hebben van een aantal centrale coaches rond valpreventie
- + Aantal valregistraties via het meldpunt
- + Het aantal gebruikte en volbrachte testfiches



Doelstelling 2.1 – Transmurale zorg

Naadloze en transmurale zorg versterken via een goede opname- en ontslagvoorbereiding

CONTEXT

De gezondheids- en welzijnszorg evolueert de laatste jaren steeds meer in de richting van zorg- en dienstverlening aan huis. Deze trend zal zich in de toekomst nog sterker doorzetten.

Ouderen blijven zo lang mogelijk zelfstandig in hun eigen huis wonen of verhuizen naar een seniorenflat. Na een ziekenhuisverblijf wordt in eerste instantie steeds getracht om de patiënt terug naar huis te laten gaan, ook al is dit slechts mogelijk mits ruime ondersteuning door zorg- en dienstverleners.

Als gevolg van nieuwe, minder invasieve onderzoeks- en operatietechnieken, wordt de duur van een ziekenhuisverblijf almaar korter en bedraagt deze in veel gevallen nog slechts één dag.

Een andere trend bestaat er in dat voor een aantal acute ziekten de overlevingskansen sterk zijn toegenomen, bv. in de oncologie, en dat zij evolueren naar chronische aandoeningen. Er wordt bij deze chronische patiënten steeds vaker alles in het werk gesteld om een opname in het ziekenhuis te vermijden. Indien een ziekenhuisopname toch noodzakelijk is, dan wordt de duur van het verblijf zo kort mogelijk gehouden.

Dit alles zorgt er voor dat een ziekenhuisopname voor een patiënt slechts een heel korte episode is geworden in zijn leven. Er moet daarom snel en efficiënt op situaties ingespeeld kunnen worden en hiertoe moet er heel wat informatie, ook niet medische gegevens, uitgewisseld worden.

Een goede afstemming tussen de eerste en de tweede lijn is van primordiaal belang. De interdisciplinaire samenwerking draagt immers bij tot de continuïteit van zorg zowel intra-als extramuraal. Een vroegtijdige voorbereiding van het ontslag is hierbij essentieel.

ACTIE

Binnen de werkgroep ZOROO (Zorg Rond Opname en Ontslag management) van de SEL Zorgregio Gent werd eerder een samenwerkingsovereenkomst opgesteld tussen de Huisartsenkring Schelde-Leie en de vier Gentse ziekenhuizen. Deze overeenkomst zal nu ook door het Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze onderschreven worden.

Concreet komt het hier op neer dat er voor de Eerstelijnszone Schelde-Leie een transmuraal zorgpad wordt uitgewerkt, geïnspireerd op het Best Practice Document, dat in de werkgroep ZOROO (Zorg Rond Opname en Ontslagbeleid) ontwikkeld werd. In dit document staat uitgeschreven hoe de overgang van het ziekenhuis naar de thuissituatie (en andersom) zo vlot mogelijk kan verlopen. In de eerste plaats voor de patiënt maar ook voor alle betrokken hulp- en zorgverleners in het ziekenhuis en in de eerstelijns.

Hiertoe zal een multidisciplinaire werkgroep opgericht worden, die binnen het tijdsbestek van twee jaar het zorgpad vorm zal geven en implementeren, en die vervolgens zal evalueren in welke mate de beoogde resultaten bereikt zijn.

INDICATOREN

De indicatoren die voor deze evaluatie zullen gehanteerd worden zijn:

- + Het percentage patiënten met een voorspelbare zorgnood waarbij de verwachte zorgnood uiterlijk 48u na opname in het ziekenhuis in kaart werd gebracht.
- + Het percentage patiënten of naasten dat aangeeft betrokken te zijn geworden bij de voorbereiding van het ontslag uit het ziekenhuis.



CONTEXT

Vanuit de ELZ Schelde-Leie wensen we in te zetten op het gebruik van een uniform medicatieschema dat meegegeven en aangepast wordt tussen de huisarts, het ziekenhuis en de apotheker. Uit onderzoek blijkt dat heel wat gezondheidswinst gehaald kan worden door een beter medicatiegebruik. Jaarlijks zijn bijvoorbeeld maar liefst 42.000 ziekenhuisopnames te wijten aan medicatiefouten. Hiervan zou minstens de helft vermeden kunnen worden door een correcte inname en een goeie opvolging van de medicatie.

Huisartsen en apothekers zijn daarom al enkele jaren actief bezig met het medicatieschema: elke patiënt die meerdere geneesmiddelen neemt zou een medicatieschema moeten hebben, dat hij actief gebruikt maar ook actief meeneemt naar de huisarts, de huisapotheker, het ziekenhuis,... Toch blijkt dat het vaak de burger zelf is die het belang van een correct en gevalideerd medicatieschema niet begrijpt. Hij krijgt graag een medicatieschema, maar gebruikt het niet actief, hij ziet het eerder als een handig hulpmiddel voor thuis maar neemt het niet mee naar het ziekenhuis of naar de arts/apotheker,... Dit is jammer want net dit zou heel wat problemen kunnen vermijden...

ACTIE

Naar analogie van het project 'Merelbeke zit op schema' willen we vanuit onze zone een campagne opzetten om de burger rond het medicatieschema te sensibiliseren. In de loop van zes maanden willen we dat alle burgers die het nodig hebben – en liefst nog veel meer – op de hoogte zijn van het belang van een medicatieschema en er ook één hebben indien zij meerdere geneesmiddelen gebruiken.

Het idee is ons in 2020 te focussen op alle afzonderlijke gemeenten en in 2021 naar buiten te komen met 'ELZ Schelde-Leie zit op schema'. Dit lijkt ons de meest effectieve aanpak gezien een kleinschalige uitrol ons een essentiële factor lijkt in het welslagen van dit project.

STAPPENPLAN

Stap 1: 0-meting

Om na afloop van onze campagne het effect te kunnen evalueren starten we met een 0-meting. Er wordt een 0-meting gedaan in het Sint-Vincentius Ziekenhuis van Deinze en een 0-meting in alle afzonderlijke gemeenten van onze zone. Deze meting wordt herhaald net na de campagne, 3 maanden na de campagne en 6 maanden na de campagne.

Stap 2: informeren en mobiliseren cruciale actoren -over heel de ELZ-

Voor het slagen van dit project is het de bedoeling hier zoveel mogelijk actoren bij te betrekken en te motiveren om het medicatieschema onder de aandacht van hun patiënten/cliënten te brengen.

Actoren die we hier zeker in mee moeten hebben zijn:

+ Apothekers en Huisartsen

Wanneer het rond medicatie gaat zijn huisartsen en apotheker een van de meest belangrijke spelers. Via de huisartsenkring van Schelde-Leie werd het project voorgesteld en dit zal nogmaals voorgelegd worden op de bestaande LOK vergaderingen. Hiernaast zullen ook MFO's worden georganiseerd met de artsen en apothekers met als thema medicatie. Hieraan wordt dan ook een voorstelling van het project gekoppeld.

+ Infomoment gemeentebesturen

Er wordt een infomoment georganiseerd voor de gemeenten om hen de campagne voor te stellen. Hun ondersteuning op vlak van bekendmaking, communicatie, logistiek,... is immers van primordiaal belang.

+ Infomoment verpleegkundigen

De verpleegkundige is een belangrijke factor in de campagne. De verpleegkundige komt immers vaak bij de patiënt thuis en zet bijvoorbeeld ook de medicatie klaar. Als actor heel dicht bij de

patiënt/cliënt zien we het ook als zijn taak om informatie over het schema te geven en de burger te motiveren het schema mee te nemen naar de verschillende hulpverleners en settings.

Stap 3: Samenstellen mini-team per gemeente

Na het inlichten van enkele cruciale actoren rond het project gaan we per gemeente op zoek naar een enthousiaste huisarts, een enthousiaste apotheker en een trekker van de gemeente.

Stap 4: Uitwerken campagne materiaal

Vanuit een overkoepelende werkgroep over de gemeenten heen wordt het campagne materiaal uitgewerkt. Om de doorstroom naar 'ELZ Schelde-Leie' makkelijk te kunnen maken houden we het materiaal uniform over alle gemeenten.

Stap 5: Voorstelling campagne op het veranderforum

Tegen juni 2020 hopen we het materiaal klaar te krijgen. Dit materiaal kan dan voorgesteld worden op het veranderforum en verdeeld worden over de gemeenten.

Stap 6: Organiseren van een Ronde tafel per gemeente

Het voorbereiden van de campagne en het uitwerken van het campagnemateriaal zal gebeuren over de gemeente heen. Voor het echt sensibiliseren van de burger lijkt het ons belangrijk om echt af te dalen naar het lokale niveau. Per gemeente gaan we op zoek naar een vertegenwoordiger vanuit de:

- + Gemeente
- + Gezondheidszorg: Huisarts, apotheker, verpleegkundige, kine,...
- + Welzijnssector: diensten gezinszorg, OCMW, CAW, mutualiteiten,...
- + Het middenveld: Seniorenraad, vrouwenbewegingen,...

Met alle vertegenwoordigers vormen we een rond tafel waar we expliciet hun hulp vragen om de burger hierrond te sensibiliseren en deze boodschap samen met ons uit te dragen. Alle actoren wordt er gevraagd waar zij hun steentje aan kunnen bijdragen. Vb: Voorstellen op een evenement van de seniorenraad, organiseren van gericht infoavonden, publicatie in tijdschriften, verdeling van folders,... Zo hopen we tot een lijst van acties te komen die specifiek in die gemeente uitgevoerd kunnen worden.

Stap 7: Groot kick-off moment in de gemeente

Na het samenstellen van een actielijst samen met de ronde tafel wordt een groots kick-off moment georganiseerd. Hierop kan een interessante spreker rond het medicatieschema uitgenodigd worden en kunnen de opgelijste acties bekend gemaakt worden. Dit kick-off moment vormt het officiële startschot van de campagne binnen de gemeente.

INDICATOREN

- + De evolutie na de nulmeting van de kennis van het medicatieschema.
- + De evolutie van het aantal burgers die een medicatieschema heeft bij het gebruik van meerdere geneesmiddelen.
- + Het aantal gevalideerde medicatieschema's die in het ziekenhuis terecht komen.

