

Veranderforum Schelde-Leie 18 december 2019

Locatie: DE REKKELINGE
9800 Deinze
Uur: 20u – 22u30

Aanwezig: Baertsoen Joke, Boelaert Hilde, Berwouts Koen, Cnockaert Christoph, Coppieters Wim, Crul Marleen, De Coen Günther, D'Oosterlinck Patrick, De Coster Ellen, De Gussem Annemie, De Mulder Vanessa, De Preester Viviane, De Spiegelaere Conny, De Vos Krista, De Waele Sophie, Decoster Piet, Detailleur Linda, Devogelaere Jan, Fiers Nina, Ghekiere Frieda, Ghyselen Leen, Maes Elfriede, Matthijs Johan, Meert Nancy, Metsu Pieter, Nollet Goedele, Povré Jocelyne, Ravelingien Lieve, Tackaert Paulette, Van Houcke Pierre, Vankerhoven Marc, Vanlauwe Johan, Vanlerberghe Marleen, Vergucht David, Verhaegen Eva, Vervaeke Filip en Vanbleu Julie

↳ De presentatie vindt u terug via [deze link](#).

Info vanuit de overheid en het VIVEL

- + Alle 60 voorlopige zorgraden werden goedgekeurd.
- + Op 25 november 2019 ging het eerste netwerkevent van VIVEL door. Hierop werd het VIVEL voorgesteld en konden enkele workshops gevolgd worden. Alle presentaties en enkele filmpjes vindt u [hier](#) terug.
- + Het VIVEL zal een coachende coördinerende rol ten opzichte van de zorgraden opnemen en zal proberen om het voor de zorgraden gemakkelijker te maken. Zo zullen zij bijvoorbeeld zorgen voor juridische en boekhoudkundige ondersteuning, zullen zij zich aansluiten bij een juridische dienst,... Zo dient dit niet door elke afzonderlijk zorgraad te gebeuren.
- + Nieuwe tools 2020
 - + [De zorgatlas](#): De zorgatlas biedt een overzicht van informatie over zorg, welzijn en gezondheid. Hierin zijn per zorgzone een hele hoop statistieken terug te vinden rond bijvoorbeeld sterfte, ziekenhuisopnames, bevolkingsonderzoeken, zorgzwaarte- indicatoren,... Daarnaast is er ook een overzicht terug te vinden van de door het Agentschap Zorg en Gezondheid erkende zorgvoorzieningen. Deze zorgvoorzieningen zijn volgens hun activiteit ingedeeld in een categorie, zoals vb. Algemeen ziekenhuis, Centrum voor kortverblijf, Dienst voor thuisverpleging,...
 - + [De sociale kaart](#): Men wil werk maken van een nieuwe, meer geavanceerde versie van de Sociale Kaart. Hierin wil men meer trefwoorden opnemen en de mogelijkheid bieden om gericht te zoeken -dieper op wijkniveau en preciezere info-. De sociale kaart wil zich op 3 principes baseren -Ask once – Ask More – Responsible together

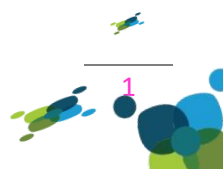
Stand van zaken vzw

a) Overlopen van de statuten

- + De ingediende statuten vindt u [hier](#) terug. Deze werden nagelezen door het VSDC en op basis van hun opmerkingen aangepast.

Zetel

- + De zetel leggen we voorlopig vast in het LDC elfdorpen, Gentpoortstraat 41, 9800 Deinze. Hier zijn twee burelen ter beschikking die we tegen een billijke vergoeding mogen gebruiken. → Dit werd goedgekeurd door de stad Deinze.



Aanwezigheid van de leden

- + Om geldig te kunnen beraadslagen moet de helft van elke cluster of meer aanwezig of vertegenwoordigd zijn. → De Zorgraad beslist dat een volmacht gegeven kan worden aan alle stemgerechtigde leden ongeacht tot welke cluster ze behoren. Een volmacht hoeft dus niet binnen dezelfde cluster gegeven worden.

Besturing door natuurlijke personen

- + In de statuten staat vermeld dat de vzw wordt bestuurd door een bestuursorgaan dat bestaat uit natuurlijke personen. Er werd binnen de Zorgraad bediscussieerd of dit door rechtspersonen vervangen kon worden maar dit impliceert dat elke beslissing in principe door de organisatie moet worden goedgekeurd. Gezien dit erg vertragend werkt op de beslissingsprocedure werd beslist om de natuurlijke personen te behouden maar wel voor elk lid een extra bestuurdersverzekering te voorzien.

Stemmen cluster persoon met een zorg- en ondersteuningsnood

- + In de oorspronkelijke versie van de statuten werd opgenomen dat om beslissingen te nemen niet enkel de gehele zorgraad maar ook elke afzonderlijke cluster een meerderheid moet hebben. Dit impliceert dat de cluster persoon met een zorg- en ondersteuningsnood hierdoor een veel zwaarder gewicht krijgt. Deze cluster bestaat immers uit slechts twee personen wat dus impliceert dat 1 persoon alle beslissingen kan tegenhouden... Gezien dit niet echt democratisch is werd dit binnen de Zorgraad herzien. Dit werd als volgt geherformuleerd;

Het bestuursorgaan beslist met een meerderheid van de stemmen van de totale Zorgraad en een beslissing is geldig wanneer in elke cluster minstens 1 positieve stem wordt gegeven:

- a) welzijnsactoren; 1/6
- b) eerstelijnszorgactoren; 1/6
- c) lokale besturen; 1/6
- d) verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, erkende verenigingen van gebruikers en mantelzorgers en vrijwilligersverenigingen 1/2

b) Structuur van de vzw

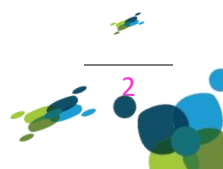
- + Dagelijks Bestuur
- + Zorgraad
- + Algemene Vergadering
- + Veranderforum

Het Dagelijks Bestuur

- + Het Dagelijks Bestuur bestaat uit Dokter Matthijs (huisarts en voorzitter ELZ), Dokter Matthijs, Conny De Spiegelaere (Lokaal Bestuur Deinze), Günther De Coen (WZC) en Christoph Cnockaert (Ziekenfondsen).
- + Het Dagelijks Bestuur staat in voor de handelingen en beslissingen die betrekking hebben tot het dagelijks leven van de vennootschap en die ofwel omwille van hun minder belang ofwel net omwille van hun spoedeisend karakter de tussenkomst van het bestuursorgaan niet rechtvaardigen.

De Zorgraad

- + 20 Stemgerechtigden (natuurlijke personen)
 - ^ 6 vertegenwoordigers lokale besturen
 - ^ 6 vertegenwoordigers Welzijn
 - ^ 6 vertegenwoordigers Gezondheidszorg
 - ^ 2 vertegenwoordigers Persoon met een Zorg en ondersteuningsnood



- + 4 medeoprichters zonder stemrecht
 - ↳ = de 4 optionele partners (ziekenhuis, personen met een beperking, jeugd en preventie)
- + Quorums en quota binnen de zorgraad

Soort beslissing	Aanwezigheidsquorum	Beslissingsquotum
Geldig beraadslagen	De helft + 1	De helft + 1 EN min 1 positieve stem in elke cluster
Toetreding lid	2/3 ^e	De helft + 1
Schorsing van een lid	2/3 ^e	2/3 ^e
Verkiezing Voorzitter, ondervoorzitter, Secretaris en Penningmeester	De helft + 1	De helft + 1
Goedkeuring en wijziging intern reglement	De helft + 1	2/3 ^e

De Algemene Vergadering - De Zorgraad +

- + De Algemene vergadering zien we als een Zorgraad +. Dit houdt in dat de zorgraad wordt uitgebreid met extra vertegenwoordigers.

Zorgraad	Algemene vergadering
6 vertegenwoordigers lokale besturen	+ 6 vertegenwoordigers lokale besturen
6 vertegenwoordigers Welzijn	+ 6 vertegenwoordigers Welzijn ↳ Andere diensten
6 vertegenwoordigers Gezondheidszorg	+ 6 vertegenwoordigers Gezondheidszorg ↳ Andere disciplines
2 vertegenwoordigers Persoon met een Zorg en ondersteuningsnood	+ 2 vertegenwoordigers Persoon met een Zorg en ondersteuningsnood
4 optionele partners (geen stemrecht in de zorgraad maar wel in de AV!)	+ 4 optionele partners

- + Op deze manier blijven de clusterverhoudingen gewaarborgd.
- + De disciplines en organisaties die meerdere disciplines en organisaties vertegenwoordigen worden in de Algemene vergadering dan door de andere discipline of organisatie vertegenwoordigd. Vb: De kinesisten vertegenwoordigen in de zorgraad ook de ergotherapeuten. In de Algemene vergadering wordt er dan geopteerd dat een ergotherapeut tot de Algemene vergadering toetreed.
- + OPROEP: Heeft u interesse om lid te worden van onze Algemene Vergadering? Geef dit dan door via [deze link](#)! Binnen de Zorgraad zullen deze kandidaturen besproken worden.

+ Quorums en quota binnen de Algemene Vergadering

Soort beslissing	Aanwezigheidsquorum	Beslissingsquotum
Geldig beraadslagen	Helft van elke cluster of meer	De helft + 1
Uitsluiting lid	2/3 ^e	2/3 ^e
Statuutwijziging	2/3 ^e	2/3 ^e
Statuutwijziging rond het voorwerp van het belangeloze doel	2/3 ^e	4/5 ^e
Statuutwijziging rond de ontbinding van de VZW	2/3 ^e	4/5 ^e
Benoeming bestuurders (zorgraad)	2/3 ^e	De helft + 1
Beëindigen mandaat (van het DB)	2/3 ^e	2/3 ^e

Het veranderforum

- + Het veranderforum zien we als een adviserend orgaan rond zowel strategische en organisatorische zaken. We vinden het belangrijk om de binding met de grotere groep te blijven behouden en om adviezen en opinies uit onze ELZ te horen. We roepen het Veranderforum 1 x per jaar samen gekoppeld aan een Algemene vergadering.
- + Daarnaast houden we ons eraan het veranderforum op regelmatige tijdstippen te informeren en worden oproepen om deel te nemen aan werkgroepen rond specifieke thema's of projecten ook altijd binnen het forum verspreid.

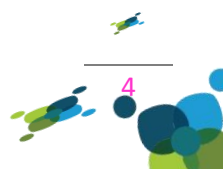
Budgetten en middelen ELZ vanuit de overheid

Voorlopig budget

- + Per ELZ werd een bedrag van 12000 Euro toegekend waarvan er 45% als voorschot werd gestort. De tweede schijf van de subsidie (de volgende 45%) wordt doorgestort na de [indiening van het beleidsplan en de erkenningsaanvraag](#). De resterende 10% wordt pas tegen mei 2020 doorgestort.
- + Vanuit het veranderteam kwam het idee om vanuit de lokale besturen een renteloze, terugvorderbare lening aan te bieden aan de eerstelijnszone. Dit werd door de verschillende lokale besturen goedgekeurd. Er wordt een bedrag van 0.25Euro/per inwoner ter beschikking gesteld hiervoor.

Vzw budget

- + Voor onze eerstelijnszone wordt een budget van 105.622,50Euro voorzien. Dit is berekend op het aantal inwoners vermenigvuldigd met een wegingcoëfficiënt (bepaald op basis van een aantal indicatoren; alleenstaande ouders, verhoogde tegemoetkoming, alleenstaande 75plussers, statuut chronische aandoeningen,...)



- + Er werd eerder vermeld dat het budget van de Eerstelijnszones met 6% zou verlagen. Maar er werd nu meegedeeld dat dit nu toch niet het geval zal zijn. Het budget blijft dus 105.622,50Euro.

Strategische en operationele doelstellingen

Strategische doelstelling 1: Versterken van de eerstelijns	
Operationele doelstelling 1.1	Buurtsignalisatie en buurtwerking
Operationele doelstelling 1.2	Dementiezorg aan huis
Operationele doelstelling 1.3	Valpreventie thuis
Strategische doelstelling 2: Samenwerking tussen de eerste en de tweedelijns versterken	
Operationele doelstelling 2.1	Transmurale zorg
Operationele doelstelling 2.2	Een uniform medicatieschema

↳ Deze doelstellingen werden per groepjes besproken en de feedback werd meegenomen in de verdere uitwerking.

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.

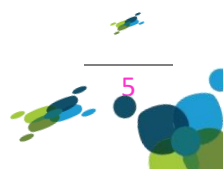
ACTIES

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

Doelstelling 1.2 – Dementiezorg aan huis-

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

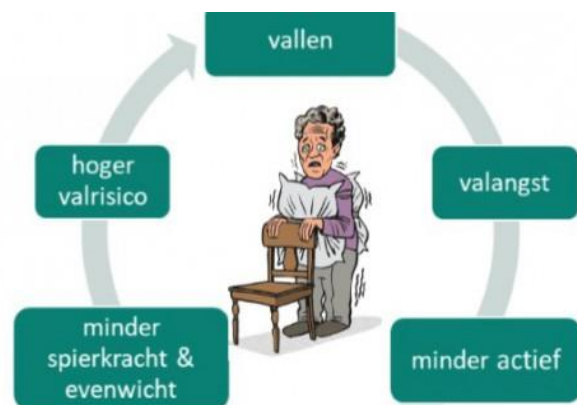
Indicator 2: Aantal downloads op de website van de ELZ

Doelstelling 1.3 – Valpreventie thuis

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 expertisecentrum.
- + 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.

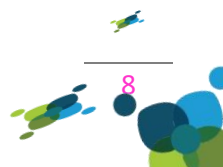
Voor de hoog risicopatiënten (=Parkinson, CVA, Alzheimer, Rolstoelpatiënt en polyfarmaciepatiënt) is een diepgaandere aanpak nodig naast de preventieve aanpak.

- 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

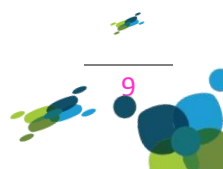
Binnen de werkgroep ZOROO (Zorg Rond Opname en Ontslag management) van de SEL Zorgregio Gent werd eerder een samenwerkingsovereenkomst opgesteld tussen de Huisartsenkring Schelde-Leie en de vier Gentse ziekenhuizen. Deze overeenkomst zal nu ook door het Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze onderschreven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

Doelstelling 2.2 – Naar een uniform medicatieschema-

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.

→ Het volledige beleidsplan vindt u [hier](#) terug.

Het volgende veranderforum is gepland op **woensdag 3 juni 2020 van 12u-14u in de Rekkeling**