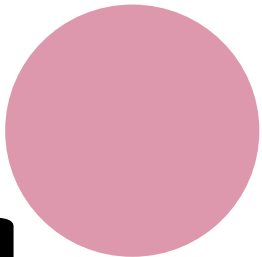




**Sterke  
eerstelijnszorg:  
nabij en  
populatiegericht**



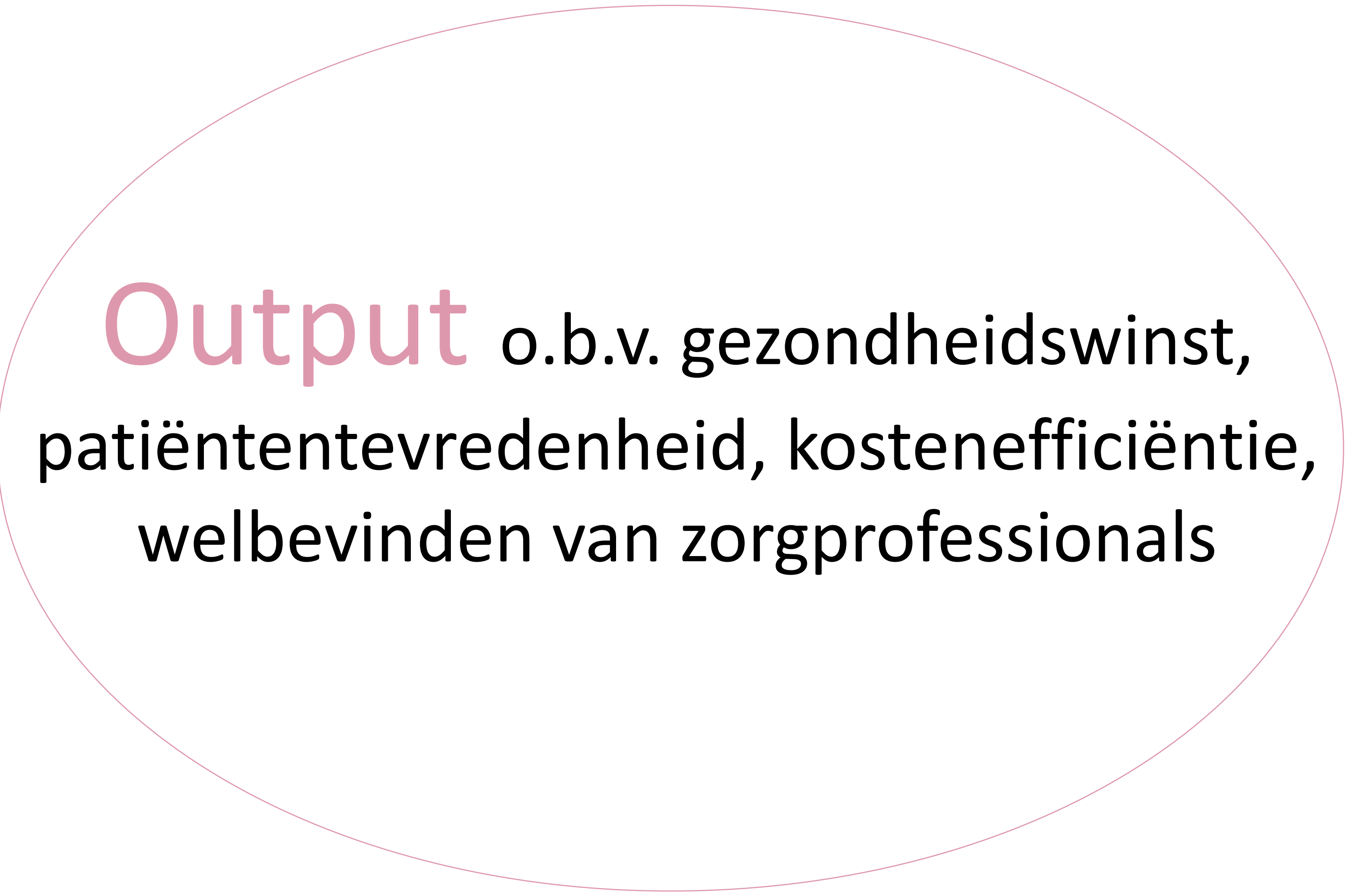
**De stip  
aan de  
horizon**

Meer **continuïteit**, zelfde  
doelen in gezondheidspromotie,  
ziektepreventie, diagnosestelling,  
behandeling, ziektemanagement,  
herstel en palliatieve dienstverlening



We werken aan een  
vernieuwend zorgmodel  
van de toekomst

Vraag gestuurd  $\leftrightarrow$  Aanbod gestuurd



**Output** o.b.v. gezondheidswinst,  
patiëntentevredenheid, kostenefficiëntie,  
welbevinden van zorgprofessionals



# **Historiek en ontstaan buurtteams**



**< 2018**

**Begin 2019**

**2019 - ...**

Centraal  
actieplan  
ZZL

Oproep:  
Wie wil  
meedoen?

Bottom-up  
acties in  
buurtteams

**Sterk conceptueel  
plan o.b.v. theorie  
'Chronic Care'**

**Praktijkgerichte  
concrete  
(micro)acties**

# Engageren zich om

- \* Geïntegreerde zorg te bieden aan kwetsbare **doelgroepen**
- \* Populaties met **chronische aandoeningen** of met andere **kwetsbaarheden**
  - \* Doen aan proactieve **Zorgcoördinatie**
- \* Zorgprogramma's ondersteunen afsprakenkaders



# Interesse in:

- \* Data-driven werken aan kwaliteit
- \* Verhogen van zelfmanagement (GGG voor apr, educatie voor vpk, zorgplan voor zorgvrager...)
- \* Medicatiereview of de-medicaliseren (= teamwork)
  - \* Overleg met het eerstelijnsteam
    - \* Afstemming tussen lijnen
- \* Preventie van chronische aandoeningen
  - \* Ondersteunen zorgzame buurten
    - \* Buurtgerichte GGZ

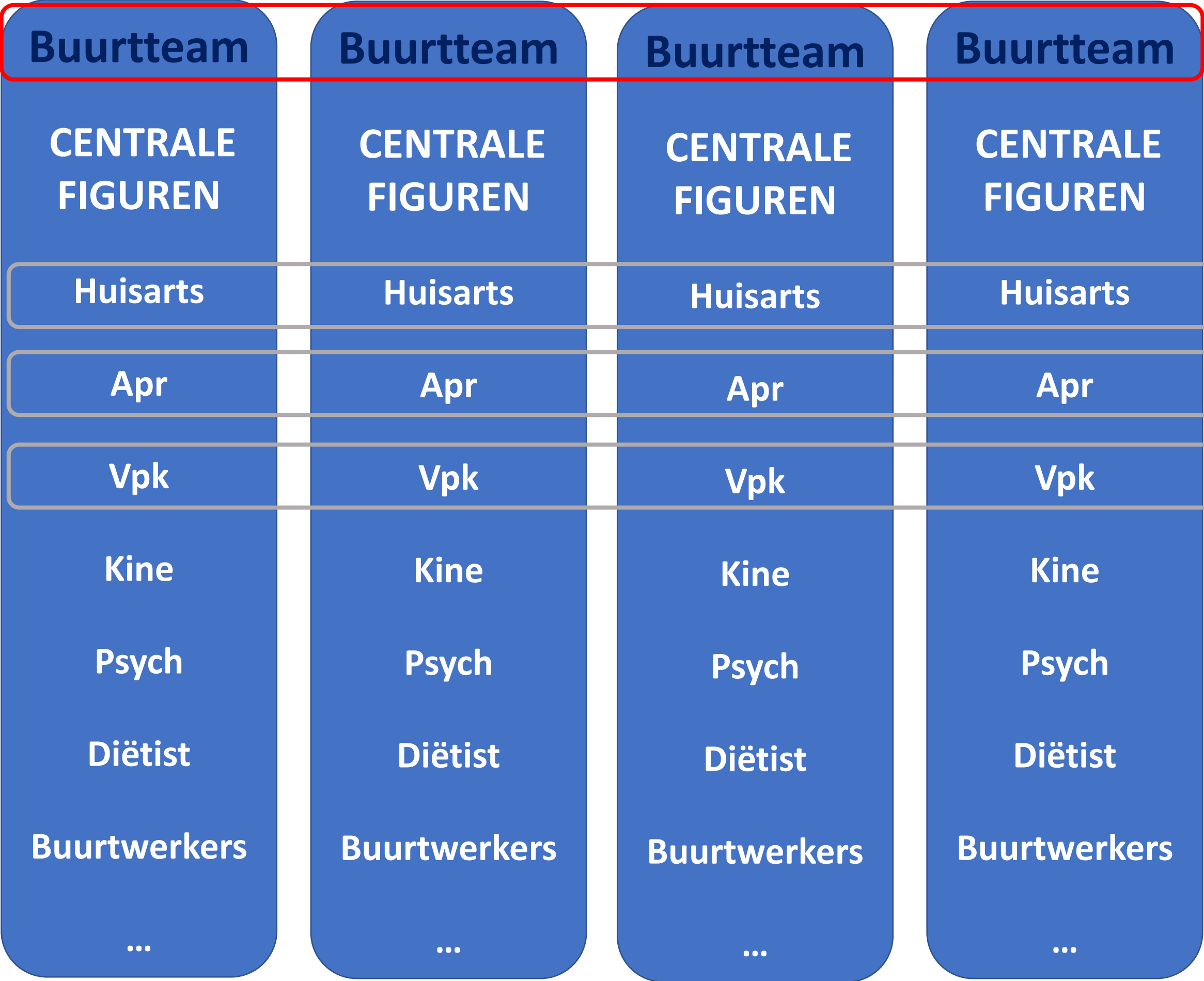
The background image shows a two-lane asphalt road stretching into the distance under a sunset sky. The sun is a bright orange orb on the horizon, casting a warm glow. The sky is filled with soft, white and orange-tinted clouds. The road has white dashed lines, and the surrounding landscape appears to be a mix of green fields and distant trees.

# **Samenstelling buurtteams**

2<sup>de</sup> en 3<sup>de</sup> lijn



Overlegstructuren  
uitbouw transmurale  
ZP, datasystemen,  
intermediaire zorg, ...



Lerend netwerk

Lerend netwerk

Lerend netwerk

...



1) Buurteam Wilsele-Putkapel-Wijgmaal



2) Buurteam Wilsele - Dorp



3) Buurteam Bruul-Vaart



4) Buurteam De Flint



5) Buurteam Ladeuze



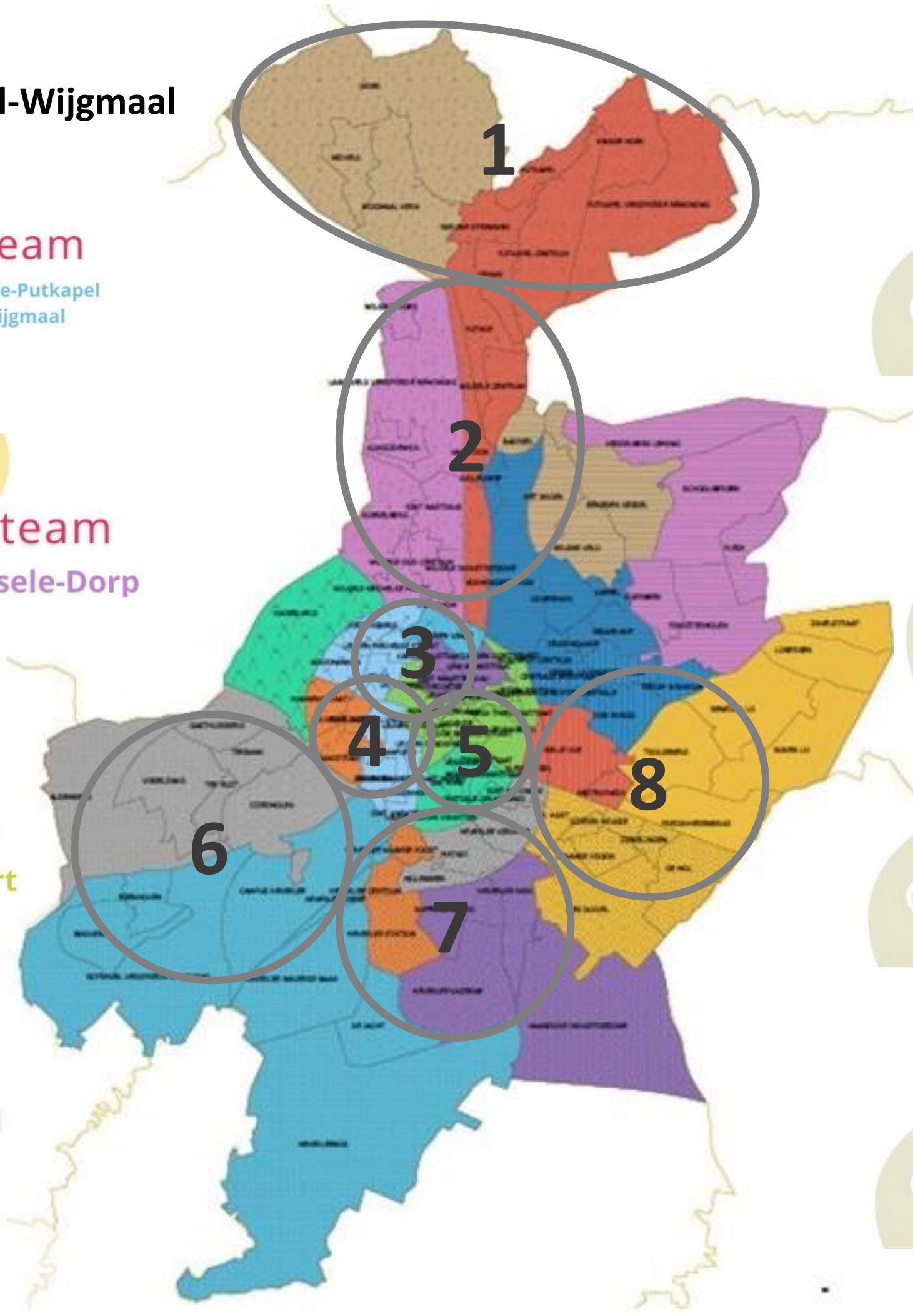
6) Buurteam Terbank

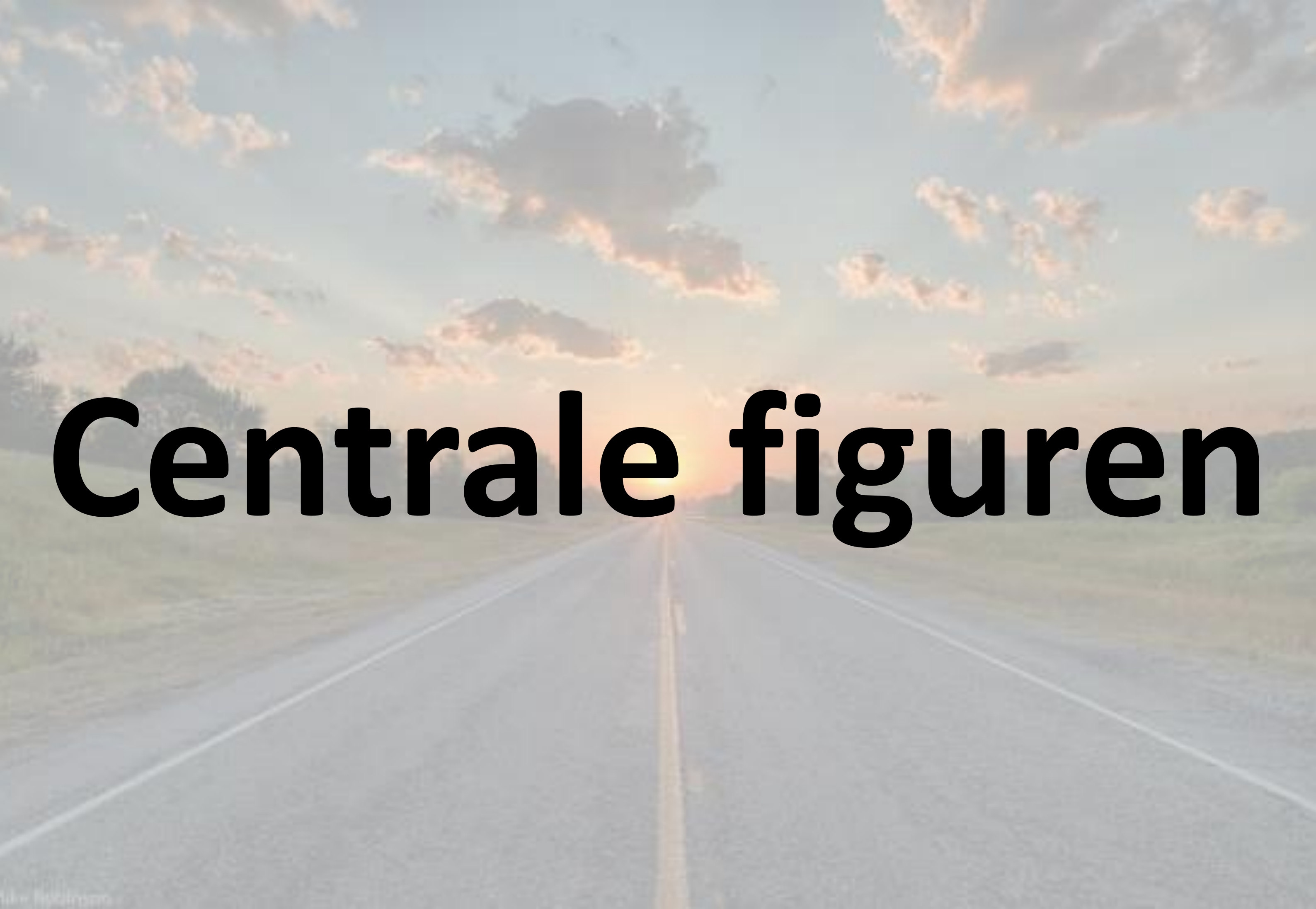


7) Buurteam Heverlee



8) Buurteam Kessel-Lo





# Centrale figuren



# Buurtteamcoach

## Organisatorische rol

- \* Interne buurtteamcoach = verlengde van integratiemanagementteam
- \* Verduurzaming en ondersteuning trekkers



# Takenpakket

- \* behoort tot het buurtteam
- \* neemt organisatorische trekkersrol
  - \* teamafspraken bewaken
  - \* overleg organiseren
  - \* acties organiseren
  - \* werking evalueren
  - \* data verzamelen
  - \* budgetbewaking
- \* aanspreekpunt voor andere zorg- en welzijnsactoren in de buurt

# Good Practices

- \* Buurtteam Kessel-Lo Good Practices
- \* Uitgaande van zorgprogramma COPD
- \* Rookstopactie “Werelddag zonder Tabak” en  
“Marktactie COPD”
  - \* Rookstopcursus Stad Leuven
- \* Rookstopproject en project Zorgzame Buurten



# Zorgcoach

Aanspreekfiguur voor coördinatie  
en afstemming van de zorg

- \* Step-up binnen de buurtteamwerking om complexe problemen aan te pakken
- \* Getrapt systeem van zorgcoördinatie: van zelfregie naar coördinatie door zorgteam, of bij zeer complexe noden door zorgcoach

**PROACTIEF**

# Takenpakket

- \* **Concretiseert** op vraag van de huisarts het zorgplan of **initieert** dit op vraag van een ander lid van het zorgteam, indien de huisarts niet tot het buurtteam behoort.
- \* Doet bijhorende **zorgplanningsgesprekken** met de zorgvrager en zorgt indien nodig voor de **overdracht** van het zorgplan aan het individuele zorgteam
- \* Schat vervolgens in wat de **nood** en **intensiteit** aan opvolging is, gebaseerd op de **mate van zelfregie** van de zorgvrager
- \* Doet op vraag van de huisarts, of van de zorgvrager zelf aan **proactieve** zorgcoördinatie obv een zorgprogramma of gekende noden van een bepaalde populatie.

# Takenpakket

- \* Zorgt voor het **afstemmen** van het zorgproces met het zorgteam en de omgeving van de zorgvrager
- \* Plant indien nodig **specifieke** (preventieve) **acties** in zoals spirometrie, raadplegingen, adviesvragen, enz.
- \* Doet een **inschatting** van de **draagkracht** van de patiënt al dan niet samen met zijn/haar omgeving
- \* Zorgt (mede) voor het **verhogen** van de **gezondheidsgeletterdheid**, **empowerment**, **zelfregie** van patiënt en omgeving, in **interactie** met de zorgvrager en voor de ganse populatie in samenwerking met de buurtteamcoach.

**Opmerking: Een expliciete voorwaarde voor het inzetten van een zorgcoach is de samenwerking met een bestaand buurtteam.**



# Casus zorgcoach





# POPULATIEMANAGEMENT

Populatie van kwetsbare zorgvragers

Chronische zorg - multimorbiditeit

Beperkt sociaal netwerk - lage health literacy -  
co-morbiditeiten

Beperkte financiële  
draagkracht –

Anderstaligheid, ...

# INNOVATIEFINANCIERING

Populatiefinanciering –  
bundled payment

Waardecreatie: Verhoogde  
kwaliteit van zorg

Fee-for-service

## ZELFSTURENDE BUURTTEAMS

Interprofessionele  
afgestemde zorg

Buurtteam  $\neq$  zorgteam

Overlegstructuur om tot afspraken te komen

Zoektocht naar communicatietools

Nood aan geïntegreerd dossier

# COMMUNICATIE

Sterke vorm van autonomie

Eén inhoudelijk en financieel kader -

Eén model

# SAMENWERKINGSMODEL

# Waarom populatiemanagement?

- \* Elke chronische patiënt recht op extra ondersteuning en zo nodig zorgcoördinatie
- \* Pro-actieve en preventieve zorg voor iedereen, niet enkel voor wie weet dat hij het nodig heeft
- \* Kwaliteitsverbetering kan enkel mits meten van kwaliteit
- \* Aantonen van impact van acties
- \* Becijferen zorgnood in tijden van schaarste





# Per regio

**Populatie** in kaart brengen

**Stratificatie** populatie: waar zitten  
blinde vlekken/zorgnoden?  
Ongelijkheden?

**Input** om lokaal mee aan de slag  
te gaan

Lokale acties op maat van de lokale bevolking

Populatie-  
gerichte visie

# Brede bevolking

Chronische zorgnood

Zorgprogramma's

Episodische zorgnood

Protocollen

Chronische  
zorgnood in  
shared care

Shared care  
zorgprogramma's

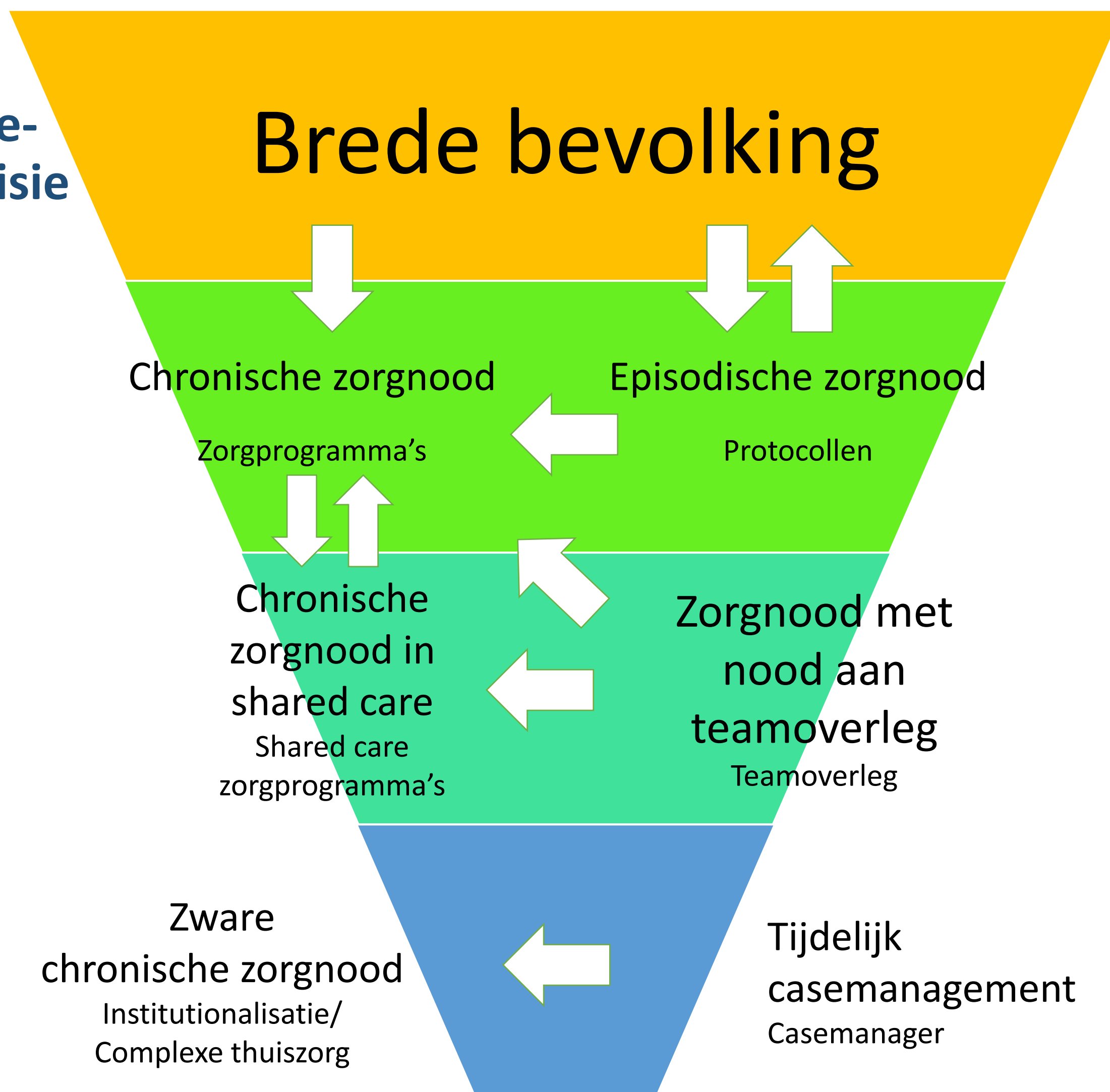
Zorgnood met  
nood aan  
teamoverleg

Teamoverleg

Zware  
chronische zorgnood

Institutionalisatie/  
Complexe thuiszorg

Tijdelijk  
casemanagement  
Casemanager



# INNOVATIE TARIEF

## VERGOEDE ACTIE

- Chronische zorgnood opvolgen n zorgprogramma's met zorgcoördinatie en shared care
- Basisforfait voor populatiemanagement, educatie, coördinatie en follow-up en evaluatie

## Doelgroep

- Patiënten geïnccludeerd in zorgprogramma's
- Multimorbide kwetsbare zorgvragers

## Begunstigden

- Teamfinanciering: HA, vpk, apotheker, kiné, diëtist, psycholoog, educator, zorgcoach,...
- Team beslist over verdeling

## Kost

- € 100 per patiënt per jaar

# Buurtteams testen nieuw samenwerkingsmodel voor value based care

| <b>Samenwerkingsmodel buurtteams</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Buurtteambudget € 20.000</b><br><i>Voorbeeld 200 inclusies</i> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Populatiemanagement en stratificatie:</b> personen at risk opsporen en opstarten programma's, toeleiden naar (proactieve) zorgcoördinatie, verwijzen naar zorgcoach, andere zorg(verleners ), casemanagement<br><b>Populatiegerichte acties</b> rond vaccinatie, vroegdetectie, ( <i>spirometrie, hartfalen detectie ...</i> ) | <b>€ 5.000</b>                                                    |
| <b>Detectie van populatiegebonden</b> noden waarvoor betere organisatie zorgaanbod in de buurt bvb buurtgerichte aanpak ggz                                                                                                                                                                                                       |                                                                   |
| <b>Zorgplan samen met de zorgvrager ifv individuele zorgnoden, zorgplanningsgesprekken:</b> (proactieve) zorgcoördinatie, follow up, aansporen tot zelfregie, educatie                                                                                                                                                            | <b>€ 3.000</b>                                                    |
| <b>Coördinatie rationeel medicatiebeleid</b> Voortgezet huisapothekerschap, medicatiebegeleiding, therapietrouw                                                                                                                                                                                                                   | <b>€ 4.000</b>                                                    |
| <b>Educatie en voorlichting gezonde levensstijl, verhogen gezondheidsgeletterdheid, empowerment</b>                                                                                                                                                                                                                               | <b>€ 6.000</b>                                                    |
| Empowerende acties voor specifieke of algemene noden van (deel)populaties: educatie, infosessies, beweegaanbod, praatcafe's....                                                                                                                                                                                                   |                                                                   |
| Individuele empowerende acties ifv educatie, informatie, zelfregie, gezondheidsgeletterdheid                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                   |
| <b>Evaluatie + rapportering</b> (afstemming over lijnen heen, kwaliteit van zorg, patiënten participatie...)                                                                                                                                                                                                                      | <b>€ 2.000</b>                                                    |

# Communicatie

Zorgplan om te delen en mee geven

Siilo-app

Vermelding op voorschrift, bvb. ZZL COPD

MyNexuz, Nexuzhealth (.pro)- opvolgnota's, collegiaal advies...

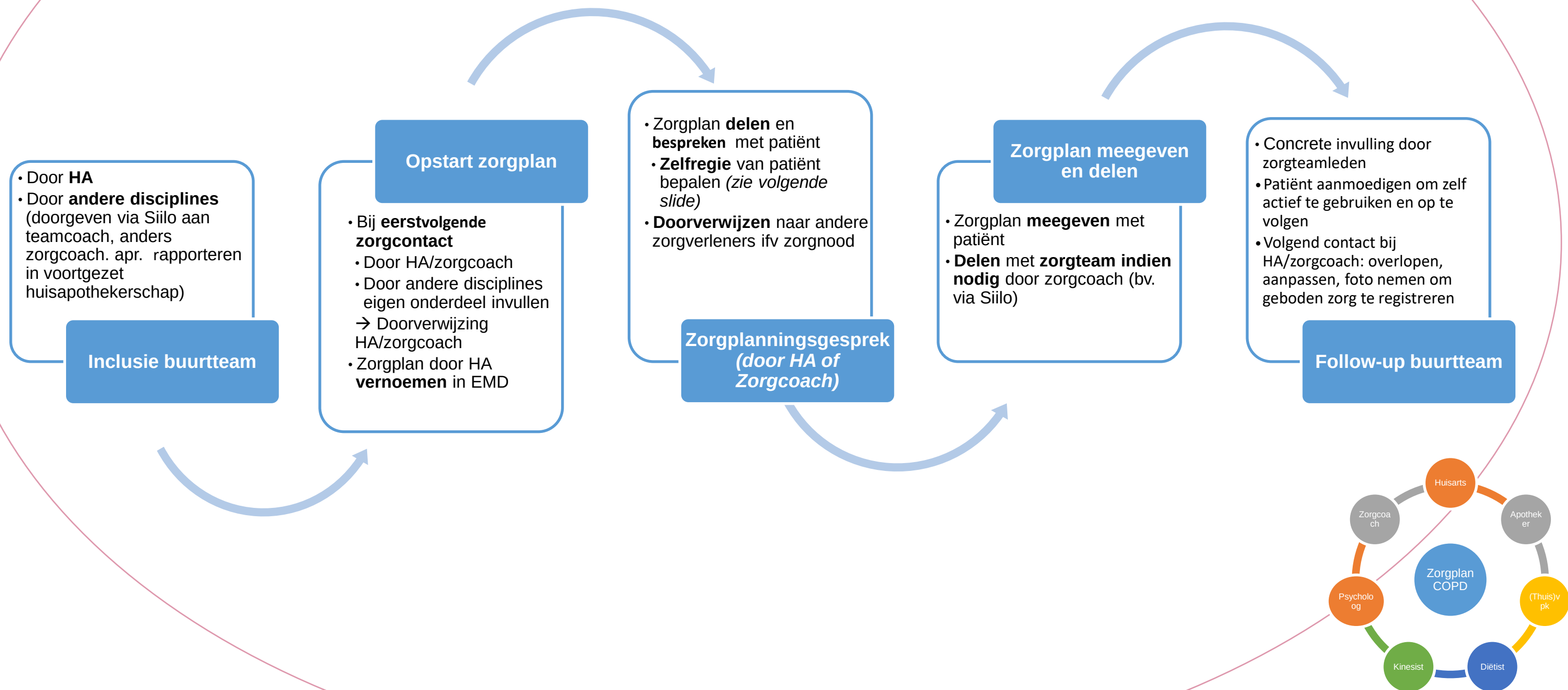
Helena





# **Zorgplan en zorgplannings- gesprekken**

# Flow: Zorgplan en zorgplanningsgesprekken



# Follow-up zorgplan ifv regie van de patiënt

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

Zorgcoach houdt bij en geeft door aan ZZL



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



## **Zorgplan delen met individueel zorgteam**

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



Follow-up 'light'



## **Complexe situatie met intensieve follow-up**

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



Zorgcoach

# 1

## Opstart zorgplan

- **Bij eerste zorgcontact**
  - Door HA
  - Door zorgcoach (na verwijzing door HA)
  - Door andere discipline:
    - Vult eigen onderdeel reeds in
    - Nadien verwijzen/contacteren HA/Zorgcoach
      - Indien geen HA buurtteam, doorverwijzing zorgcoach na instemming patiënt  
→ **Wat dan?** Standaardbriefje in map voor HA, evt andere disciplines, zodat zorgverlener buiten buurtteam ook weet wat het doel is etc. (Bv. Tekst website buurtteam / Incl. mailadres zorgcoach?)
- **Gezondheidsmap**
  - Zorgteam wordt in mate van mogelijke ingevuld door patiënt zelf
- **Huisarts:**
  - Zorgplan **vernoemen** in GMD

## 2

# Zorgplan meegeven en delen

- Zorgplan **meegeven** met patiënt, benadrukken dat dit bij elk zorgcontact wordt meegenomen en aangeboden
- Wordt gedeeld met **zorgteam** (foto) door **zorgcoach** (bij verhoogde zorgopvolging)
- HA: Doorverwijzen naar andere zorgverleners ifv zorgnood (codering op voorschrift, bv. COPD ZZL, HF ZZL, ....?)
- Andere disciplines: verwijzen (met zorgplan!) naar huisarts/zorgcoach (instemming patiënt)



# Zorgplanningsgesprek

- **Huisarts / Zorgcoach:**
  - Bepaalt **niveau van zelfregie** van patiënt
  - Overloopt zorgplan en voert een **zorgplanningsgesprek** met patiënt
  - **Aandeel** van andere **zorgverleners** en eigen aandeel **patiënt** verduidelijken
  - **Engagement** van patiënt benadrukken (formeel?) om deze afspraken op te volgen
  - Zorgcoach geeft door aan HA indien meer nood aan zorg wordt opgemerkt

# Zorgplannen opsturen per post

- \* Inhaalbeweging voor de zorgplannen voor de reeds geïnccludeerden vh buurtteam
- \* Oproep naar doelgroep uit populatiemanagement (nieuwe inclusies)
- \* Patient empowerment: zorgvrager aanzetten en actief stimuleren om eigen zorg op te nemen

# Zorgprogramma's



# Doelen

- \* Verbeteren van de zorgcoördinatie
- \* Verhelderen van het takenpakket per discipline
- \* Implementatie van internationale evidence-based richtlijnen
- \* Het aantal ziekenhuisopnames verminderen
- \* Levenskwaliteit en prognose van patiënten verbeteren
  - \* Inbedden van de zorg in een breder chronisch zorgmodel
  - \* Patient empowerment

# Flow COPD

COPD-query → genereert lijst met COPD-patiënten



Nadenken: welke populatie betreft mijn COPD-patiënten? **Wie is van hen het meest kwetsbaar?**

Denk aan: andere co-morbiditeiten, fragiele ouderen, lage gezondheidsvaardigheden, ...



**Resultaat = zicht op jouw meest kwetsbare COPD-patiënten.**

Nu weet je welke patiënten het best gebaat zijn met een uitgebreidere zorgverlening omtrent COPD, zoals een GGG COPD.



# Organisatie transmuraal zorgprogramma

1ste lijn screening COPD =  
casefinding door spirometrie in  
risicopatiënten.

- ✓ Roken > 10j, vervuiling, beroep...
- ✓ Leeftijd +40 jaar
- ✓ Respiratoire klachten; chronische hoest, sputum, dyspnoe

Diagnose  
COPD

Geen COPD

GOLD A-B-C:  
Therapie en follow-  
up bij huisarts

Gold D:  
consultatie longarts

Follow-up bij  
huisarts - controle  
spirometrie na 2  
jaar



# Therapeutische doelstellingen

## **Symptomen reduceren**

Symptomen verlichten  
Inspanningstolerantie  
verbeteren  
Gezondheidstoestand  
verbeteren

## **Risico reduceren**

Ziekteprogressie  
voorkomen  
Exacerbaties voorkomen  
en behandelen  
Mortaliteit reduceren

# Geïntegreerde zorg voor COPD

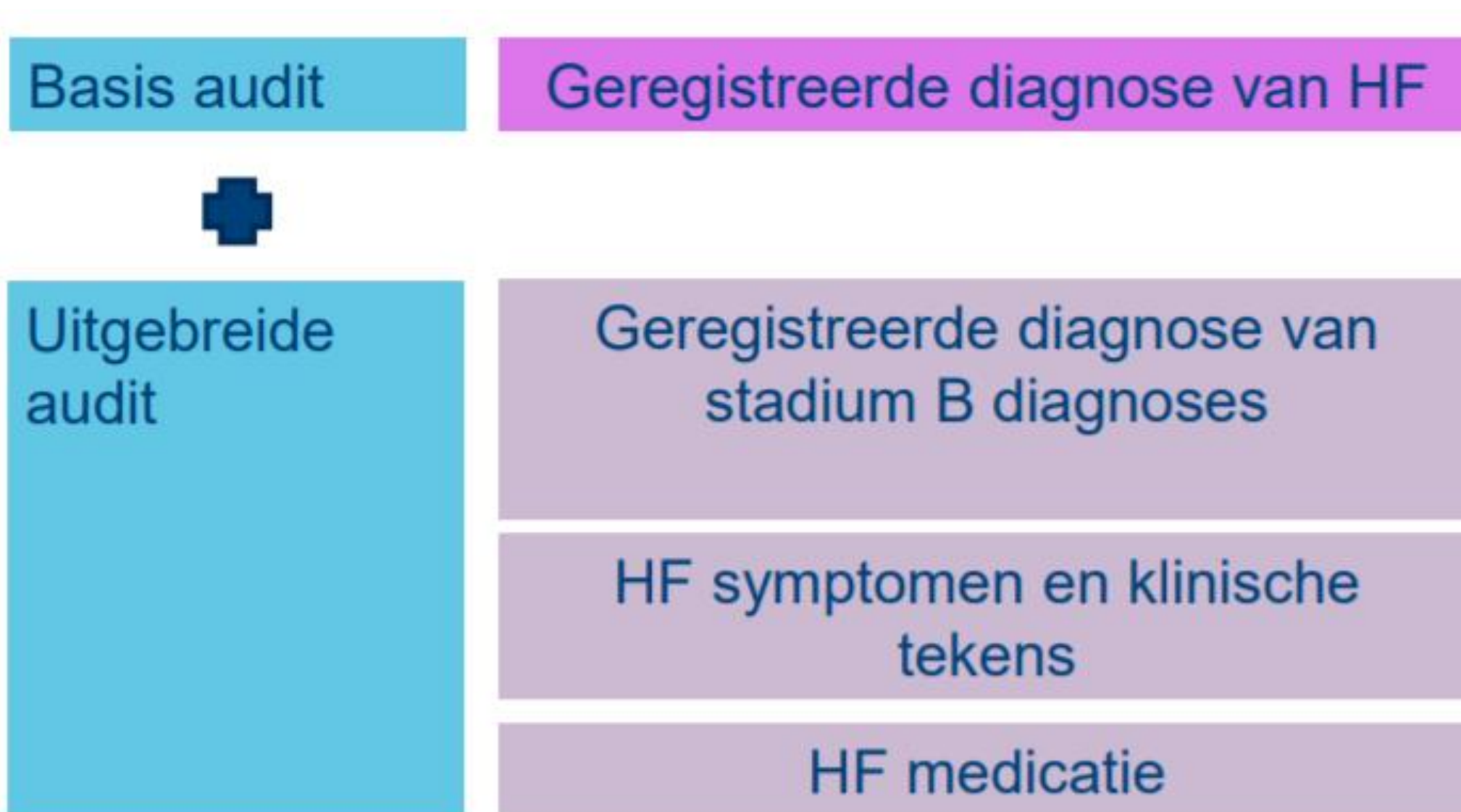
|                                    | ROKER            |                   | GOLD A           |                   | GOLD B           |                   | GOLD C           |                   | GOLD D           |                   |
|------------------------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
|                                    | <u>Indicatie</u> | <u>Frequentie</u> | <u>Indicatie</u> | <u>Frequentie</u> | <u>Indicatie</u> | <u>Frequentie</u> | <u>Indicatie</u> | <u>Frequentie</u> | <u>Indicatie</u> | <u>Frequentie</u> |
| Rookstop (allen)                   | +++              | Elke visite       | +++              | Elke visite       | +++              | Elke visite       | +++              | Elke visite       | +++              | Elke visite       |
| Advies fysieke activiteit (allen)  | +                | Elke visite       | ++               | Elke visite       | +++              | Elke visite       | +++              | Elke visite       | +++              | Elke visite       |
| Trainingsprogramma (Kine, HA, LA)  | -                | -                 | -                | -                 | ++               | Elke visite       | -                | -                 | +++              | Elke visite       |
| Dieetadvies (Diëtist, APO, HA, LA) | +                | Op indicatie      | +                | Op indicatie      | ++               | Op indicatie      | +                | Op indicatie      | ++               | Jaarlijks         |
| Vaccinatie (HA)                    | -                | -                 | +                | Jaarlijks         | +                | Jaarlijks         | ++               | Jaarlijks         | ++               | Jaarlijks         |
| Inhalatietherapie (APO, HA, LA)    | -                | -                 | -                | -                 | ++               | Elke visite       | ++               | Elke visite       | ++               | Elke visite       |
| Zuurstoftherapie (HA, LA)          | -                | -                 | -                | -                 | +                | Op indicatie      | -                | -                 | +++              | Op indicatie      |

1/ - geen evidentie, + indicatie, ++ sterke indicatie, +++ zeer sterke indicatie (potentiëel effect op overleving)

2/ kine: kinesitherapeut, APO: apotheker, HA: huisarts, LA: longarts

3/ specifieke aanpak (cfr wetenschappelijke richtlijnen)

# Populatiemanagement HF in GMD



Resultaat: Lijst met potentiële HF patiënten  
→ Vraag aan huisarts: wie heeft HF?

# Interventies geïntegreerd hartfalen programma

## **Verbetering eerstelijnsdiagnostiek - NT-proBNP**

Terugbetaling NT-proBNP testen bij MCH Leuven voor huisartsen die deelnemen aan het zorgprogramma

## **Verbetering eerstelijnsdiagnostiek - audits**

Diagnostische hartfalen audit (al aanwezig in Careconnect)  
Audit rond kwaliteit van hartfalenzorg

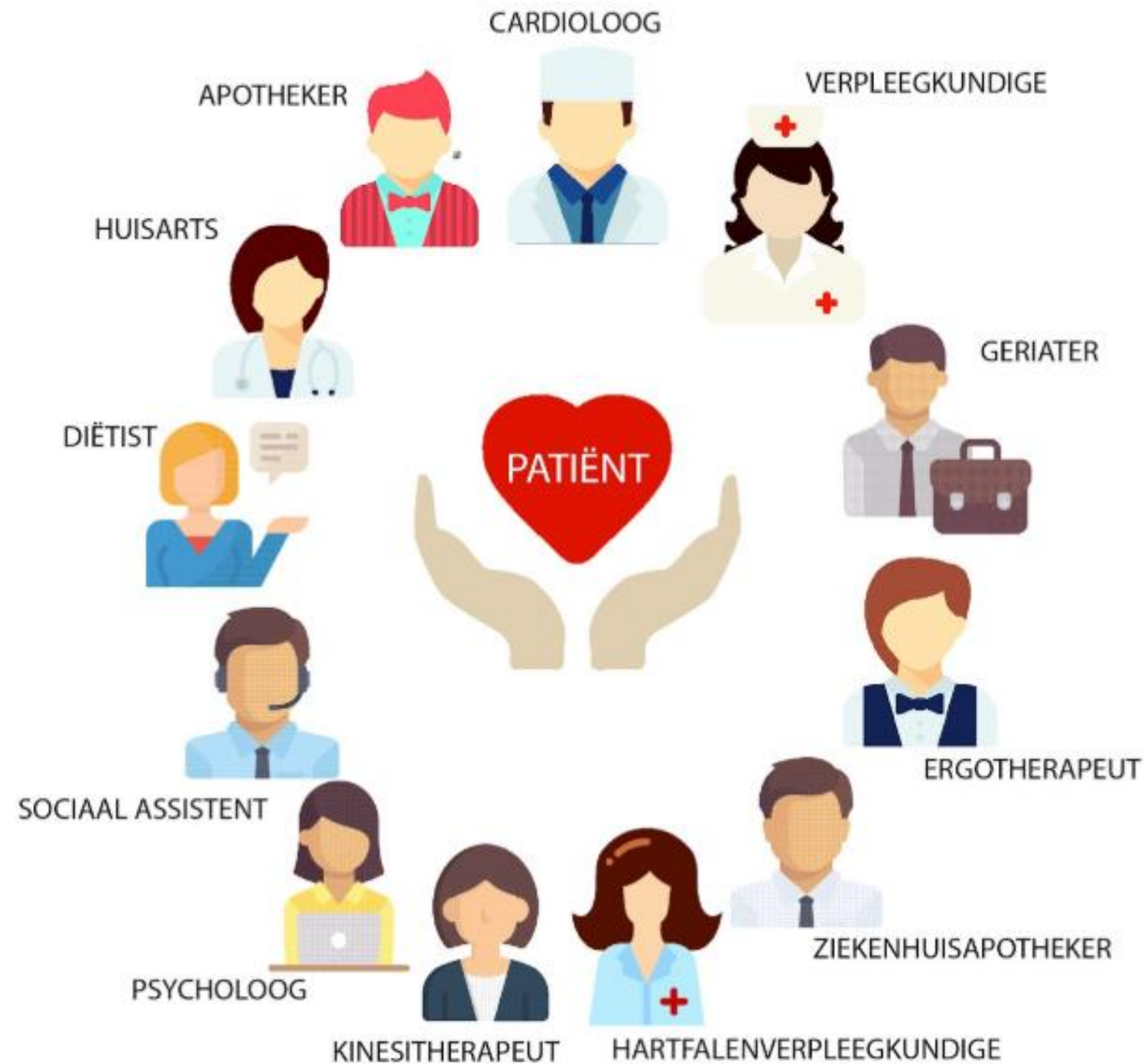
## **Verbetering zorg - hartfalen educator**

Terugbetaling van educatieve sessie met een hartfalen educator op vraag van deelnemende huisartsen of ziekenhuizen  
Duur: 30 minuten per sessie  
Inhoud: educatie gericht op verbeteren van zelfzorg

## **Verbetering zorgovergang - gestructureerd ontslagprotocol**

Dienst cardiologie in UZ Leuven en diensten cardiologie en geriatrie in Heilig Hart Leuven  
Gestructureerd ontslagprotocol met checklist in KWS voor hoogrisicopatiënten hartfalen  
Telefonisch verwittigen van huisarts(secretariaat) bij ontslag  
14 dagen na ontslag contact met hartfalen educator



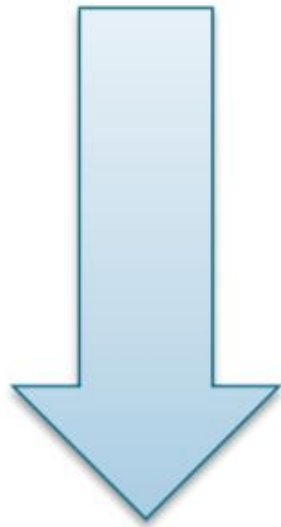


Protocol voor elke betrokken discipline in een geïntegreerd karakter

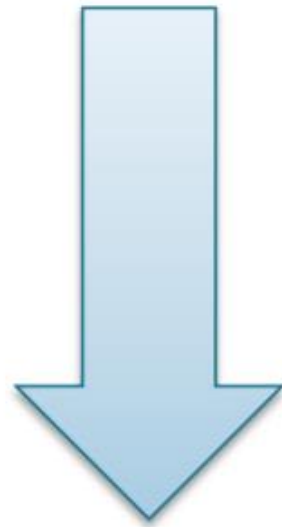
# Probleem van multimorbiditeit



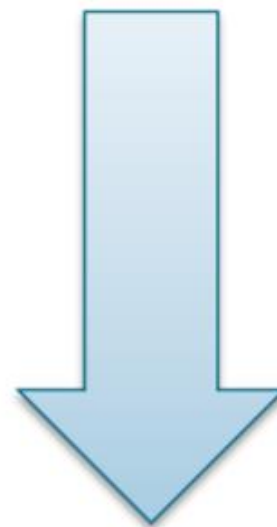
10% 50-74-plussers en 25% 75-plussers heeft  $\geq 5$  comorbiditeiten\*



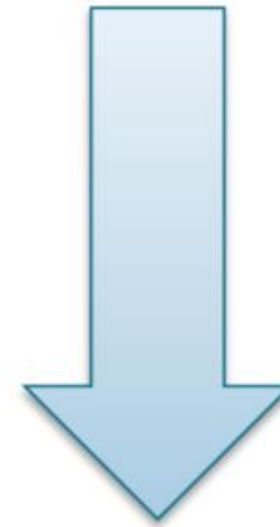
ZGT  
Diabetes



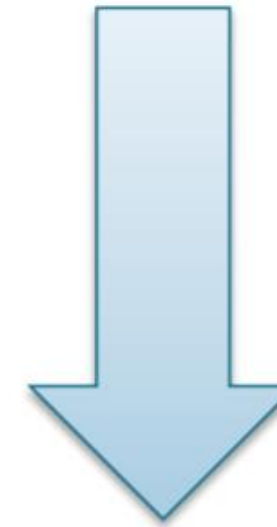
ZGT  
CNI



ZGT  
CHF



ZGT  
COPD



ZGT  
depressie

- \* Nood aan goede communicatie tussen de verschillende disciplines
- \* Zorgtrajecten in hartfalen, COPD, nierinsufficiëntie, diabetes afstemmen
  - \* Zelfde doel, principes en structuur
- \* Patiënt met multimorbiditeit volgt altijd 1 structuur met persoonlijke aandachtspunten

The background image shows a two-lane asphalt road stretching into the distance towards a bright sunset. The sun is a glowing orb on the horizon, casting a warm orange and yellow light across the sky and the road. The sky is filled with soft, wispy clouds. On either side of the road, there are green fields and some trees in the distance. The overall mood is peaceful and serene.

**Buurtteam in  
een notendop**

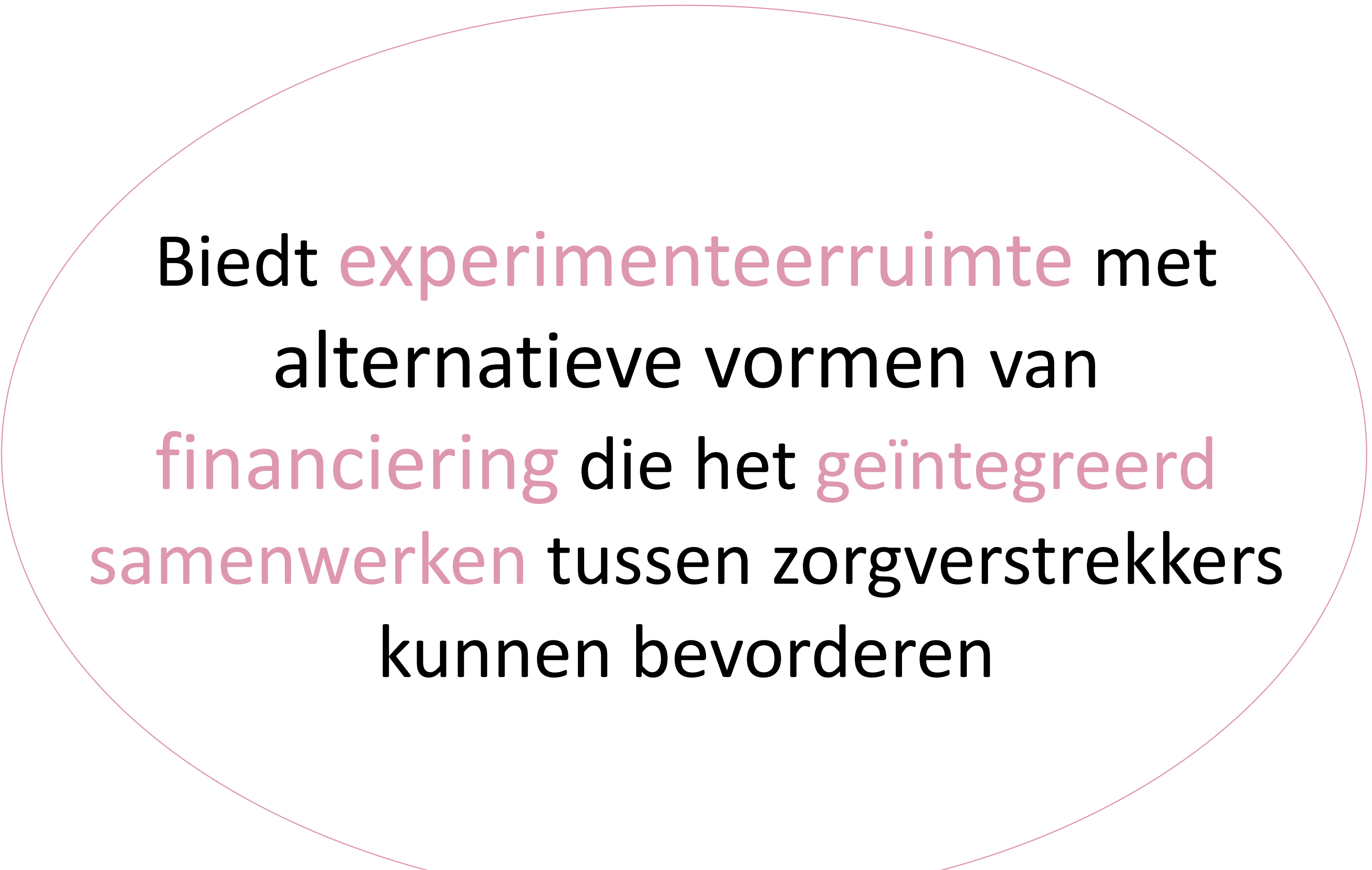


Draagt bij aan goed  
gestructureerde, sterke  
en performante  
eerstelijnsgezondheidszorg

# Ontschotting:

naar samenwerkingsmodel binnen  
onze zorg vertrekkend van  
competenties van elke zorgverstrekker

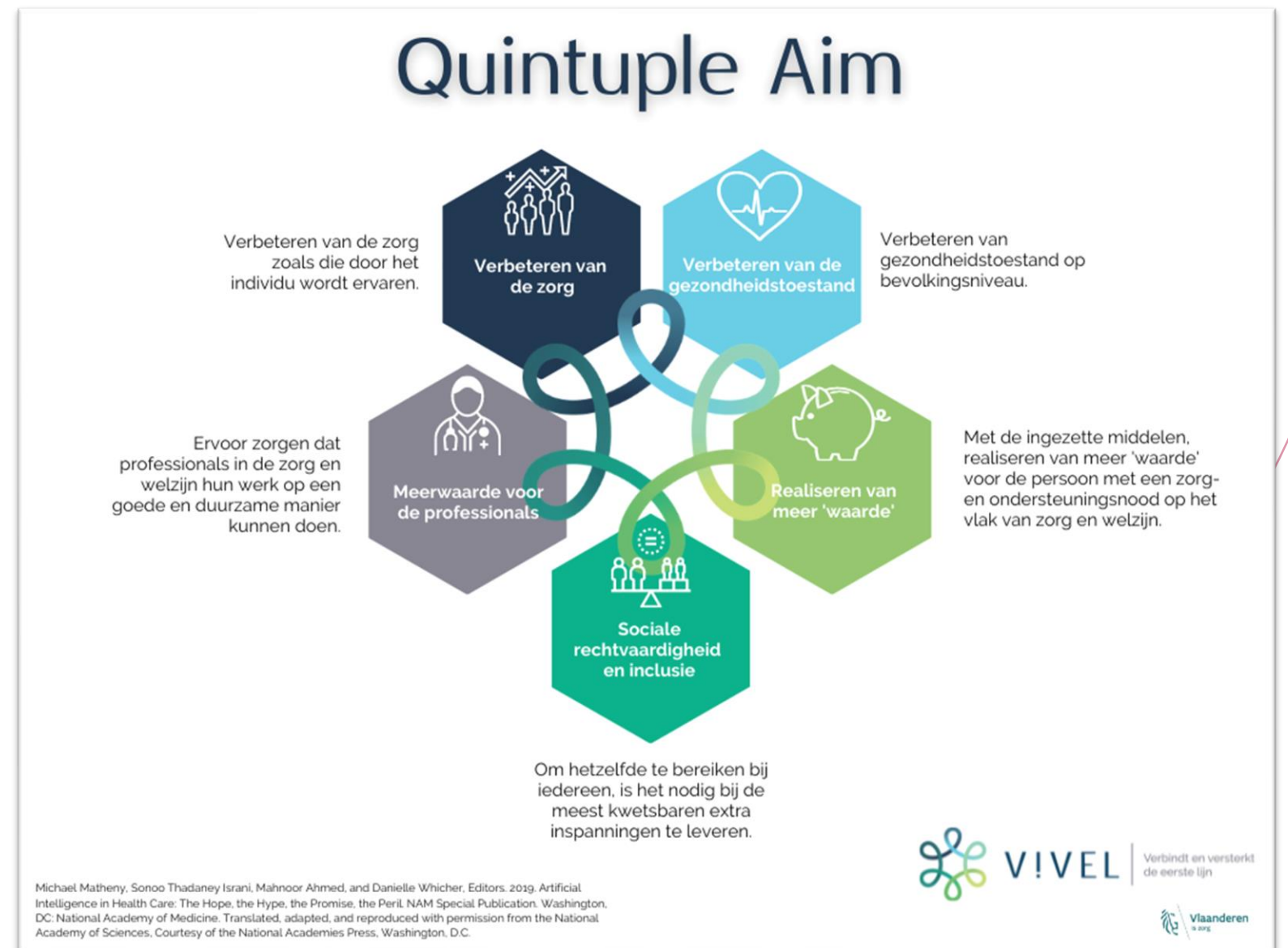


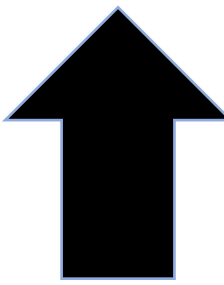


Biedt experimenteerruimte met  
alternatieve vormen van  
financiering die het geïntegreerd  
samenwerken tussen zorgverstrekkers  
kunnen bevorderen

# Zetten in op de **quintuple aim**

Aandacht voor  
equity, gezonde  
omgeving



Inzetten op versterken van  
buurtweefsel   
+ Informele zorg



# Buurtgerichte zorg

**Link met zorgzame buurten**

# HAPJE KLAPJE ZOMER- BAR

## WANNEER

**Dinsdag 31 mei 2022**

**11:00 - 13:00 uur**

## WAAR

**Ontmoetingscentrum De Bruul  
Bruulpark Brouwersstraat 3000 Leuven**

## Wat

**Gezellige workshop rond gezonde  
voeding waar we mocktails en een  
slaatje maken om samen van te ge-  
nieten !**



## EVENEMENT ROND ONTMOE- TING IN JOUW- BUURT

**Gezellig samen-  
zijn met een  
hapje en drank-  
je rond gezonde  
voeding en  
nieuwe ontmoe-  
tingen.**

**-Gratis-**

## ORGANISATIE DOOR BUURTTEAM BRUUL VAART EN ZORGZAAM LEU- VEN

**Huisartsen, apo-  
thekers, kiné,  
buurtwerk en  
verpleegkundi-  
gen van Buurt-  
team Bruul Vaart  
vinden het fijn  
als JIJ ook komt!**