

INTEGRALE ZORGTRAJECTEN
GEÏNTEGREERDE ZORG BINNEN REGIO
EMPACT

Inhoud

Voorwoord	3
Inleiding.....	5
Doelstelling.....	6
Verkenning	7
Kernpartners.....	8
Afbakening thema	9
Nieuw in de zorg: Datagedreven behoefteanalyse.....	9
Quick-wins	10
Voorwaarden voor opstart van de integrale zorgtrajecten	11
Methode: 7-fasenmodel netwerk klinische paden.....	12
Fase 1: Screening	14
Fase 2: Projectmanagement.....	15
Fase 3: Diagnose/objectivering	16
Fase 4: Ontwikkeling	17
Fase 5: Implementatie.....	18
Fase 6: Evaluatie	18
Fase 7: Continue opvolging	19
Naar de praktijk	21
Vaststellingen	26
Bijlagen.....	28
Bijlage 1: Projectfiche integraal zorgtraject dementie.....	28
Bijlage 2: Integraal zorgtraject kauw- en slikproblemen.....	32
Bijlage 3: Integraal zorgtraject recidiverend vallen	36
Bijlage 4: Integraal zorgtraject crisiszorg	43

Voorwoord

Empact is een samenwerkingsverband dat werkzaam is rond geïntegreerde zorg. Empact was één van de 12 pilootprojecten die in 2018 zijn gestart in het kader van het interfederaal plan voor chronisch zieken. In 2022 schreven we een transitieplan voor ons uniek samenwerkingsverband geïntegreerde zorg tussen heel wat zorgverleners en zorgorganisaties zoals de huisarts, thuisverpleegkundige, apotheker, de ziekenfondsen, de ziekenhuizen, ... De transitieperiode loopt af op 31 december 2024.

Quintuple Aim



Michael Matheny, Sonoo Thadaneey Israni, Mahnoor Ahmed, and Danielle Whicher, Editors. 2019. Artificial Intelligence in Health Care: The Hope, the Hype, the Promise, the Peril. NAM Special Publication. Washington, DC: National Academy of Medicine. Translated, adapted, and reproduced with permission from the National Academy of Sciences, Courtesy of the National Academies Press, Washington, D.C.



Figuur 1: Bron: Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn vzw. (2021). Quintuple Aim - het kompas van VIVEL. [website]. Geraadpleegd op 11 september 2023 via <https://www.vivel.be/nieuws/tag/quintuple-aim/>

Empact zet in op het 'Quintuple Aim'-concept (Figuur 1). We richten ons op het verbeteren van de zorgervaring voor burgers en mantelzorgers, het bevorderen van de algemene gezondheid van de bevolking, een efficiënter gebruik van beschikbare middelen en het verhogen van het welzijn van de zorgverleners. Meer informatie is terug te vinden op de websites van de eerstelijnszones in de empact-regio, namelijk Eerstelijnszone Westhoek ([Westhoek | Eerstelijnszones](#)) Eerstelijnszone Midden-West-Vlaanderen ([Midden WVVL | Eerstelijnszones](#)) en Eerstelijnszone RITS ([RITS \(Regio Izegem Tielt Samen\) | Eerstelijnszones](#)).

Deze nota is bedoeld om zorgaanbieders, netwerkorganisaties, opleidingsinstanties en overheden te informeren en te ondersteunen bij de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen, zorgprogramma's, zorgpaden, in de context van samenwerking in de zorg. We delen onze inzichten en geleerde lessen om effectieve, doelgerichte zorgtrajecten te realiseren. Deze werken zowel

horizontaal (bijvoorbeeld binnen de eerstelijnszorg) als in de diepte (door ook de tweedelijnszorg, expertisecentra en andere gespecialiseerde zorginstellingen te betrekken).

Deze nota is opgemaakt binnen onze regionale netwerken en met de informatie en ervaring verkregen tijdens het testen van integrale zorgtrajecten in de drie eerstelijnszones in de empact-regio (Figuur 2). Onze doelstelling hierbij was streven naar een integrale, doelgerichte benadering waarin ook de burger en hun netwerk (nulde lijn) worden betrokken. Gezien integrale zorgtrajecten regio-specifiek zijn, moeten we rekening houden met onze specifieke omgevingskenmerken (zoals bijvoorbeeld het demografisch profiel, bereikbaarheid in landelijke regio's, enz.). Met deze kennisoverdracht willen we niet alleen ervaringen delen, maar hopen ook bij te dragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg op alle niveaus van het zorgsysteem.



Figuur 2: Kaart West-Vlaamse samenwerkingsverbanden Geïntegreerde Zorg.

Inleiding

In de literatuur wordt aangegeven dat integrale zorgtrajecten een middel zijn om geïntegreerde zorg te bevorderen. Met empact kiezen we ervoor om aan de slag te gaan met integrale zorgtrajecten. Dit houdt in dat we de verschillende stappen in een zorgproces uitstippelen om de interventies (beter) op elkaar af te stemmen over de verschillende zorglijnen heen. Hierbij willen we aandacht hebben om de burger te allen tijde de juiste info en behandeling te geven en willen we zorgcontinuïteit nastreven.

In Vlaanderen zijn er vier verschillende zorglijnen binnen de gezondheidszorg:

0. **Nulde lijn** is laagdrempelige zorg, zoals mantelzorg, crisiscentra, de zelfmoordlijn, ...
1. **Eerste lijn** is rechtstreeks toegankelijke lokale zorg, zoals een huisarts, thuisverpleegkundige, maatschappelijk werker, ...
2. **Tweede lijn** is gespecialiseerde zorg na doorverwijzing van huisarts, zoals een algemeen ziekenhuis of medisch specialist (dermatoloog, cardioloog, ...)
3. **Derde lijn** is 'superspecialistische' zorg in een gespecialiseerd (academisch) ziekenhuis of expertisecentrum, zoals complexe revalidatie, gespecialiseerde ingrepen, ...

We willen opmerken dat de derde lijn minder rechtstreeks betrokken is bij onze integrale zorgtrajecten vanwege hun beperkte aanwezigheid in de regio.

Doelstelling

Vanuit empact streven we ernaar om partners uit verschillende sectoren en zorglijnen met elkaar te verbinden en innovatieve activiteiten te ontwikkelen die bijdragen aan geïntegreerde zorg op mesoniveau binnen het zorg- en welzijnslandschap.

Om deze geïntegreerde zorg te realiseren, wil empact onder andere integrale zorgtrajecten ontwikkelen samen met alle betrokken actoren in de empact-regio. Deze richten zich specifiek op mensen met complexe zorgnoden.

Het doel van deze nota is om een blauwdruk te realiseren met handvatten die do's en don'ts omvatten bij verdere ontwikkeling van andere integrale zorgtrajecten. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat deze blauwdruk gebaseerd is op de unieke empact-regio en dus mogelijks regio-specifiek zal moeten worden aangepast. Integrale zorgtrajecten willen een betere samenwerking mogelijk maken bij de complexe organisatie van zorg, voornamelijk bij chronische zorg en specifiek kwetsbare personen.

Er zijn twee factoren die de complexiteit van zorg bepalen (*Bron: Van Asseldonk Tom, *Systeem complexiteit als organisatieparadox in de eerstelijns chronische zorg*, TVA, 2008.*):

- **Factoren die samenhangen met het zorgproces: de waaier aan benodigde vaardigheden (multidisciplinariteit):** Voor het leveren van goede zorg is een breed scala aan kennis en vaardigheden van verschillende professionals vereist. Het aantal betrokken zorgverleners bij de zorg (de nood aan multidisciplinaire samenwerking) bepaalt mede de complexiteit van de zorg. We zien hiervan een weerslag bij het opmaken van een individueel zorgplan, het organiseren van een multidisciplinair overleg, het communiceren tussen verschillende zorgverleners (in eenzelfde taal), enzovoort.
- **Patiëntgebonden factoren: diversiteit van de zorgbehoeften (vraagvariëteit):** De zorgbehoeften van personen variëren sterk, omdat elke persoon unieke levens-, zorg- en ondersteuningsdoelen heeft. Om efficiënt te kunnen werken, is een doelgerichte zorg noodzakelijk: een zorg gericht op de levens- en zorgdoelen van de persoon leidt tot betere gezondheid, goedkopere zorg en meer werkplezier voor de zorgprofessionals. Hierin nemen we dan onder andere de volgende aspecten mee: het gesprek met de persoon, begrijpelijke communicatie, oppikken van contextuele signalen.

Verkenning

Voorafgaand aan de uitwerking van de integrale zorgtrajecten was er een algemene verkenningsfase in onze regio waarin we zorgpaden, zorgprogramma's en integrale zorgtrajecten doorgenomen hebben. Dit zijn onze bevindingen:

- Zowel binnen als buiten de empact-regio zijn er in het verleden veel zorgpaden ontwikkeld.
- De meeste klinische zorgpaden worden intern binnen één organisatie gebruikt.
- Veel van deze zorgprogramma's zijn niet meer up-to-date.
- Klassieke klinische zorgpaden besteden beperkte aandacht aan de patiënt of cliënt en hun omgeving (nulde lijn).
- De bestaande zorgprogramma's zijn moeilijk toegankelijk voor de patiënt of cliënt en hun omgeving, doordat ze vaak niet laagdrempelig zijn (bijvoorbeeld vanwege moeilijk taalgebruik en veel vakjargon).

We willen streven naar een verandering in de zorgcultuur door ook de zorgvragers en hun omgeving een centrale plaats te geven. Daarnaast moeten de instrumenten die we ontwikkelen bruikbaar zijn in verschillende zorgsettings. We willen ons niet alleen op klinische instrumenten richten, maar willen een breder zorgtraject ontwikkelen. Een integraal zorgtraject omvat naast duidelijke richtlijnen ook effectieve hulpmiddelen om zorgaanbieders te ondersteunen bij het leveren van kwalitatieve zorg binnen een bepaald onderwerp.

We willen de integrale zorgtrajecten transmuraal uitwerken en dit wordt uniek voor onze regio. We geloven dat de transmurale component essentieel is om integrale zorgtrajecten een antwoord te laten bieden aan huidige uitdagingen in het Vlaamse zorglandschap zoals multidisciplinaire zorg, verschillende transfers tussen verschillende zorgvoorzieningen, informatie-uitwisseling tussen verschillende disciplines, organisaties en sectoren, enzovoort.

Om het integraal zorgtraject binnen de beperkte tijdsduur (kalenderjaar 2024) beheersbaar te houden, focussen we telkens op één thema met concrete acties per eerstelijnszone. Daarnaast willen we ook één integraal zorgtraject over de drie eerstelijnszones en dus over de volledige empact-regio.

Kernpartners

Partnerschappen zijn essentieel om gezamenlijk aan een integraal zorgtraject te werken. We streven ernaar samen tot breed gedragen afspraken te komen over een welbepaald (zorg)proces en richten ons op gelokaliseerde knelpunten om op korte termijn ook concrete resultaten te behalen. In de verkenningsfase kozen we, samen met de eerstelijnszones, ziekenhuizen en het Lokaal Gezondheidsoverleg (Logo), per regio een thema en scope voor een zorgtraject, waarbij de eerstelijnszones als trekkende netwerkorganisatie fungeren. In ons werkingsgebied gaat het om Eerstelijnszone Westhoek, Eerstelijnszone Midden WVL en Eerstelijnszone RITS.

De eerstelijnszones bouwden al een breed netwerk uit binnen zorg en welzijn in hun regio, wat zonder twijfel een meerwaarde is om een integraal zorgtraject op te starten. Er worden specifieke 'experten' voor het zorgtraject betrokken, zoals bijvoorbeeld logopedisten bij het integraal zorgtraject 'kauw- en slikproblemen' of het expertisecentrum dementie bij het integraal zorgtraject 'dementie'.

De samenwerking met de ziekenhuizen is ook belangrijk voor het slagen van de integrale zorgtrajecten. Daarom zijn de ziekenhuizen in de regio vanaf aanvang betrokken: Jan Yperman Ziekenhuis in Ieper, AZ Delta in Roeselare, Sint-Jozefskliniek in Izegem en Sint-Andriesziekenhuis in Tielt.

Daarnaast hebben we gebruikgemaakt van de expertise van Logo Midden-West-Vlaanderen op het gebied van preventie.

Afbakening thema

Nieuw in de zorg: Datagedreven behoefteanalyse

De datagedreven behoefteanalyse is een innovatieve aanpak binnen de zorg, gericht op het identificeren, analyseren en aanpakken van behoeften van burgers en zorgverleners in een specifieke regio. Deze methode maakt gebruik van data om zorgbehoeften objectief in kaart te brengen, waardoor integrale zorgtrajecten en interventies beter afgestemd kunnen worden op de lokale populatie. Op deze manier helpt het bij het verbeteren van de zorgkwaliteit, het optimaliseren van zorgprocessen en het bevorderen van zorg op maat.

Geïntegreerde zorg richt zich op het coördineren van zorg en welzijn over verschillende organisaties en zorgaanbieders heen, om een holistische benadering van zorg te bieden. Een datagedreven behoefteanalyse kan hierbij helpen door:

- Coördinatie te verbeteren: Door gegevens te delen en te analyseren, kunnen zorgaanbieders beter samenwerken en zorgplannen afstemmen op de specifieke voorkeuren en (zorg)doelen van de persoon.
- Continuïteit van zorg te waarborgen: Door inzicht te krijgen in het gehele zorgtraject van een persoon, kunnen zorgaanbieders continuïteit en gelijke aanpak in de zorgverlening bevorderen.
- Doelgerichte zorg te bevorderen: Door de behoeften en voorkeuren van een persoon beter te begrijpen, kunnen zorgaanbieders meer gepersonaliseerde zorg bieden.

De regio in kaart brengen

De eerste stap in een datagedreven behoefteanalyse is het grondig in kaart brengen van de regio. Dit gebeurt aan de hand van populatiemanagement, waarbij een uitgebreid overzicht wordt verkregen van de demografische samenstelling en de gezondheidsstatus van de bevolking in de regio. Hierbij wordt gebruikgemaakt van verschillende soorten data, afkomstig van bijvoorbeeld ziekenhuizen, provinciale instellingen en/of andere zorgactoren.

De hoeveelheid beschikbare data werd als positief ervaren. Informatie vanuit ziekenhuizen en provinciale bronnen biedt bijvoorbeeld waardevolle inzichten in de gezondheidstrends en zorgnoden binnen een regio.

Echter, een uitdaging bij het hebben van veel informatie vanuit verschillende organisaties en dus vanuit verschillende databronnen is dat de beschikbare data vaak niet op een uniforme manier kan worden gedeeld of geanalyseerd. Dit komt doordat verschillende organisaties hun eigen systemen en datamodellen hanteren, wat het moeilijk kan maken om gegevens te vinden, te interpreteren en met elkaar te vergelijken. Deze barrière bemoeilijkt het uitvoeren van een zogenaamde nulmeting, waarbij de beginsituatie van de zorgnoden in een regio wordt bepaald.

Het identificeren van noden in de regio

Naast de objectieve data-analyse is het belangrijk om ook oog te hebben voor de meer subjectieve noden binnen een regio. Deze zorgnoden worden vaak vanuit verschillende perspectieven benaderd, zoals vanuit het perspectief van de zorgvragers, de zorgaanbieders, de lokale overheden en/of de gemeenschap. Er zijn diverse manieren om deze subjectieve noden in kaart te brengen, zoals via kwalitatieve onderzoeken, interviews of focusgroepen.

Elk integraal zorgtraject is gestart vanuit populatiemanagement en het capteren van de noden van onder andere de burgers en zorgaanbieders in de regio. Er wordt een holistisch beeld gevormd van de zorgnoden en de daaruit volgende behoefte aan integrale zorgtrajecten in de regio door de combinatie van objectieve data met subjectieve inzichten. Hoewel de datagedreven aanpak een krachtig hulpmiddel is om integrale zorgtrajecten te ontwikkelen, werd ondervonden dat de data vaak intramuraal (in de organisatie) blijft. Binnen onze regio was dit het gevolg van organisatie-specifieke beveiligingsmaatregelen, interne procedures of protocollen en het gebruik van verschillende manieren van registreren. Het belemmert zowel het delen van gegevens als het vergelijken en analyseren van de data.

We ondervonden dat het ontsluiten van data -hoewel soms moeilijk volledig in kaart te brengen- cruciaal is voor de verdere ontwikkeling en vooruitgang in de zorgcontinuïteit. En we moeten erkennen dat we niet altijd volledig slaagden in het in kaart brengen van data per zorgtraject. Om aan populatiemanagement te kunnen voldoen, is goed databeheer nodig. Hierbij is samenwerking met diverse partners, structuren en beleid essentieel.

Elke eerstelijnszone in ons werkingsgebied beschikt over een omgevingsanalyse. In die omgevingsanalyse wordt regionale data verzameld en geïnterpreteerd. De kwalitatieve data-analyse legt lokale zorgbehoeften bloot. Deze waardevolle informatie kan door elke organisatie binnen de eerstelijnszone worden opgevraagd om zo naar een betere afstemming en samenwerking in de zorg streven.

Quick-wins

Omwille van de beperkte tijdsduur van de integrale zorgtrajecten in onze regio, gingen we op zoek naar quick-wins die aansluiten bij de noden en behoeften van de regio; thema's en opportuniteiten om op kortetermijn impact te creëren en mogelijks het verlangen naar verdere samenwerking en/of uitwerking op langetermijn te voeden.

Binnen Eerstelijnszone Westhoek wordt gewerkt aan een regio-specifiek integraal zorgtraject dementie waarbij onder andere good practices uit andere regio's gepersonaliseerd werden.

Eerstelijnszone Midden WVL werkt aan een integraal zorgtraject voor kauw- en slikproblemen. Dit programma bouwt verder op een regionaal onderzoek vanuit Hogeschool Vives rond hiaten met betrekking tot zorg bij personen met kauw- en slikproblemen.

Eerstelijnszone RITS maakt werk van een integraal zorgtraject recidiverend vallen, met als basis een herwerking van een vroeger project 'valpreventie' van Logo Midden-West-Vlaanderen.

Uit de omgevingsanalyses van de drie eerstelijnszones die samenvallen met de empact-regio blijkt een toenemende behoefte aan geestelijke gezondheidszorg. Deze stijging wordt mede veroorzaakt door de impact van de coronacrisis. De groeiende vraag naar geestelijke gezondheidszorg is niet alleen lokaal, maar ook op federaal of mogelijk zelfs internationaal niveau waarneembaar. We willen daarom ook een integraal zorgtraject met een brede focus op multiproblematiek binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In samenwerking met Netwerk Kwadraat, een netwerk geestelijke gezondheid binnen de regio Midden-West-Vlaanderen, wordt gewerkt aan een crisiszorgtraject binnen de geestelijke gezondheidszorg. Dankzij middelen van de Koning Boudewijnstichting werkt Netwerk Kwadraat een project van coaching uit binnen de crisiszorg. Vanuit empact willen we dit aanvullen met werkingsmiddelen en personeel.

Voorwaarden voor opstart van de integrale zorgtrajecten

Er is **draagvlak bij stakeholders** uit de regio. Dit is een noodzakelijke voorwaarde om samenwerkingen aan te gaan rond een integraal zorgtraject. Binnen elk zorgtraject vertrekken we met enkele kernpartners en beogen we onderweg het bredere zorglandschap in beweging te brengen.

We merken dat we partners kunnen activeren en engageren als dit een **win-win** oplevert voor verschillende organisaties op lange termijn.

Enkele voorbeelden van onderliggende motivatie:

- Voordat men een eigen actie onderneemt, streeft men ernaar inzicht te verkrijgen. Vanuit de voorbereidende fase met data-analyse, verkrijgt men dit inzicht.
- Hoewel men verandering nastreeft, kan men de problemen niet alleen oplossen, samenwerking is noodzakelijk.
- Men voelt zich verbonden met de eindgebruiker en wil de kwaliteit van zorg voor de zorgvrager verbeteren. Het thema sluit aan bij huidige of toekomstige beleidslijnen en acties van organisatie of netwerken.
- De ontwikkelde tools zullen praktisch toepasbaar zijn en tastbare resultaten opleveren.
- Het onderzoeken van het thema volgt een intuïtief gevoel van 'hier moeten we iets aan doen'.

Naast draagvlak is het essentieel dat een verantwoordelijke de transmurale samenwerking coördineert. Onze vier **regionale projectmedewerkers** coördineren elk één integraal zorgtraject.

Hun taken omvatten onder meer het bieden van ondersteuning bij de ontwikkeling en implementatie van het specifieke integrale zorgtraject en het identificeren en aanpakken van knelpunten in bestaande integrale zorgtrajecten. Ze begeleiden en stimuleren de betrokkenen bij de praktische uitvoering van deze integrale zorgtrajecten, passen nieuwe zorgprocessen aan aan lokale behoeften en zorgen voor een gelijke vertegenwoordiging van alle betrokken disciplines. Als neutrale ambassadeurs van de integrale zorgtrajecten brengen ze niet alleen partners samen, maar informeren ze iedereen ook over de meerwaarde van de integrale zorgtrajecten, fungeren ze als eerste aanspreekpunt voor betrokken partijen, en rapporteren ze gestructureerd over de voortgang en evaluatie van hun werkzaamheden binnen de samenwerking.

De vier regionale projectmedewerkers krijgen aanvankelijk **coaching en ondersteuning** van de projectcoördinator van empact en later van een externe coach. Maandelijks hebben ze een overleg en intervisie om van elkaar te leren. Ze kunnen ook altijd ad-hoc-ondersteuning vragen.

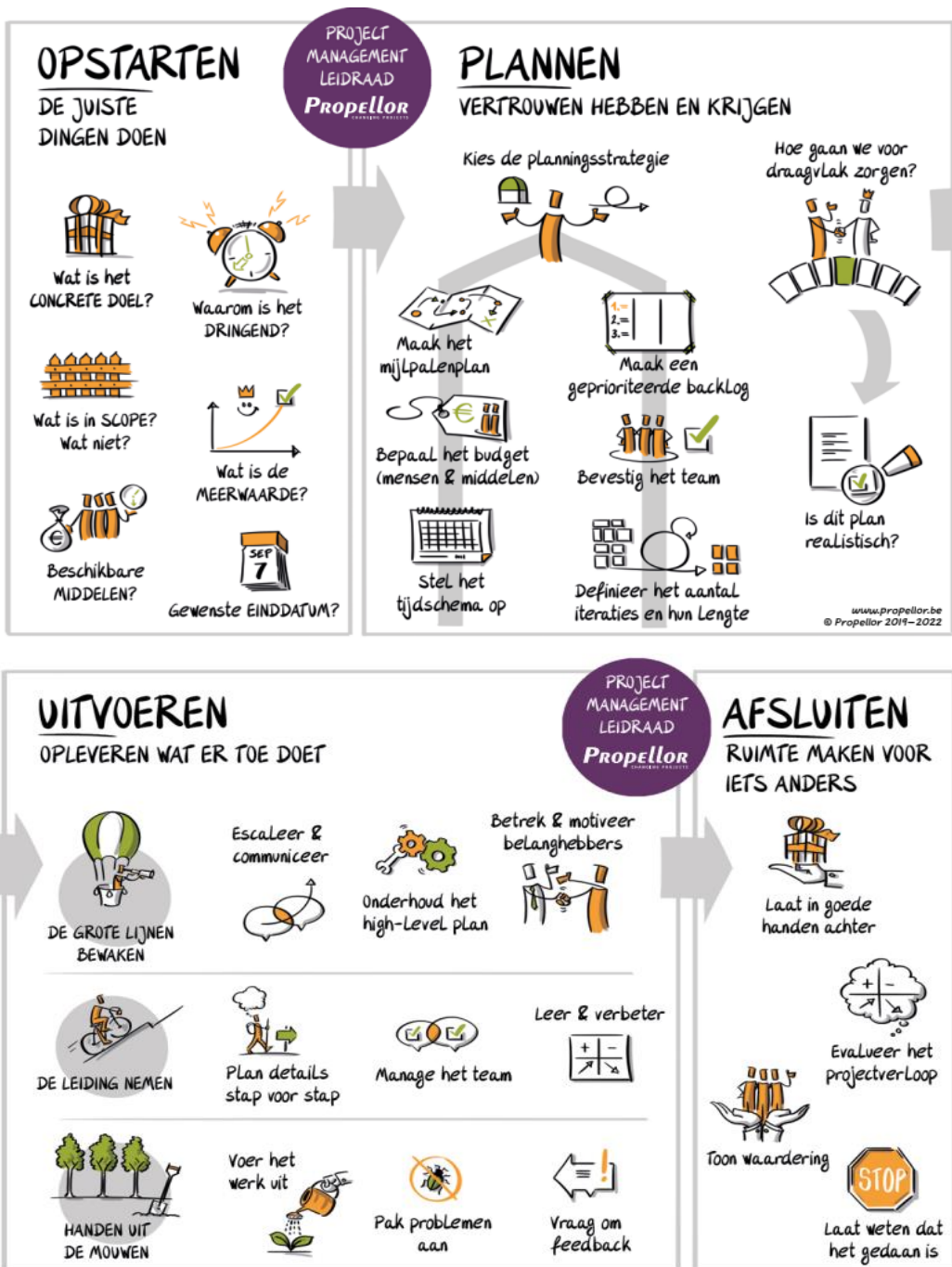
Methode: 7-fasenmodel netwerk klinische paden

Het 7-fasenmodel staat als overkoepelend methodisch kader voorop in alle literatuur. Vandaar kiezen we ervoor om dit als leidraad te gebruiken. We maakten een eigen beknopte visualisatie van deze fasen in de vorm van een bladwijzer om het overkoepelend methodisch kader bij de hand te hebben en regelmatig te kunnen raadplegen (Figuur 3).



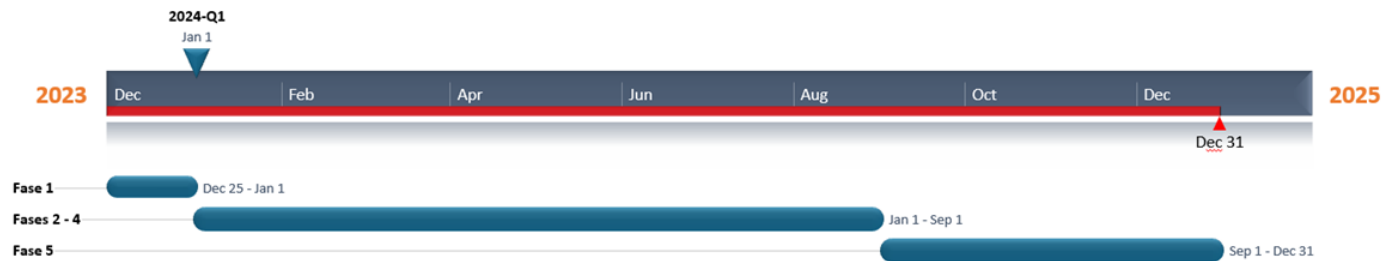
Figuur 3: Eigen herwerking van: *Het 7-fasenmodel voor de ontwikkeling, implementatie evaluatie en continue opvolging van zorgprogramma's. Uitdieping voor transmurale zorg ontwikkeld door Daan Aeyels, Liz Van der Veken en prof dr. Kris Vanhaecht binnen het Netwerk klinische paden, KU Leuven en het Leuvens instituut voor GezondheidszorgBeleid (2016).*

We streefden ernaar praktijkgericht aan de slag te gaan met het 7-fasenmodel. Voor de concrete toepassing hebben we extra handvatten voor projectmanagement geraadpleegd zoals de projectcanvas van Propellor (Figuur 4). Het gebruik van een projectplan, budgettering en tijdlijn is cruciaal om tastbare resultaten te behalen die relevant zijn voor het werkveld. Elk integraal zorgtraject heeft zijn eigen mijlpalen en elk projectproces is uniek. Hoewel een projectkader belangrijk is, is ook differentiatie noodzakelijk om adequaat in te spelen op de lokale context. Een te strikte benadering werkt niet om integrale zorgcoördinatie te realiseren rond een bepaald thema.



Figuur 4: Projectcanvas van Propellor.

De eerste fase van het 7-fasenmodel werd uitgewerkt in de voorbereiding van het project integrale zorgtrajecten. De drie fases projectmanagement, diagnose/objectivering en ontwikkeling liepen dynamisch door elkaar tijdens het werkingsjaar 2024 (Figuur 5).



Figuur 5: Tijdslijn uitwerking 7-fasenmodel.

Fase 1: Screening

De screeningsfase begint bij de behoefte aan een nieuw of aangepast zorgpad of zorgtraject. Het doel is te bepalen of een integraal zorgtraject de juiste methode is om het gestelde probleem op te lossen. Integrale zorgtrajecten zijn niet altijd de oplossing voor organisatorische problemen in zorgprocessen. Soms volstaan simpele interventies zoals brochures, protocollen of bijscholing. Zorgtrajecten zijn nuttig wanneer er problemen zijn met communicatie, coördinatie, transparantie, standaardisatie en de opvolging van goede zorg.

In deze fase werd dus per regio gescreend door informatie te verzamelen over de vraag tot een bepaald thematisch zorgtraject, alsook wie deze vraag stelt (organisaties, netwerken, enzovoort). Alle betrokkenen worden in kaart gebracht (stakeholders, trekkers, enzovoort) en er wordt een beknopt overzicht gemaakt van de huidige organisatie, resultaten, zorgprocessen, enzovoort, na een data-analyse in de regio.

Bij het bepalen van het thema zijn volgende aspecten als aandachtspunten meegenomen:

- Cliëntperspectief meenemen, change management naar vraaggestuurde zorg meenemen
- Beperkte tijdspanne uitwerking integraal zorgtraject (1 jaar)
- Planning voorzien met het netwerk, betrekken van nulde lijn (in verstaanbare taal)
- Vertrekken vanuit de beperkingen in de regio en, indien mogelijk, opportuniteiten meenemen in het bepalen van het thema
- ‘Problemen’ capteren in de regio, dit op verschillende manieren: klankbordgroepen, interviews, bevragingen, enzovoort

Het resultaat van deze fase is een gedragenheid in de regio om samen een integraal zorgtraject op te starten.

Onze aanbevelingen in deze fase:

1. Verzamel breed informatie in de regio en dit binnen alle zorglijnen, netwerkorganisaties, opleidingsinstanties, enzovoort. Werk vanuit een cliëntperspectief en vanuit vraaggestuurde zorg.
2. Vertrek vanuit een regio-specifieke behoefteanalyse.
3. Werk bottom-up en bekijk of het opmaken van een integraal zorgtraject het juiste antwoord is op de behoefte.
4. Gebruik opportuniteiten in de regio voor ‘quick wins’.

Fase 2: Projectmanagement

Deze fase begint wanneer de beslissing is genomen om een integraal zorgtraject te ontwikkelen. De eerste cruciale stap is het opzetten van een projectstructuur:

- **Coach:** deze persoon neemt een coördinerende rol op vanuit een helicopterview. Deze persoon is als het ware de brug tussen de verschillende integrale zorgtrajecten in de regio. De persoon is een aanspreekpunt en ondersteuning voor de regionale zorgtrajectmedewerkers en werkt adviserend. Daarnaast rapporteert de coach aan het bestuur van empact.
- **Regionaal zorgtrajectmedewerker:** Dit is de coördinator van het specifieke integrale zorgtraject. Deze persoon zorgt voor begeleiding en opvolging van de kernwerkgroep bij ontwikkeling, implementatie en evaluatie van het zorgtraject. Hij/zij rapporteert naar de verschillende structuren zoals de stuurgroep, de werkgroepen en ook naar de coach. Het wordt als een meerwaarde beschouwd wanneer deze persoon ervaring heeft met het uitwerken van projecten en/of zorgtrajecten/zorgpaden. Het is een persoon die neutraliteit uitstraalt, empathisch en luisterend is, out of the box en probleemoplossend denkt, kansen kan zien en grijpen, enzovoort.
- **Stuurgroep:** Dit is een groep die strategisch werkt en de integrale zorgtrajecten op gang trekt. Het zijn personen met een managementfunctie die een mandaat hebben om zaken uit te rollen. Ze faciliteren en ondersteunen het integraal zorgtraject bij implementatie en evaluatie binnen een bepaalde organisatie of netwerk.
- **Kernwerkgroep:** Een beperkt aantal (vertegenwoordigers van) professionals die rechtstreeks contact hebben met de doelgroep van het integrale zorgtraject binnen de vastgelegde tijdspanne. Dit team zal het zorgtraject voorbereiden, uitwerken en evalueren.
- **Klankbordgroep:** Dit is een (grote) groep van betrokken actoren bij het zorgtraject. De groep komt beperkt samen om input of kritische reflecties te geven, zaken uit te diepen, informatie te krijgen om naar achterban te verspreiden, enzovoort.
- **Werkgroep(en):** De kernwerkgroep kan voor specifieke onderwerpen of uitdagingen ondersteuning krijgen van een of meerdere werkgroepen. Deze bestaan uit personen die relevante bijdragen/expertise kunnen leveren en zijn thematisch ingedeeld. Naast zorgverleners kunnen ook medewerkers van ondersteunende diensten, management, externe organisaties en patiëntenvertegenwoordigers deelnemen. De werkgroep rapporteert haar bevindingen aan de kernwerkgroep of aan de regionaal zorgtrajectmedewerker.

Bij het opzetten van de projectstructuur zijn volgende stappen cruciaal:

- Afbakenen van het zorgproces,
- Samenstellen van de verschillende stuurgroep, kernwerkgroep, klankbordgroep, werkgroep(en) en toekennen van de verschillende rollen,
- Opmaken van een projectplan en evaluatiestructuur,
- Uittekenen van de timing.

Onze aanbevelingen in deze fase:

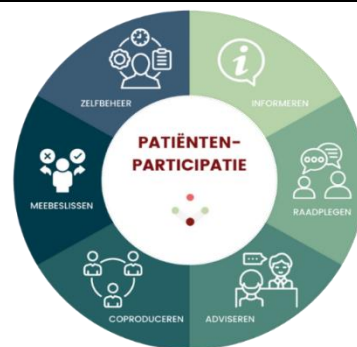
1. Neem de tijd om de projectstructuur op te maken, rollen en verantwoordelijkheden toe te kennen. Gebruik de bestaande (netwerk)structuren zoals eerstelijnszones, Logo, huisartsenkringen, enzovoort.
2. Betrek voldoende personen met een mandaat.
3. Zoek een passend coördinerend zorgtrajectmedewerker.
4. Betrek alle geïnteresseerde partners, maar respecteer de mogelijkheden van alle betrokkenen: het is niet altijd mogelijk voor alle partners om alle vergaderingen/overleggen te volgen. Zoek alternatieven.
5. Zorg voor een duidelijke scope van het integrale zorgtraject en baken dit af: missie, doel(en), timing, resultaten, enzovoort. Communiceer missie, doelen, projectplan, enzovoort op alle niveaus van de projectstructuur.
6. Voorzie een neutrale coach met helicopterview die fungeert ter ondersteuning en als aanspreekpunt voor de regionale projectmedewerkers. Het wordt als meerwaarde ervaren als de coach te allen tijde aanspreekbaar is.
7. Werk met een gantt chart en gedeelde documenten zodat het volledige traject altijd en voor iedereen duidelijk is.
8. Valideer beslissingen na elke subfase/doelstelling en stuur eventueel bij (gebruik PDCA-cyclus).

Fase 3: Diagnose/objectivering

In deze fase is het de bedoeling om de huidige organisatie van de zorg in beeld te brengen. Hierbij is het belangrijk dat iedereen bereid is om de bestaande (eigen) organisatie van de zorg objectief en kritisch te beoordelen. De evaluatie gebeurt vanuit vier invalshoeken: (1) eigen organisatie en team (doelen, knelpunten, middelen), (2) perspectief van de zorgvrager/burger en zijn/haar netwerk (verwachtingen, evaluatie), (3) beschikbare evidentie, wetenschappelijke onderzoeken, andere richtlijnen/zorgpaden/protocollen en wetgeving, (4) perspectief van andere (zorg)partners (verwachtingen, evaluaties). Deze fase resulteert in een basis die gebruikt wordt bij het herontwerpen en/of optimaliseren van het huidige zorgtraject.

Onze aanbevelingen in deze fase:

1. Geef speciale aandacht aan zorgvragers, burgers, mantelzorgers, enzovoort. Vermijd vakjargon of moeilijke taal, zorg voor afzonderlijke focusgroepen, interviews, vragenlijsten, enzovoort. Zorg ervoor dat zij dezelfde informatie ontvangen! (Figuur 6)
2. Zorg dat ALLE partners aan bod komen!
3. Zorg voor een 'gemeenschappelijke taal' in het integraal zorgtraject en gebruik deze bij het herontwerpen en/of optimaliseren van het integraal zorgtraject.



*Figuur 6: Participatiewiel:
<https://vlaamspatientenplatform.be/nl/advies-en-tips/draaide-jij-al-aan-het-participatiewiel>*

Fase 4: Ontwikkeling

In deze fase wordt het integraal zorgtraject ontwikkeld op basis van de vooraf verzamelde informatie, doelstellingen en timings van de voorbije fases. Hierbij wordt rekening gehouden met beschikbare middelen, mogelijkheden, opportuniteiten, knelpunten, enzovoort. Het traject kan voortdurend bijgewerkt en bijgestuurd worden op basis van de mogelijkheden van organisaties en partners. Het ontwerp van het zorgtraject omvat:

- Doelgroep en tijds kader
- Sleutelinterventies (bijvoorbeeld tussen verschillende deelfases in het traject)
- Ontwerp en uitwerking (afspraken kader)
- Coördinatie en evaluatie (proces, resultaten)
- Communicatie
- Middelen
- (Te verwachten) impact

Wij werkten **operationele zorgtrajecten** uit, dit wil zeggen:

- Prospectief organiseren van een zorgtraject voor een specifieke doelgroep
- Afstemmen van bestaande protocollen/trajecten/zorgpaden aan de unieke lokale situatie
- Optimaliseren van de communicatie, samenwerking en coördinatie in de regio

Er werd ook steeds een versie voorzien specifiek naar patiënten gericht met een beschrijving van de verwachtingen van zorgvragers en wat hij zelf (preventief) kan ondernemen.

De uitwerking van het integrale zorgtraject wordt voorgelegd aan de verschillende groepen van de projectstructuur ter goedkeuring en aan experts (bv. expertisecentrum dementie) om de volledigheid en juistheid na te gaan.

Onze aanbevelingen in deze fase:

1. Bepaal duidelijke scope (doelgroep, tijds kader, resultaten, enzovoort).
2. Toets alle acties aan cliëntvriendelijkheid en heb aandacht voor preventie!
3. Stem steeds af met alle groepen in projectstructuur en op verschillende niveaus bij alle betrokken partners en organisaties.
4. Durf ver te gaan in de doelstellingen, durf dromen!
5. Visualiseer de sleutelmomenten in een 'tijds pad' (Figuur 7).



Figuur 7: Projectplanning zorgpad recidiverend vallen.

Fase 5: Implementatie

In deze fase wordt het integrale zorgtraject concreet uitgewerkt (acties en tools) en geïmplementeerd, dit volgens een PDCA-cyclus. Hierbij speelt communicatie een cruciale rol en dit zowel horizontaal als verticaal en in twee richtingen. Alle partners en betrokkenen moeten op de hoogte zijn van inhoud, rol, rapportage, wijzigingen, verdere communicatie naar achterban, enzovoort. In deze fase worden volgende stappen gezet:

- Opmaken van een implementatieplan (verwachtingen, taken, afspraken, tools, acties),
- Communiceren: tweezijdige communicatie en feedback,
- Check (PDCA-cyclus) van ideeën om bij te sturen,
- Evaluatie van check,
- Breder implementatieplan.

<p>Onze aanbevelingen in deze fase:</p>
--

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Laat de coördinerend projectmedewerker in verschillende organisaties werken zodat de 'fysieke afstand' verkleint en de transmurale samenwerking gestimuleerd wordt. 2. Check ideeën, acties, tools op drie niveaus: organisatie, werkveld en doelgroep (zorgvrager/burger). Vraag telkens feedback aan de zorgvrager, mantelzorger. 3. Gebruik het schema 'Proces naar doelgerichte zorg' (Figuur 8) en werk zo vanuit de koppeling van levensdoelen aan zorgdoelen. 4. Voorzie de nodige tijd om de verschillende stappen te doorlopen en te communiceren. 5. Communiceren is een cruciale factor! Durf alles te bespreken, heb een open en eerlijke communicatie! 6. Koppel dit steeds aan de uitgeschreven visie en houd deze als leidraad bij het opmaken van acties, ideeën voor tools, enzovoort. 7. Geef duidelijke rollen en verantwoordelijkheden. Gebruik eventueel buddy's om in duo verantwoordelijk te zijn voor een bepaalde actie/tool. 8. Respecteer eigenaarschap. 9. Bij het uitwerken van verschillende integrale zorgtrajecten is een terugkerend overleg zeer waardevol om informatie te delen, te leren van elkaar, enzovoort. |
|---|

Fase 6: Evaluatie

Na de implementatie volgt een evaluatie van het integrale zorgtraject: zijn de vooropgestelde doelstellingen bereikt, knelpunten opgelost? Wat is de bruikbaarheid, het effect van het zorgtraject? Waar moet een bijsturing gebeuren? Wat zijn de (zorg)resultaten? Wat zijn de bevindingen van de zorgvrager, de burger, de mantelzorger, enz.?

<p>Onze aanbevelingen in deze fase:</p>
--

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Toets zeker ook naar cliëntvriendelijkheid en heb aandacht voor preventie! 2. Zorg voor continuïteit na de implementatiefase, het proces is niet 'af'. Houd de verschillende partners warm. |
|---|

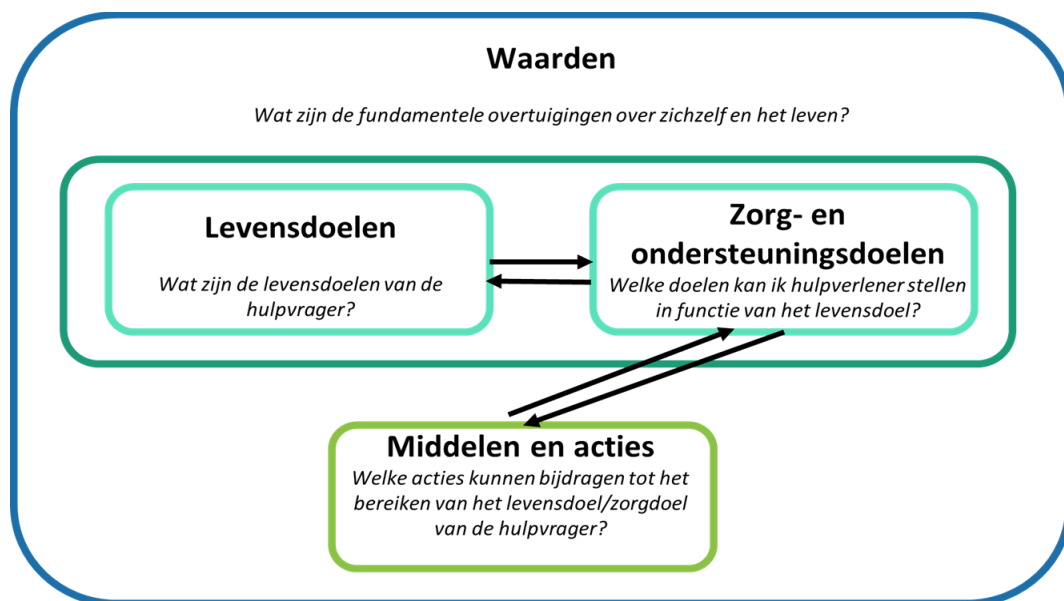
Fase 7: Continue opvolging

Tot slot is er de zevende fase, continue opvolging, waarin wordt gewaarborgd dat het zorgtraject blijvend wordt gebruikt. Er is aandacht voor opvolging en verbeteringen om de kwaliteit van zorg op lange termijn te waarborgen. Hierbij is het belangrijk om duidelijke toekomstperspectieven te bieden.

Onze aanbevelingen in deze fase:

1. Zorg dat de verdere opvolging onmiddellijk ingepland wordt, bijvoorbeeld door een vervolvergadering in te plannen, drie maanden na de laatste 'implementatievergadering met evaluatie'.
2. Bevrraag of het gekoppeld kan worden aan bestaande overleggen, bijvoorbeeld als vast agendapunt.

Bij het gebruik van het 7-fasenmodel werden enkele zaken toegevoegd of gepersonaliseerd op basis van de bevindingen in de implementatie van de verschillende integrale zorgtrajecten. Daarnaast werd ook bevonden dat de persoon zelf onvoldoende inspraak had of gehoord werd in dit model. Omdat er een shift is in de zorg van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde of doelgerichte zorg, werd het schema van doelgerichte zorg (Figuur 8) meegenomen in de implementatie van de integrale zorgtrajecten.



Figuur 8: Schema: Proces naar doelgerichte zorg. Bron: Vanneste, L., Torfs, L., De Sutter, A., Boeckstaens, P. (2022). Doelgerichte zorg integreren in een digitaal zorg- en ondersteuningsplan. SWVG-rapport 64.

Het schema zet bovenaan de waarden, die de fundamentele overtuigingen van een persoon over zichzelf en het leven vertegenwoordigen. De persoonlijke waarden van de persoon zijn een houvast, waar levensdoelen eerder dynamisch gezien kunnen worden. Ze geven een richting voor de persoon aan het volledige proces van zorg en welzijn.

Deze waarden vormen de basis voor het definiëren van de levensdoelen van de hulpvrager. Het gaat hierbij om de vraag: "Wat zijn de levensdoelen van de hulpvrager?" Het bepaalt wat belangrijk is in iemands leven, wat betekenis geeft aan het leven.

Vervolgens worden de zorg- en ondersteuningsdoelen geformuleerd, waarin de hulpverlener doelen stelt in functie van de levensdoelen van de hulpvrager. De vraag die hierbij centraal staat is: "Welke doelen kan ik als hulpverlener stellen in functie van het levensdoel?" Een doel stelt een te bereiken resultaat op een bepaald levensdomein.

De interactie tussen levensdoelen en zorg- en ondersteuningsdoelen is wederzijds. Beide beïnvloeden elkaar en zorgen voor een dynamisch proces waarin de doelen van de hulpvrager en de hulpverlener op elkaar afgestemd worden.

Tot slot wordt er gekeken naar de middelen en acties die nodig zijn om de gestelde doelen te bereiken. Hier wordt de vraag gesteld: "Welke acties kunnen bijdragen tot het bereiken van het levensdoel en/of zorgdoel van de hulpvrager?" Deze acties dienen zowel de levensdoelen van de hulpvrager als de zorg- en ondersteuningsdoelen van de hulpverlener te ondersteunen.

Naar de praktijk

In dit hoofdstuk gaan we enerzijds dieper in op de algemene bevindingen van de integrale zorgtrajecten en anderzijds specifiek benoemen per zorgtraject in de tabellen. Alle details zijn per integraal zorgtraject terug te vinden in de projectfiches in bijlage.

Situering en noden:

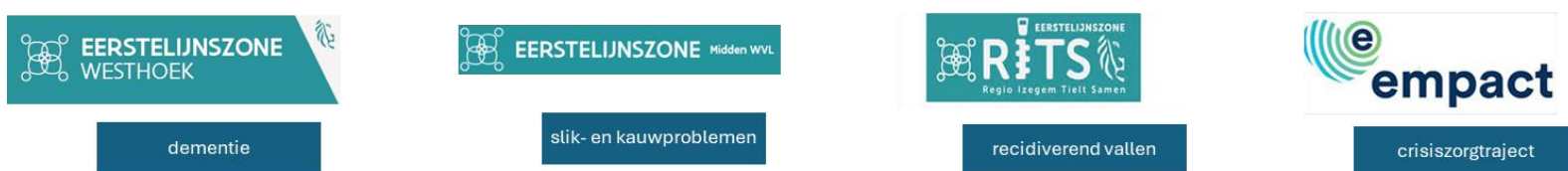
Alle integrale zorgtrajecten benadrukken de noodzaak van een zorgtraject gebaseerd op vooronderzoek en omgevingsanalyse (Tabel 1).

Kauw- en slikproblemen	Gebaseerd op een onderzoek van Vives Hogeschool rond hiaten in de zorg voor personen met kauw- en slikproblemen
Recidiverend vallen	Komt voort uit een omgevingsanalyse van ELZ RITS, waaruit blijkt dat het aantal valincidenten toeneemt
Crisis zorg	Gebaseerd op aanbevelingen van een KUL-onderzoek bij netwerk geestelijke gezondheid Kwadraat en cijfers uit de Data in Zicht ² -oefening
Dementie	Komt voort uit een dringende behoefte aan een integraal zorgtraject voor dementiezorg in de vervoersarme regio ELZ Westhoek, gezien: <ul style="list-style-type: none"> - het toenemende aantal personen met dementie - de stopzetting van Praatcafé Dementie - ondersteuningsvraag diverse zorgactoren

Tabel 1: Situering en noden per integraal zorgtraject.

Regio:

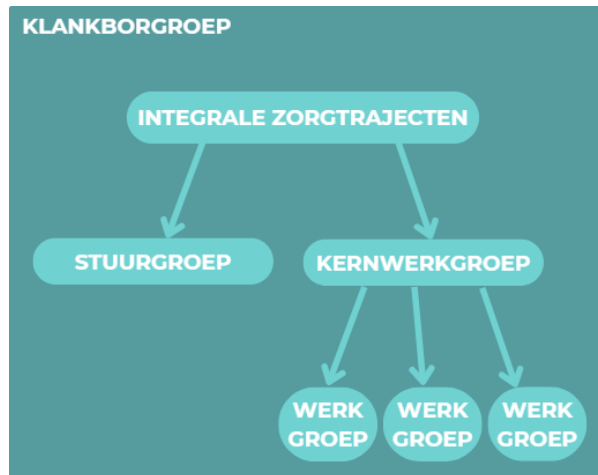
De integrale zorgtrajecten richten zich op specifieke eerstelijnszones (Figuur 9).



Figuur 9: Werkingsgebied integrale zorgtrajecten.

Partners:

De integrale zorgtrajecten werkten met verschillende partners specifiek voor het traject, maar hadden eenzelfde structuur (Figuur 10).



Figuur 10: Structuur partners integrale zorgtrajecten.

Missie en visie:

Alle integrale zorgtrajecten streven naar een betere herkenning van signalen, kennisuitwisseling, en betrokkenheid van zorgverleners en mantelzorgers (Tabel 2).

Kauw- en slikproblemen	Handvatten ontwikkelen voor herkennen van signalen en kennis vergroten Werken aan gemeenschappelijke taal (IDDSI-normen) Betrekken van personen met kauw- en slikproblemen en mantelzorgers
Recidiverend vallen	Een valpreventiebeleid met een transmuraal karakter Doelgerichte aanpak: inzetten op intrinsieke motivatie van zorgvrager met valrisico
Crisiszorg	Een toegankelijk en doelgericht crisiszorg aanbod, vlot afgestemd tussen diverse schakels binnen eerste en met tweede lijn
Dementie	Samenwerking gericht op informeren, doorverwijzen, versterken van het lokale aanbod en het ontwikkelen van een duurzame werking rond dementie

Tabel 2: Missie en visie per integraal zorgtraject.

Projectdoelstellingen:

De integrale zorgtrajecten hebben duidelijke doelstellingen zoals sensibilisering, kennisdeling, en betere informatieoverdracht (Tabel 3).

Kauw- en slikproblemen	Sensibilisering, kennisdeling en betere informatieoverdracht binnen zorgteam
Recidiverend vallen	Een gedragen valpreventiebeleid creëren (actoren samenbrengen en tools ontwikkelen)

Crisis zorg	Toegankelijk crisis zorgaanbod en competentie verruiming bij hulpverleners
Dementie	Samenbrengen van diverse actoren in werkgroepen, op lange termijn sterke samenwerking ivm dementie en doelgerichte acties, bruikbare kennis verzamelen, bevorderen van doorverwijzing naar geheugenkliniek en ontwikkelen van essentiële tools zoals de dementiewijzer

Tabel 3: Projectdoelstellingen per integraal zorgtraject.

Projectresultaten:

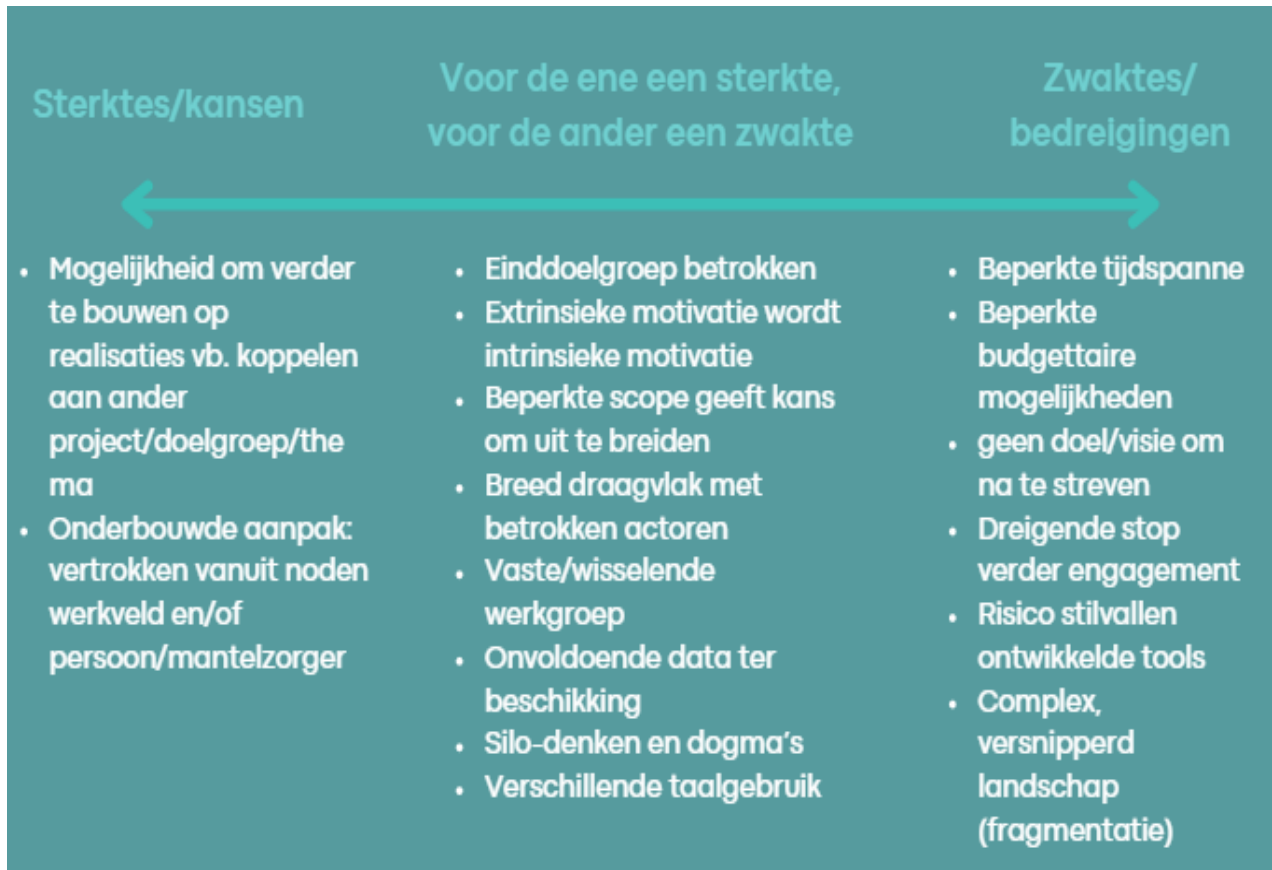
De integrale zorgtrajecten streven naar concrete resultaten zoals tools en informatiebrochures (Tabel 4).

Kauw- en slikproblemen	<p>Voor brede publiek:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informatiebrochure - Affiche - Animatievideo - Maaltijdfiche <p>Voor professionals:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Communicatiegids: 6 manieren om het project Kauw- en slikproblemen te verspreiden - Gedeeld kennisplatform voor professionals: https://padlet.com/kauwenslikproblemen/ELZMiddenWVL
Recidiverend vallen	<ul style="list-style-type: none"> - Weekkalender valpreventie <p>→ wekelijkse reminder voor de 65-plusser met valrisico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wegwijzer valpreventie <p>→ voor zorgprofessionals Eerstelijnszone RITS</p>
Crisis zorg	<ul style="list-style-type: none"> - Fysiek vormingsaanbod hulpverleners - Organiseren intervisie platform voor hulpverleners - E-learning in functie van verduurzaming integraal zorgtraject
Dementie	<ul style="list-style-type: none"> - Kennis- en dataverzameling - Fysieke en digitale dementiewijzer <p>→ voor mantelzorger en persoon met dementie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Digitale verwijsbrief geheugenkliniek (voor huisarts, woonzorg setting) <p>→ voor doorverwijzer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stroomdiagram eerste en tweede lijn - Afsprakenkader rond verdere uitwerking Lokale Infopunten Dementie ivm afstemming, samenwerking en ruimere regionale spreiding

Tabel 4: Projectresultaten per integraal zorgtraject.

SWOT-analyse:

De integrale zorgtrajecten hebben elk een eigen SWOT-analyse, waarbij zowel gemeenschappelijke sterktes/kansen als gemeenschappelijke zwaktes/bedreigingen geformuleerd kunnen worden (Figuur 11). Hiernaast zijn er ook sterktes die voor de andere zwaktes zijn en omgekeerd (Figuur 11).



Figuur 11: Overkoepelende SWOT-analyse integrale zorgtrajecten.

Toekomstblik:

Wat betreft de toekomst hebben de integrale zorgtrajecten allen een andere uitwerking, maar het gemeenschappelijk punt is dat er voor elk continuïteit na impact is (Tabel 5).

Kauw- en slikproblemen	De materialen die werden ontwikkeld voor zowel zorgprofessionals als voor het brede publiek worden verder verspreid. Het is de bedoeling om dit uit te rollen in andere regio's.
Recidiverend vallen	<ul style="list-style-type: none"> - Het Logo werkt verder rond het thema valpreventie zoals ze al deden. - De stuurgroep van het integraal zorgtraject zorgt voor verdere evaluatie van de kalender.
Crisis zorg	<ul style="list-style-type: none"> - Vanuit KBS geen extra budget, maar wel verlenging in tijd. - Aansluitend verdere projectoproep urgentiepsychiatrie, waarbij partners aangevuld worden met mobiele teams, politie en spoed.
Dementie	<ul style="list-style-type: none"> - Klankbordgroep jaarlijks herhalen - Lokale infopunten dementie versterken - Samenwerking ELP thuisbegeleiding verkennen - Psycho-educatie mantelzorgers herbekijken vanuit kernwerkgroep - Engagement en uitbreiding van directies lokale infopunten dementie bij de stuurgroep ifv actieve werking - Leen Haesaert: onderzoek communicatie mantelzorgers ("helpen helpen") - Vanuit ELZ Westhoek budget voorzien voor verdere ondersteuning

Tabel 5: Toekomstblik per integraal zorgtraject.

Vaststellingen

De omgevingsanalyses van de eerstelijnszones onderbouwen mede de keuze om voor thematische zorgtrajecten te kiezen. Zowel dementie, kauw- en slikproblemen als recidiverend vallen zijn thema's die vaak voorkomen bij een oudere populatie. De tendens van vergrijzing en de daarbij horende uitdagingen voor de zorg zijn actueel en vinden we terug in de omgevingsanalyse van de drie eerstelijnszones. Ook de toenemende druk op de sector geestelijke gezondheidszorg is een feit. Het zorgprogramma crisiszorg biedt specifieke handvatten voor onze eigen regio.

Uitdagingen en aanbevelingen

Een van de belangrijkste uitdagingen bij het opzetten van zorgtrajecten is de duidelijkheid rond het kader en de visie voor alle betrokkenen. Het is essentieel dat er vanaf de start een duidelijke visie en doelstellingen zijn, zodat alle betrokkenen weten waar men naar toe werkt. De voorbereidende fase, waarin basisprincipes en kaders worden uitgewerkt, speelt hierin een belangrijke rol. Indien deze fase goed is verlopen, kan dit het verdere proces aanzienlijk vergemakkelijken. Het is cruciaal dat de visie en het gewenste einddoel én vanaf het begin helder zijn, zodat er een sterke basis ligt voor het verdere traject, én dat deze vaak herhaald worden.

Het is, in onze regio, een specifieke uitdaging bij de behoefteanalyse om actoren uit de derde lijn te betrekken, omdat deze beperkt aanwezig zijn in onze regio. Dit kan leiden tot hiaten in expertise en ondersteuning binnen het zorgtraject. Het is daarom belangrijk derdelijns actoren vanuit andere regio's te betrekken of alternatieve oplossingen zoals lokale kennis- en expertisecentra te vinden.

Onze integrale zorgtrajecten hebben een korte looptijd, waardoor het noodzakelijk is om een duidelijke omschrijving van de scope te hebben. Een te brede scope kan het traject verwateren en leidt vaak tot een gebrek aan focus. Een belangrijke aanbeveling daarbij is om de scope in de eerste fase eventueel te versmallen en de doelen niet te ruim te definiëren. Zo blijft het beheersbaar en kunnen concrete resultaten geboekt worden binnen de gestelde termijn. Het kiezen van een thema waar voldoende animo voor is in de regio helpt bovendien bij het verkrijgen van draagvlak en betrokkenheid van alle stakeholders.

Een belangrijke uitdaging binnen de integrale zorgtrajecten is de betrokkenheid van diverse actoren zoals PZON (personen met zorg- en ondersteuningsnoden) en MZ (mantelzorgers), die constant tussen de verschillende fasen en niveaus van het integraal zorgtraject meebewegen. Binnen doelgerichte zorg, waarbij de behoeften en doelen van de PZON centraal staan, is het essentieel dat de verschillende stakeholders voldoende mandaat krijgen om beslissingen te nemen. Dit zorgt ervoor dat ze effectief kunnen bijdragen aan het zorgtraject en dat de zorg aansluit bij de persoonlijke waarden, voorkeuren en doelen van de betrokkenen.

Daarnaast is het van groot belang om deze stakeholders gemotiveerd en betrokken te houden gedurende het hele proces. In dit opzicht helpt het om tussentijdse successen en mijlpalen expliciet te benoemen. Het opnemen van deze tussentijdse resultaten kan helpen om de betrokkenen gemotiveerd te houden en te laten zien dat vooruitgang wordt geboekt. Zo blijft iedereen verbonden met het einddoel en behouden de zorgtrajecten hun drijfkracht.

Om eventuele miscommunicatie en kennisverlies tussen de fasen te voorkomen en bij te dragen aan de consistentie en het succes van het project, is het aanbevolen om een constante persoon (de coördinerende projectmedewerker) door alle fasen van het project heen aan te wijzen. Deze persoon fungeert als verbindingspunt tussen de verschillende fasen en actoren, en zorgt voor continuïteit in de

uitvoering. Het is een neutraal persoon die empathisch is en actief luistert, wat ervoor zorgt dat alle partners vertrouwen hebben in elkaar en het bereiken van het doel. Hiernaast is het een meerwaarde als deze persoon kennis heeft van projectwerking en anderen kan enthousiasmeren.

Een waardevolle toevoeging is het opzetten van een lerend netwerk, waarin integrale zorgtrajecten van elkaar kunnen leren. Dit kan bijvoorbeeld door inzichten te delen over het visualiseren van een tijdsplanning, het vinden van bronnen voor de behoefteanalyse, het ontwikkelen van communicatiestrategieën en het effectief betrekken van PZON's en mantelzorgers. Daarnaast is het essentieel dat de deelnemers binnen dit netwerk toegang hebben tot ondersteuning en ad-hoc-advies van een coach.

Bijlagen

Bijlage 1: Projectfiche integraal zorgtraject dementie

PROJECTFICHE

Integraal zorgtraject Dementie

Situering & noden (waarom dit zorgtraject hier?)

Het Praatcafé dementie regio Ieper-Poperinge, gefaciliteerd door Expertisecentrum Dementie Sophia en gecoördineerd door CM, vond tijdens de coronapandemie niet meer plaats in onze regio. Nochtans was dit een uitstekend en gekend platform voor mantelzorgers van personen met de diagnose dementie om ervaringen uit te wisselen, doorverwezen te worden naar de juiste diensten ter ondersteuning, lotgenoten te ontmoeten, ... Voor personen die net de diagnose dementie kregen en hun familie, vrienden, ... is het vaak zoeken naar gerichte doorverwijzing naar dienstverlening. Zowel eerste- als tweedelijnsactoren, personen met dementie en hun omgeving hebben geen volledig zicht op het aanbod. Hierdoor is inzetten op transmurale doorverwijzing en een voldoende gekend aanbod rond dementie noodzakelijk. Daarnaast willen we een transmuraal zorgpad dementie uitwerken waarbij er in de vervoersarme regio voldoende lokaal aanbod uitgewerkt wordt.

Data vanuit verschillende zorgactoren tonen een toenemend aantal personen met dementie en ondersteunden deze vraag rond een uitgebreider en bekender aanbod voor personen met dementie en hun omgeving.

Regio

De werkingsmiddelen van dit project worden integraal ingezet in de regio van Eerstelijnszone Westhoek.



Missie en visie (wat is je einddoel voor 2024, als je mocht 'dromen', wees ambitieus)

Transmurale samenwerking rond geïntegreerde zorg ikv dementie:

- Gericht informeren en doorverwijzen
- Versterken lokaal aanbod
- Actieve en verbonden werking dementie (langetermijn)

Projectdoelstellingen (wat wil je realiseren binnen de termijn tot eind '24)

Samenbrengen van verschillende actoren in stuurgroep, kerngroep, klankbordgroep

Input verzamelen van actoren uit het werkveld en ervaringsdeskundigen om op langere termijn een sterke samenwerking ikv dementie en doelgerichte acties verder op te kunnen nemen

Kennisdocument met lokale info dat bruikbaar is binnen de diverse fasen van dementie: acties rond preventie – niet-pluisgevoel – diagnose – begeleiding en ondersteuning – vroegtijdige zorgplanning en nazorg

Geïnformeerd doorverwijzen naar de geheugenkliniek versterken

Ontwikkelen van tools: fysieke en digitale dementiewijzer als meest essentieel, verwijsbrief geheugenkliniek

Lokale sociale kaart dementie

Projectresultaten (uitgewerkte tools + andere resultaten)

- Kennis- en dataverzameling:
 - Bundeling info via Padlet
 - Dataverzameling
 - Bundeling van lokale noden (groeiblad)
- Digitale verwijsbrief voor geheugenkliniek (ook toevoeging in pakket HA)
- Fysieke en digitale dementiewijzer wordt verspreid vanaf december 2025
- Stroomdiagram (conceptueel af)
- Actieve stuurgroep dat ook in 2025 verder actief blijft
- Engagement klankbordgroep om jaarlijks samen te komen ikv acties
- Engagement leden kernwerkgroep om verder actief deel te nemen aan acties op afroep stuurgroep
- Afsprakenkader rond verdere uitwerking Lokale Infopunten Dementie ivf afstemming, samenwerking en ruimere regionale spreiding
- Besteltool dementiewijzer
- Versterkte samenwerking met en tussen actoren die een aanbod hebben ivf persoon met dementie en omgeving
- Gesprekken zijn opgestart ivf eerstelijnspsycholoog aan huis voor persoon met dementie en omgeving

Timeline (2024 en eventueel blik naar de toekomst)

- Verkennen & samenbrengen partners: stuurgroep (al in 2023) → stakeholderanalyse (wie moet minimaal in kernwerkgroep?)
- Dataverzameling
- Maandelijks werkgroep: telkens rond 1 fase van dementieproces
- Tussendoor SG: voorbereiding
- Doel: af in juni, dan tools Q3-Q4
- KBG: in juni – in december

Toekomst:

- Klankbordgroep jaarlijks herhalen
 - Noden professionals en MZ – 8 maanden werken – dan herhalen KBG
- Lokale infopunten dementie (sowieso versterken, eventueel KBS)
- Verkenning samenwerking ELP thuisbegeleiding (binnen conventie ELP, met netwerk kwadraat, aansturing vanuit stuurgroep)
- Vanuit kernwerkgroep: traject psycho-educatie mantelzorgers herbekijken (10 sessies erg belastend, alternatief pakket mogelijk: verkort traject)
- Engagement en uitbreiding (directies lokale infopunten dementie stuurgroep ifv actieve werking)
- Leen Haesaert – onderzoek communicatie met mantelzorgers ‘helpen helpen’, betrokken bij focusgroep
- Good practice van deelname ervaringsdeskundigen aan ontwikkeling zorgpad dementie wordt gebracht op kabinetsoverleg min. Gennez – Alzheimerliga/ECD Vlaanderen (januari 2025)
- Budget wordt voorzien vanuit ELZ Westhoek om in 2025 verdere ondersteuning te kunnen bieden: personeelsinzet (0,1 VTE) + werkingsbudget
- Evaluatie dementiewijzer: contactgegevens: contactname met organisaties en evt. update gegevens
- Analyse website ELZ Westhoek ifv aantal x dat webpagina wordt bekeken + bijhouden van aantal dementiewijzers verspreid worden via de betrokken actoren

SWOT-analyse



PROJECTFICHE

Integraal zorgtraject kauw- en slikproblemen

Situering & noden (waarom dit zorgtraject hier?)

Uit het vooronderzoek van Vives Hogeschool rond hiaten in de zorg voor personen met kauw- en slikproblemen bleken een aantal noden. Er was reeds een expertengroep in de regio actief die meewerkten aan het onderzoek. De vraag om een zorgtraject te starten rond kauw- en slikproblemen kwam vanuit de expertengroep. Dit toont aan dat er draagvlak is.

Regio

Eerstelijnszone Midden WVL

Missie en visie (wat is je einddoel voor 2024, als je mocht 'dromen', wees ambitieus)

- Ontwikkelen van handvaten met als belangrijkste thema's: herkennen van signalen, kennis vergroten, informatie uitwisselen, voedingsadvies en weten wie de partners zijn van een zorgteam bij de persoon met kauw- en slikproblemen.
- Werken aan een gemeenschappelijke taal door dezelfde termen rond consistentie-aanpassingen te gebruiken volgens de IDDSI-normen.
- Betrekken van personen met kauw- en slikproblemen en hun mantelzorgers.

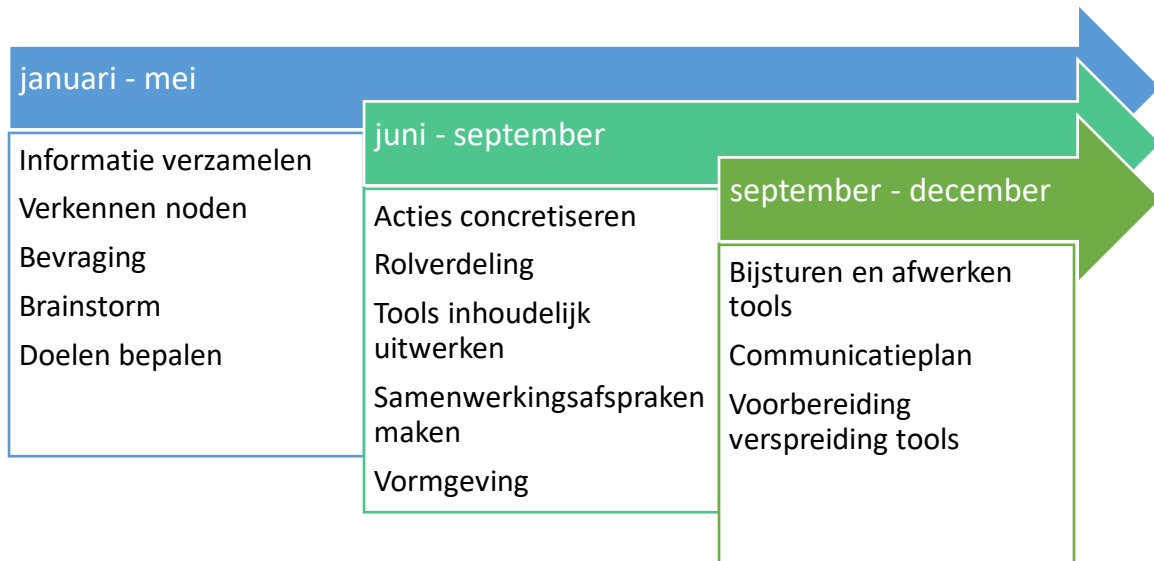
Projectdoelstellingen (wat wil je realiseren binnen de termijn tot eind 24)

- Inzetten op sensibilisering van de persoon met kauw- en slikproblemen en zijn/haar mantelzorgers.
- Kennis en expertise delen
- Betere informatieoverdracht binnen een zorgteam (waar de persoon en mantelzorgers deel van uitmaken)

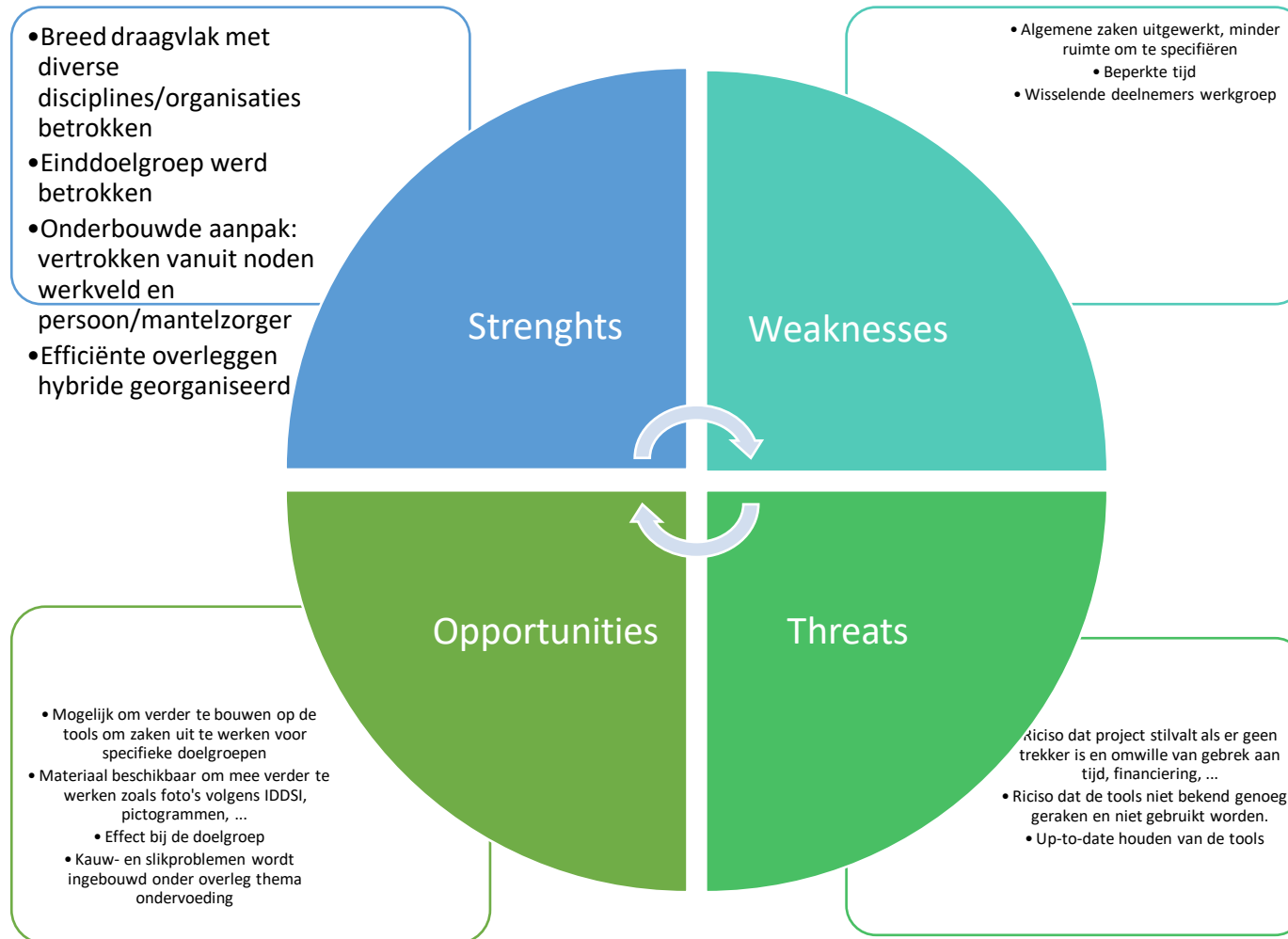
Projectresultaten (uitgewerkte tools)

- Resultaten bevraging persoon en mantelzorgers
- Informatiebrochure met geïntegreerde kennislijst
- Affiche en animatievideo 'signalen herkennen'
- Maaltijdfiche volgens IDDSI-niveau's
- Gedeelde padlet voor zorgaanbieders om kennis te delen
- Communicatiegids project kauw- en slikproblemen

Timeline (2024 en eventueel blik naar de toekomst)



SWOT-analyse



Conclusies (blik op toekomst, vaststellingen vb uit cijfers)

1. Interdisciplinaire samenwerking als sleutel tot succes:

Het elkaar beter kennen en begrijpen leidt tot een verbeterde informatie-uitwisseling en stimuleert het delen van kennis. In de toekomst zou het nuttig zijn om overlegmomenten te blijven organiseren.

2. Individuele benadering van eindgebruikers als voorwaarde voor participatie

Een persoonlijke aanpak bleek essentieel om mensen met kauw- en slikproblemen actief te betrekken. Hun vertrouwde zorgverlener speelde hierin een sleutelrol. Mensen met kauw- en slikproblemen hebben soms ook moeite met spreken. De persoonlijke begeleiding zorgde ervoor dat iedereen aan de bevraging kon deelnemen.

3. Toepassing van doelgerichte zorg bij complexe casussen

De visie van doelgerichte zorg biedt een waardevol kader bij het aanpakken van ethische dilemma's en complexe of vastgelopen casussen bij kauw- en slikproblemen. De uitdaging blijft om deze visie in de praktijk te brengen.

Regioverantwoordelijke: Lore Declercq

Trekker: Lore Declercq

Projectcoördinator: Lore Declercq

Looptijd van het project: januari - december 2024

PROJECTFICHE

Integraal zorgtraject ‘Recidiverend vallen’

Situering & noden (waarom dit zorgtraject hier?)

De vergrijzing in eerstelijnszone RITS is duidelijk voelbaar. Uit de omgevingsanalyse van ELZ RITS - opgemaakt in 2022 ter ondersteuning van het beleidsplan 2023-2025 van ELZ RITS- blijkt dat 21% van de inwoners in 2021 ouder is dan 65 jaar. De ouderenpopulatie stijgt. Het aantal valincidenten neemt toe.

ELZ RITS start samen met empact, Sint-Andriesziekenhuis Tielt, Sint-Jozefkliniek Izegem en Trihak een stuurgroep ter uitwerking van een transmuraal zorgtraject rond valpreventie.

Omdat het project vertrekt vanuit een curatieve invalshoek heet dit project ‘Recidiverend vallen’, waarmee men ruimer wil focussen dan louter op valpreventie.

Regio

De werkmiddelen van dit project worden integraal ingezet in de zorgregio van ELZ RITS.

Deze eerstelijnszone is bevoegd voor Dentergem 8720, Ingelmunster 8770, Izegem 8870, Lendelede 8660, Meulebeke 8760, Oostrozebeke 8780, Pittem 8740, Ruiselede 8755, Tielt 8700 en Wingene 8750.



Missie en visie (wat is je einddoel voor 2024, als je mocht ‘dromen’, wees ambitieus)

Visie

De 65-plusser van eerstelijnszone RITS heeft meer handvaten nodig en een effectieve, efficiënte ondersteuning om veiliger en bijgevolg kwalitatiever ouder te kunnen worden in de eigen thuisomgeving. We streven naar minder valincidenten op jaarbasis en een aanzienlijke bijdrage aan het welzijn en de zelfstandigheid van de oudere.

Missie

Vele actoren in de regio zetten in op valpreventie, zowel in de professionele zorg- en dienstverlening als in de mantelzorg en vrijwilligerswerk. Er is echter weinig zorgcontinuïteit rond dit thema.

Met dit 1-jarig project wordt gestreefd naar implementatie van een lokaal gedragen, duidelijk uitgestippeld valpreventiebeleid in eerstelijnszone RITS. Dit beleid kan succesvol zijn als het op termijn ruim gekend en gebruikt wordt. Valpreventie is teamwork over de muren van de verschillende settings heen. Een transmurale aanpak is noodzakelijk om het doel van het project succesvol te bereiken.

Het valpreventiebeleid dient breed uitgedragen te worden. Zoveel als mogelijk zorgverleners en dienstverleners werkzaam met de 65-plusser met valrisico in de regio, dienen het beleid te gebruiken en er de meerwaarde van te ondervinden. Op die manier geraakt ook elke oudere zorgvrager met valrisico en diens entourage doordrongen van het valpreventiebeleid. De oudere met valrisico is immers de eindgebruiker. Alleen de oudere zelf kan het niet-vallen waarmaken.

Duidelijke focus in het valpreventiebeleid van eerstelijnszone RITS:

- 1) Transmuraal karakter
Dit valpreventiebeleid betreft valpreventie maatregelen in de thuissetting over de verschillende zorginstellingen/zorgdisciplines heen. Samenwerking is nodig over de muren van de zorginstellingen/zorgdisciplines heen, zowel in de basiszorg als in de gespecialiseerde zorg. Het beleid wordt ook ondersteund en uitgedragen door beide ziekenhuizen van de regio.
- 2) Doelgerichte aanpak
Dit valpreventiebeleid zet in op de intrinsieke motivatie van de oudere zorgvrager met valrisico.

Projectdoelstellingen (wat wil je realiseren binnen de termijn tot eind 24)

Voor een gedragen, duidelijk uitgestippeld valpreventiebeleid moeten de neuzen van alle stakeholders in dezelfde richting staan.

Vanuit het integrale zorgtraject vallen wil we in 2024 drie zaken bereiken:

1. Draagvlak creëren.
Zorginstellingen/zorgdisciplines in eerstelijnszone RITS actief connecteren voor een gezamenlijk valpreventiebeleid, zodat meer zorgcontinuïteit kan worden nagestreefd binnen dit thema.
2. De verschillende actoren samenbrengen om een gezamenlijk valpreventiebeleid uit te werken.
Opstart van een duurzame samenwerking in eerstelijnszone RITS. In werksessies samen tot concreet uitgestippeld beleid komen. Uitgangspunt is de Vlaamse richtlijn Valpreventie bij thuiswonende ouderen. Er wordt een lokale strategie uitgewerkt.
3. Een aantal bruikbare tools uitwerken om het gezamenlijk beleid te ondersteunen op de werkvloer.

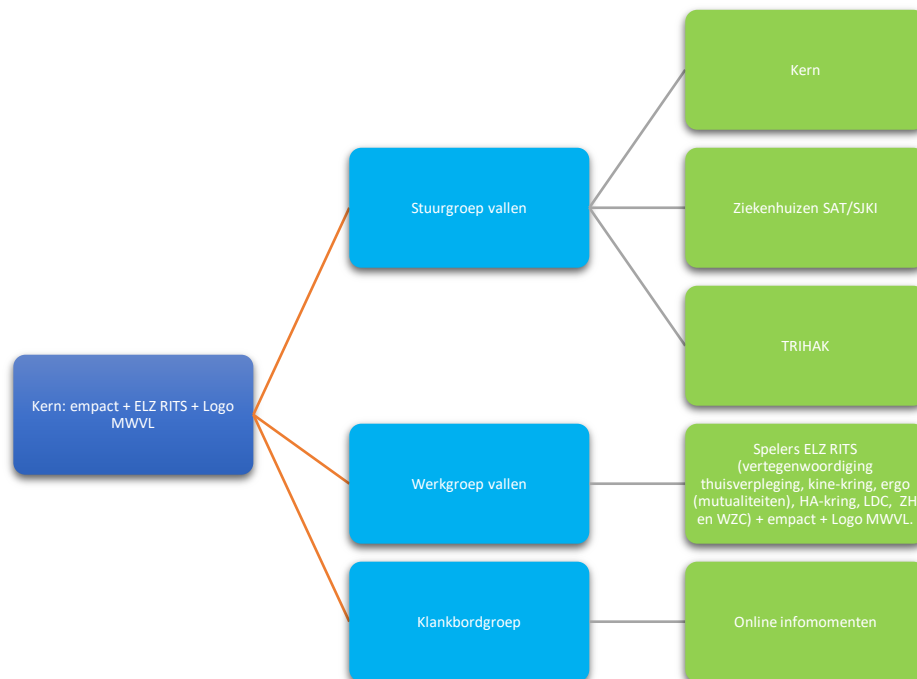
Daar het Logo MWVL kennis en expertise heeft in het thema valpreventie zijn zij een onmisbare schakel in de uitrol van het zorgtraject recidiverend vallen. Valpreventie is één van de thema's binnen de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen die door het Logo opgenomen worden.

Projectresultaten (uitgewerkte tools)

Het project wordt aangepakt in verschillende fasen. De fasen verlopen overlappend. De evaluatie en opvolging worden voorbereid in 2024, maar kunnen pas in 2025 en later opgenomen worden.

Projectmanagement

Opstart project – Inlezen theoretisch model valpreventie – Opzetten projectstructuur: betrekken van Logo Midden-West-Vlaanderen – Uitwerken projectplanning 2024 – Geografische regio in kaart brengen: wie zijn de potentiële partners? – Draagvlak creëren door ruim te informeren over projectplanning en doelstellingen. – Samenstellen van een werkgroep met geïnteresseerde partners die opportuniteit zien.



Diagnosestelling/Objectivering

Onderzoek naar huidig valpreventiebeleid in de eerstelijnszone door middel van digitale enquête en meer diepgaande interviews.

Wie doet wat met betrekking tot screening, evaluatie van valrisicofactoren en uitvoeren/doorverwijzen van/voor interventies? In hoeverre is er transmurale communicatie en coördinatie? Welke belemmerende factoren worden ervaren op het werkveld?

De praktijkresultaten worden vergeleken met het theoretisch kader rond valpreventie: de *Vlaamse richtlijn Valpreventie bij thuiswonende ouderen* van het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen.

Drie knelpunten staan de effectiviteit van valpreventie in de eerstelijnszone RITS in de weg:

1. Te weinig motivatie bij zorgvrager, en bijgevolg ook bij zorgverlener, voor aanhoudende inzet op valpreventie.
2. Te weinig totaalbeeld voor zorgvrager: geen overzicht over geheel van screening/valrisicofactoren/interventiemogelijkheden.
3. Te weinig multidisciplinaire samenwerking, te weinig zorgcontinuïteit.

Ontwikkeling

1. Opstarten werkgroep – Rondetafelgesprekken in 4 werksessies ter uitwerking van een gedragen lokaal valpreventiebeleid.
2. Uitwerking van 2 tools:
 - a. Weekkalender voor gebruik bij de oudere thuis

In deze tool wordt het lokaal valpreventiebeleid in detail beschreven. Om in te spelen op de intrinsieke motivatie van de oudere wordt de oudere rechtstreeks aangesproken. Vertrekpunt in de kalender is een doe-het-zelf valrisicotest op basis van valgeschiedenis en valangst. Alle valrisicofactoren komen uitvoerig aan bod. Het lokaal zorgaanbod ter interventie/aanpak van elke valrisicofactor wordt toegelicht. Grote focus op belang van het zorgteam. Valpreventie = teamwork.

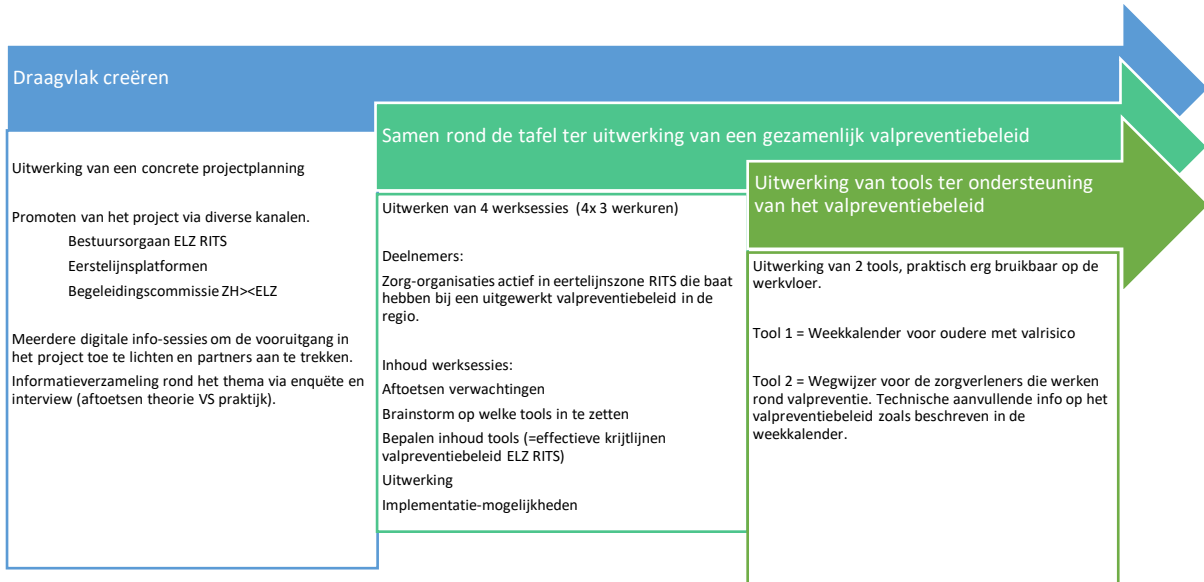
- b. Wegwijzer

Een tool voor zorgprofessionals over het lokaal valpreventiebeleid. De strategie wordt beschreven, de weekkalender wordt toegelicht, de rol van elke zorgdiscipline binnen een compleet valpreventie-zorgteam wordt uitgelegd. Per valrisicofactor is er aanvullende technische informatie bovenop de info in de weekkalender

Implementatie

Grafische vormgeving tools – Uitwerking drukproces tools – Uitwerking implementatieplan

Timeline (2024 en eventueel blik naar de toekomst)



Blik naar de toekomst

Engagementen

- Logo Midden-West-Vlaanderen
- Opvolging/ verspreiding/ update van weekkalender/wegwijzer
- Organiseren jaarlijks thema-overleg (in navolging werksessies)
- ELZ RITS
- Bekendmaking van de initiatieven door het Logo georganiseerd
- Thema valpreventie verder op de agenda van de lokale werkingen

Mogelijke projecten ter opvolging

- Vanuit de werkgroep komt de vraag naar een betere communicatie tussen de gespecialiseerde zorg (ziekenhuisniveau, zorgdisciplines: kine/ergo/thuisvpk) en eerstelijnsmedewerkers (zorgdisciplines: kine/ergo/thuisvpk) in de vorm van een paramedische ontslagbrief. Op vandaag is er enkel de medische ontslagbrief naar de huisarts.
- Eventuele uitrol project Be-empowered van EVV in eerstelijnszone RITS. Zo project wordt verdergezet (2024: pilootfase) + zo voldoende middelen ter beschikking + zo goedkeuring bestuursorgaan ELZ RITS.

SWOT-analyse



Conclusies (blik op toekomst, vaststellingen vb uit cijfers)

De 3 projectdoelstellingen (zie boven) worden behaald in 2024. Een tijdsperiode van 1 jaar is echter kort om een dergelijk project uit te werken met de voorziene middelen.

Het thema valpreventie is op de kaart gezet in de eerstelijnszone. Er is een beginnend draagvlak gecreëerd. Er zijn een aantal partners gevonden die opportuniteit zien in de uitwerking van een lokaal valpreventiebeleid. Het zorglandschap binnen dit thema is echter sterk gefragmenteerd. Het draagvlak moet behouden blijven én het moet groter. Nog veel meer organisaties en zorginstellingen moeten de meerwaarde van dit valpreventiebeleid gaan inzien.

Met de werkgroep werd een concreet en lokaal getint valpreventiebeleid uitgestippeld. Dit beleid wordt in detail uitgeschreven in de beide ontwikkelde tools. De weekkalender is toegankelijk en gebruiksvriendelijk voor de oudere zorgvragers én voor zorgprofessionals. De wegwijzer biedt gebruiksvriendelijke technische ondersteuning van het lokaal valpreventiebeleid aan de zorgprofessional.

Er dient verder ingezet te worden op voldoende verspreiding en gebruik van beide tools in de zorgregio. Dan kan dit lokaal valpreventiebeleid over meerdere jaren vruchten afwerpen.

Regioverantwoordelijke: Petra Lamont

Trekker: Empact – ELZ RITS – Logo Midden-West-Vlaanderen

Projectcoördinator: Mieke Vanheule

Looptijd van het project: januari - december 2024

DRAFT PROJECTFICHE

Afgestemde crisiszorg tussen eerste lijn en geestelijke gezondheid

Situering & noden

- projectoproep vanuit de Koning Boudewijnstichting 2023 met als voornaamste doel het bewustzijn en de competenties bij de brede eerste lijn te verhogen mbt detectie en omgang met crisissituaties.
- de aanbevelingen vanuit een KUL-onderzoek bij netwerk geestelijke gezondheid Kwadraat nl de nood aan uitbouw van een afsprakenkader/zorgtraject mbt crisissituaties, de behoefte aan consulteerbaar aanbod & oog voor meer preventie bij de eerste lijn (oa vroegdetectie)
- bijkomende middelen voor het netwerk ifv intensifiëring samenwerking binnen residentiële crisiszorg
- enkele cijfers uit de Data in Zicht² - oefening 2023/24(registratie aanmeldingsbewegingen in het netwerk) :
 - o 38% van diegenen met stoornissen kregen geen eerdere behandeling
 - o 20% van de personen met suïcidepoging kregen geen eerdere behandeling
 - o 33% van de aanmeldingen verloopt via crisisaanbod (spoed en mobiele crisis teams)

Regio

Het werkingsgebied is afgestemd op de eerstelijnszones en valt samen met drie eerstelijnszones en deze van Empact

- [Eerstelijnszone Midden WVI \(regio Roeselare\)](#)
- [Eerstelijnszone RITS \(regio Izegem - Tielt\)](#)
- [Eerstelijnszone Westhoek \(regio Ieper - Poperinge\)](#)



Missie en visie

We gebruiken het woord “moonshot” om aan te geven dat we mikken op ideale zorgaanbod vanuit besef dat oplossingen voor de huidige uitdagingen mbt (crisis)zorg een radicaal andere manier van denken, werken en financieren vragen. Concreet :

We dromen van een steeds toegankelijk (bekend, beschikbaar en bereikbaar), doelgericht crisiszorgaanbod - vlot afgestemd tussen de diverse schakels binnen de eerste lijn en met de 2° lijn én met oog voor preventie en empowerment van de persoon met ruime aandacht voor familiebetrokkenheid.

Projectdoelstellingen

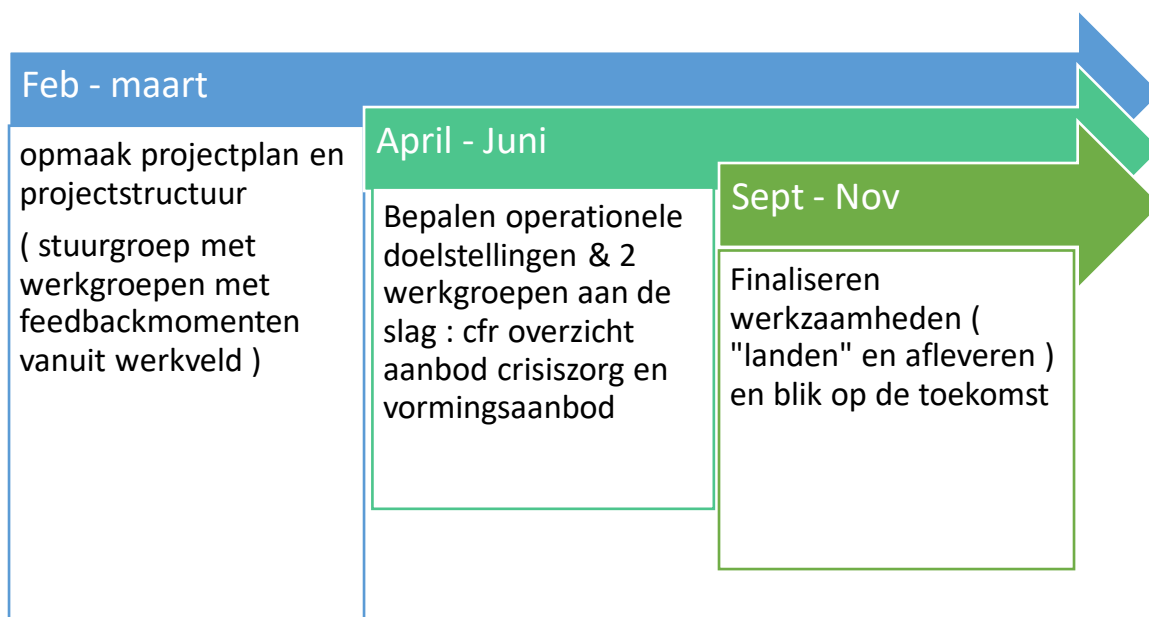
We onderscheiden 2 krachtlijnen waarbij we inzetten op :

- een toegankelijk crisiszorgaanbod : hulpverleners kennen het aanbod dat vlot te bereiken is
- het cultiveren van het levenslang leren (netwerk Kwadraat als een lerend netwerk) : de competenties (= kennis en vaardigheden in de omgang met crisissituaties) bij de hulpverleners in de eerste lijn zijn verruimd

Projectresultaten

- het thema opnieuw op de kaart (zowel voor gg als voor de eerste lijn)
- ontmoeting en verbinding hulpverleners
- het aanbod van crisiszorg overzichtelijk en digitaal in beeld en beschikbaar op de website van netwerk Kwadraat
- we maakten een aanzet om het bewustzijn en de competenties bij de brede eerste lijn te verhogen mbt detectie en omgang met crisissituaties (in de scope van voorjaar 2025) door middel van het aanbieden van :
 - o een fysiek vormingsaanbod
 - o het organiseren van een intervisieplatform voor hulpverleners
 - o een E-learning in functie van verduurzaming van ons project
- we legden hiaten/uitdagingen bloot als signaal voor het netwerkcomité van Kwadraat
- we creëerden 'een sense of urgency' bij de andere Westvlaamse netwerken geestelijke gezondheid om naar een provinciale overeenkomst te evolueren (2025)

Timeline



SWOT-analyse



Conclusies

- realisaties vnl
 - o een aanzet tot geïntegreerd afgestemd crisiszorgtraject
 - o wel steentjes verlegd
- bewustzijn en initiatieven van samenwerking groeit (micro, meso en macroniveau)zowel
 - o binnen de gg – sector
 - o tussen gg en de eerste lijn
- aandacht voor familie-betrokkenheid stilaan meer als evidentie
- cultuurwijziging (cfr onze moonshot) vergt > tijd , ander regelgeving & financiering

Regioverantwoordelijke: Jo Craeymeersch

Projectcoördinatie : in handen van projectgroep olv externe coaches

Looptijd van het project: januari - december 2024

