

BOOST

Praktijkgemeenschap
van buurtreferenten'

Analyse van de vergaderingen
van mei 2019 tot maart 2020
en perspectieven voor de
implementatie van lokale
praktijkgemeenschappen



Un projet coordonné par
Een project gecoördineerd door



Inhoudsopgave

Inleiding	4
1. Context	5
1.1. Historisch overzicht	5
1.2. Organisatie en doelen	5
De organisatie van de PG	5
De doelen van de PG	6
1.3. Samenstelling van de groep	6
2. Werkwijze	7
2.1. Verloop van een vergadering	7
2.2. Bijdrage van de 'Cel Evaluatie'	8
3. Analyse van de inhoud van de vergaderingen	9
3.1. Co-constructie van de functie van buurtreferent (BR)	9
3.1.1. Positieve impact van de PG en gunstige elementen voor de uitoefening van de functie	9
De diversiteit van het aanbod	9
De onderlinge verdeling van kennis en plaatselijke middelen	9
De onderlinge verdeling van vaardigheden en persoonlijke netwerken	9
De kennis van de patiënt en zijn wijk	10
3.1.2. Moeilijkheden bij de uitoefening van de functie	10
Ethische kwesties	10
De beperkingen van de functie en het concept 'tijd'	11
De relationele continuïteit	12
De continuïteit van informatie	12
3.1.3. Raakpunten met andere beroepen	13
3.1.4. De ontwikkeling van het profiel van de functie	15
3.2. De gesprekstool	15
3.3. De begeleidingssituaties van patiënten	16
4. Lessons learned	17
4.1. Samenstelling van de groep	17
4.2. Vrije tijd en arbeidstijd	18
4.3. Bijdragen voor het ziekenhuis	18
4.4. Toolbox	19
4.5. Uitwisselingsplatform	19
4.6. Verzameling van gegevens	20
5. Perspectieven voor de toekomstige lokale praktijkgemeenschappen	21
5.1. Methodologische elementen	21
Samenstelling van de groep	21
Inhoud van de uitwisselingen	21
Definitie van de functie een aansluiting bij andere systemen	22
Tools	22
5.2. Samenwerkingen en implementatie: naar een gedeeld concept en een gedeelde benadering	23
6. Conclusie	25
Bijlagen	26
Bijlage 1: Eerste actie van het BOOST-actieplan	26
Bijlage 2: Agenda per vergadering	27

Samenvatting

In het kader van het proefproject BOOST (boostbrussels.be) werd een praktijkgemeenschap (PG) samengesteld die bijeenkwam tussen mei 2019 en maart 2020. Het voornaamste doel van deze gemeenschap was de co-constructie van de functie van buurtreferent (BR) en de tools die deze functie ondersteunen. Dit verslag analyseert de vorderingen van de PG en reikt perspectieven aan voor de ontwikkelingsfase van nieuwe PG's in 2021.

Tussen mei 2019 en maart 2020 hebben acht vergaderingen van 2 uur plaatsgevonden. Op deze vergaderingen kwamen 5 tot 9 professionals samen: maatschappelijk werkers, gezinshulpverleners, een apotheker, een ergotherapeut, een huisarts, een diëtiste en verpleegkundigen. Twee ziekenhuisreferenten (ZR) hebben deze groep van BR's vervolledigd om de relatie tussen ziekenhuis en woonomgeving te bevorderen.

Vóór elke vergadering werden de deelnemers uitgenodigd om een informatieschema in te vullen op basis van begeleidingssituaties. Tijdens de vergaderingen werden voornamelijk de functie en de tools die deze ondersteunen samen uitgewerkt, werden praktijken uitgewisseld en werd de werking van de PG besproken en bijgesteld.

De PG heeft een positieve impact gehad op de functie van BR en op begeleidingssituaties. Dankzij de PG hebben professionals hun blik op talrijke, diverse aanwezige middelen in het grondgebied verruimd, verder dan de strikt genomen medisch-sociale context, en hebben ze hun kennis van zeer lokale middelen, hun vaardigheden en persoonlijke netwerken gebundeld. Daardoor hebben ze het 'persoonsgebonden' karakter van een begeleiding die 'tot het uiterste' gaat verminderd.

In de praktijk lopen BR evenwel tegen moeilijkheden aan die meestal breder zijn dan de functie op zich. Die uitdagingen zijn inherent aan de uitgeoefende beroepen: ethische kwesties aangaande het patiëntenbelang, beperkingen van de functie en het concept 'tijd' (Hoe ver moet men gaan? Welke taken doet men zelf en welke delegeert men?), de relationele continuïteit die soms verslechtert door de professionele turn-over en het gebrek aan geïntegreerde communicatietools.

Dankzij de PG werd er gereflecteerd over de manier waarop de functie van BR zich verhoudt tot drie beroepen in het bijzonder: de casemanager, de gezinshulpverlener en de ergotherapeut. Daaruit blijkt dat de functie van BR vooral een bepaalde houding inhoudt, de mogelijkheid om zich te baseren op tools en het deelnemen aan een praktijkgemeenschap.

Ten slotte kunnen uit dit verslag nuttige lessen getrokken worden voor toekomstige PG's, zoals de noodzaak om de relatie en de kennis over elkaars activiteiten te ontwikkelen vóór het gebruik van tools om informatie te delen of gegevens te verzamelen, die maar een middel zijn ten dienste van de samenwerking. Evenzo is de samenstelling van de deelnemersgroep een sleutelement met het oog op de uitbreiding van de functie van een klein aantal professionals die zich betrokken voelen bij de complexe situaties naar een functie die het gehele zorgsysteem overkoepelt en in staat is patiënten te ondersteunen voordat hun situatie verslechtert.

Het verslag stelt ook een aantal methodologische opties voor het opstarten van toekomstige PG's voor. Het omschrijft de gemeenschappelijke basis voor alle nieuwe PG's, die zich weliswaar op een autonome manier ontplooiën, maar een gedeeld doel hebben: de functie harmoniseren en bijdragen aan de reflectie in Brussel over de gepersonaliseerde begeleiding van personen met complexe noden en de ontwikkeling van een lokale socio-gezondheidskundige verantwoordelijkheid.




Inleiding

In het kader van het proefproject BOOST (boostbrussels.be) werd een praktijkgemeenschap (PG) samengesteld die bijeenkwam tussen mei 2019 en maart 2020. Het voornaamste doel van deze gemeenschap was de co-constructie van de functie van buurtreferent (BR) en de tools die deze functie ondersteunen.

Er was een reflectiefase gepland met de leden van de praktijkgemeenschap om samen deze eerste fase te analyseren, maar die kon niet plaatsvinden omwille van de onderbreking van de activiteiten tijdens de gezondheids crisis in maart 2020. Daarom is dit document, opgesteld door de coördinatie van het project, gebaseerd op alle verzamelde sporen tijdens de verschillende vergaderingen en voltooit het deze eerste werkfase. Het stelt een analyse voor van de vorderingen van de praktijkgemeenschap om hiervan te getuigen en om perspectieven aan te reiken voor de ontwikkelingsfase van praktijkgemeenschappen in 2021.

Dit document richt zich tot de personen die betrokken waren bij deze eerste praktijkgemeenschap en die in dit verslag het resultaat van hun werk zullen terugvinden, en tot de organisatoren van toekomstige gemeenschappen in oprichting opdat zij kunnen steunen op de verworven ervaring. Dit document richt zich ook tot alle partners van het BOOST-project om de samenhang van de acties te versterken, tot de overheidsinstanties, die een concreet beeld kunnen vormen over de uitvoering van deze activiteit en de activiteiten die ermee verbonden zijn, en ten slotte tot elke lezer die geïnteresseerd is in de ervaring van een praktijkgemeenschap, in innovatie binnen een zorgorganisatie of in het in praktijk brengen van een aanpak van een patiëntgerichte zorg (*Goal Oriented Care*).



Dit document is opgedragen aan Valérie Sockay, begeleidster van levensprojecten bij het Centre Familial de Bruxelles en buurtreferent bij BOOST.

Voor Valérie, die ons op 8 januari zo plots verlaten heeft.

Voor Valérie, een warme, constructieve en altijd positieve vrouw.

1. Context

1.1. Historisch overzicht

In 2017 werd de functie van buurtreferent (BR) omschreven in het dossier voor de kandidatuur van het project als eerste actie van het actieplan: "Deze actie bestaat erin een netwerk te creëren van buurtreferenten die voor de nodige ondersteuning zorgen van de patiënten, de hulpverleners en de zorgverleners om geïntegreerde zorg te bevorderen." Deze actie had meerdere doelen, waaronder de creatie van een 'toolbox' die de BR's moet helpen bij de uitoefening van hun functie en bestaat uit een gesprekstool, een opleiding, een helpdesk, een uitwisselingsplatform en een plaats voor ontmoeting en uitwisseling (zie bijlage 1).

Tijdens de lente van 2019 werden drie opleidingsdagen georganiseerd over de begeleiding van chronische zieke mensen en de functie van buurtreferent voor professionals die als BR deel willen uitmaken van het BOOST-project. De ziekenhuisreferenten hebben zich aangesloten bij de groep. Na deze opleiding heeft een eerste groep een PG gevormd.

De term 'Praktijkgemeenschap' (PG) slaat op een groep gezondheidsprofessionals (psychologisch - medisch - sociaal) die eenzelfde functie verzekeren en gedreven worden door een gemeenschappelijk belang. De PG van buurtreferenten steunt op de ontwikkeling van een gemeenschappelijke aanpak waarin de behoeften van de patiënt centraal staan, in het bijzonder voor kwetsbare groepen.

1.2. Organisatie en doelen

De organisatie van de PG

- **Aantal vergaderingen:** Tussen mei 2019 en maart 2020 hebben acht vergaderingen van 2 uur plaatsgevonden, gemiddeld een vergadering per maand.
- **Plaats:** De ontmoetingen vonden plaats in de lokalen van Brusano (centrum van Brussel).
- **Deelname:** Professionals namen op vrijwillige basis deel aan de vergaderingen.
- **Onkostenvergoeding:** Via een overeenkomst met elke deelnemer werd een onkostenvergoeding voorgesteld per vergadering, op voorwaarde dat de deelnemer er verslag uitbrengt over een concrete situatie die hij of zij heeft ervaren tijdens de begeleiding van een of meerdere patiënten tijdens zijn praktijk en dat hij/zij bijdraagt aan de inclusie van patiënten in BOOST. De federale overheid financiert deze onkostenvergoeding in het kader van het nationale programma 'integreo'.
- **Coördinatie:** De vergaderingen werden georganiseerd en begeleid door een lid van het coördinatieteam van het project. Een tweede persoon heeft voor de Cel Evaluatie van BOOST als observator deelgenomen aan de vergaderingen, waardoor een analyse van de gesprekken en uitwisselingen kon worden opgenomen in dit verslag.

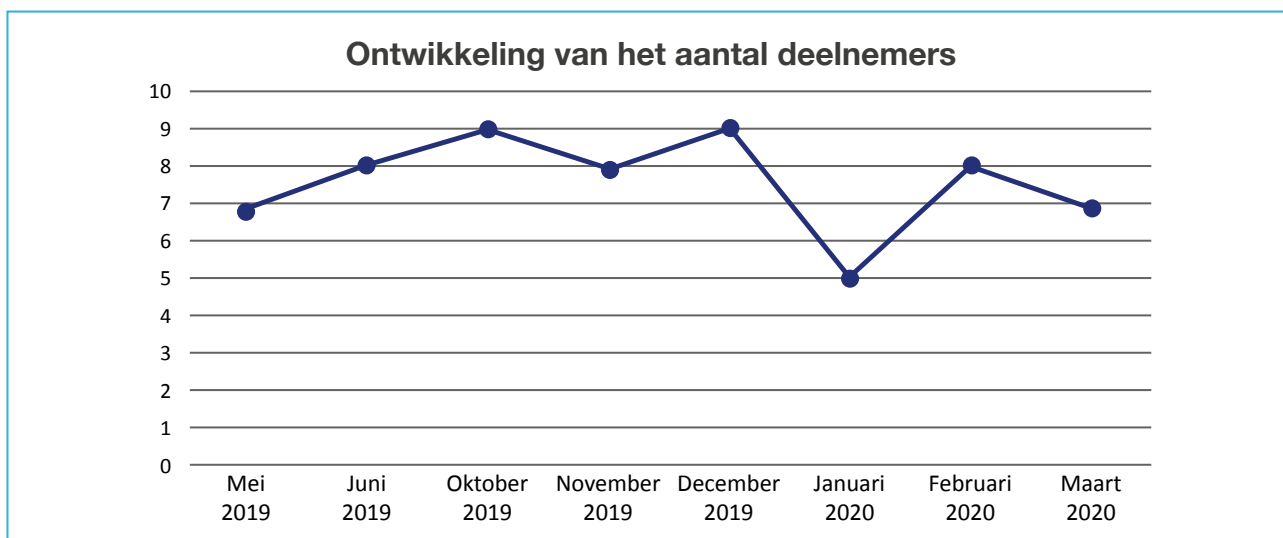
Deze PG werd ondergebracht bij de gehele organisatie van het BOOST-project via zijn link met de 'Projectgroep'. Die laatste deed dienst als stuurgroep van de verschillende acties van het project en maakte een informatie-uitwisseling mogelijk zodat ieder een algemeen beeld had van de dynamiek van de activiteiten. Vertegenwoordigers van verschillende cellen (communicatie, evaluatie, functies) en werkgroepen, waaronder de PG, namen er aan deel.

De doelen van de PG

- De krijtlijnen van de functie van BR omschrijven (rol, aansluiting met de verschillende beroepen).
- De tools in de toolbox die de functie ondersteunen uitwerken en ermee experimenteren.
- Mogelijke oplossingen uitbreiden op basis van concrete gevallen en middelen uitwisselen.
- Goede praktijken bepalen op basis van de analyse van problematische situaties.
- De werking van het netwerk van professionals versterken.
- De inclusie van patiënten in het BOOST-project ondersteunen.

1.3. Samenstelling van de groep

Elke vergadering kwamen er 5 tot 9 deelnemers bijeen (alsook de coördinatoren)



In totaal waren er 14 professionals betrokken bij deze PG. Ze waren allemaal lid van een partnerstructuur of -instelling van het BOOST-project en actief op het grondgebied van het project. Binnen de groep werkte het merendeel van de deelnemers aan huis, en had al een patiëntgerichte houding (GOC).

De PG stond ook open voor 2 BOOST-ziekenhuisreferenten, die actief zijn binnen een van de twee ziekenhuisinstellingen die partner zijn van het project. Die benadering was erop gericht om de relatie tussen ziekenhuis en woonomgeving te bevorderen, dankzij een betere kennis over elkaars activiteiten en een betere samenwerking tussen de buurtreferenten en de ziekenhuisreferenten (ZR). Die ZR zijn als actieve deelnemers opgenomen in de onderstaande tabel, maar hebben in deze testfase van de PG geen onkostenvergoeding ontvangen.

	Kwaliteit	Aantal
Genre	Vrouwen	12
	Mannen	2
Beroep	Maatschappelijk werker	4
	Gezins hulp	3
	Apothekeres	1
	Ergotherapeut	1
	Huisarts	1
	Verpleegkundigen	3
	Diëtiste	1
	BOOST-profiel	Buurtreferenten
Ziekenhuisreferenten		3

2. Werkwijze

2.1. Verloop van een vergadering

In grote lijnen bestonden de vergaderingen uit verschillende soorten activiteiten.

Vóór de vergadering, via e-mail: voorstelling van de agenda en uitnodiging aan de deelnemers om na te denken over bepaalde elementen of om een informatieschema in te vullen met betrekking tot een of twee situaties die ze willen delen met de groep.

Tijdens de vergadering (fysieke samenkomst):

- 1/ Een periode van co-constructie m.b.t. de functie, de inclusie en het systeem van tools: de rol van het coördinatieteam is om het verband met de andere BOOST-ruimten veilig te stellen, zoals de projectgroep of de Plenaire Vergadering, om een samenhangend bestuur te verzekeren en om garant te staan voor het overeengekomen kader binnen het consortium en met de gezondheidsautoriteiten.
- 2/ Een periode van het uitwisselen van praktijken: de deelnemers werden uitgenodigd om een papieren formulier (met eventueel post-its) in te vullen met de volgende elementen:
 - **een** of meerdere beschrijvingen van een situatie die men heeft ervaren bij de begeleiding van een persoon;
 - **kwetsbaarheden** en aandoeningen van de persoon;
 - **gebruik** van de gesprekstool: manier ('mondeling' of met de kaarten), ondervonden moeilijkheden, ervaren meerwaarde;
 - **gestelde** prioriteiten met de persoon;
 - **gemobiliseerde** middelen;
 - Wie mobiliseert het hulpmiddel?

Tijdens de vergaderingen kwam afwisselend het ene of het andere aspect meer aan bod.

De uitwisselingen werden ofwel via rondjes, ofwel via kleine groepjes van 2 of 3 deelnemers georganiseerd, gevolgd door een besprekingsronde in de hele groep.

- 3/ Een periode van **bespreken en bijstellen** van de werking van de PG, met name m.b.t. de vorming van een kader voor de gegevensverzameling en -uitwisseling.
- 4/ Een periode van **voorbereiden** van de belangrijkste elementen die moeten worden gemeld aan de projectgroep (wat een structuur kreeg na de 4^e vergadering: een positief element, een uitdaging, een nieuw element, een oplossing die is ontstaan).

Na de vergadering: twee vertegenwoordigers van de referenten die hebben deelgenomen brengen verslag uit over de elementen die werden vermeld door de PG. De vertegenwoordigers worden gekozen in overleg met de groep, met een mogelijke wissel na 4 tot 6 maanden.

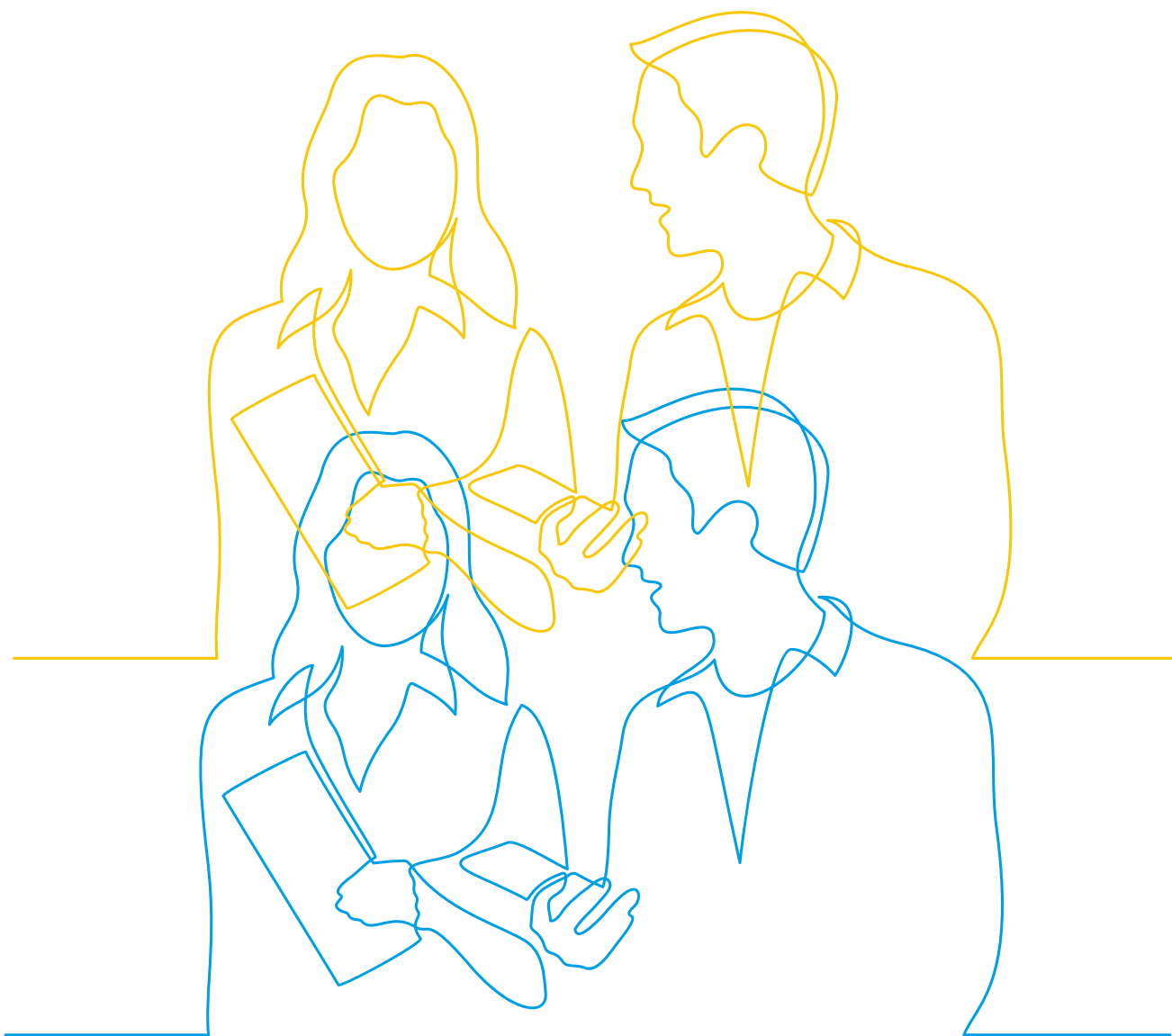
De agenda's zijn gedurende het jaar veranderd, naargelang de reflecties vorderden (zie bijlage 2).

2.2. Bijdrage van de 'Cel Evaluatie'

Conform het dossier voor de kandidatuur, moet de PG, als centrale ruimte van BOOST die een blik werpt op de toepassing van de functies van buurtreferenten en ziekenhuisreferenten, een bron zijn van kwalitatieve gegevens die de algemene, formatieve evaluatie van het BOOST-project moeten voeden.

De « **Cel Evaluatie** » van het project heeft dus in eerste instantie de PG bijgestaan als observator voordat ze in de loop van de vergaderingen tegelijk methodologische steun is gaan bieden voor de begeleiding en de creatie van een tool voor de verzameling van gegevens.

Die gegevens – profielen van patiënten/begunstigden, aandoeningen, kwetsbaarheden, gebruik van de gesprekstoel, naar voren gebrachte prioriteiten, voorgestelde en gemobiliseerde middelen enz. – werden verzameld om te worden geanalyseerd, met het oog op het identificeren van eventuele terugkerende patronen (combinatie van kwetsbaarheden en aandoeningen met de middelen en mobiliseringsvormen van de middelen). Dit corpus werd aangevuld met aantekeningen van de vergaderingen om de opkomst van de functie van BR en haar aansluiting met elk beroep te documenteren



3. Analyse van de inhoud van de vergaderingen

3.1. Co-constructie van de functie van buurtreferent (BR)

3.1.1. Positieve impact van de PG en gunstige elementen voor de uitoefening van de functie

Tijdens de besprekingen hebben de BR's verschillende bevorderende elementen aangebracht, waarvan de belangrijkste de volgende waren: de diversiteit van het aanbod diensten in Brussel, de uiteenlopende vaardigheden van de aanwezige professionals en de aanwezigheid van het netwerk, de grondige kennis van de patiënt en zijn wijk. Dankzij die elementen heeft de PG een positieve impact op de begeleiding van de patiënten.

De diversiteit van het aanbod

Er zijn tal van middelen in Brussel: *"Men beseft dat er middelen bestaan. Door die te reactiveren of ze met elkaar in verband te brengen, is er nog een zekere bewegingsruimte, zelfs wanneer de middelen al aanwezig zijn."* (oktober 2019)¹.

Dankzij de PG's **verbreedt het gezichtsveld van de middelen** en de manier waarop men die waarneemt: *"Dat is omdat men denkt aan activiteiten; en dan moet men denken in termen van sport. Het is niet altijd een sport, maar het is een activiteit, het is ..."* (november 2019). In dit voorbeeld voert het denken in termen van 'sport' naar andere activiteiten, en ook mogelijk naar andere terugbetalingsmogelijkheden die gepaard kunnen gaan met 'medische' terugbetalingen. Bijvoorbeeld lid worden van een sportclub en genieten van de begeleiding door een kinesist. Door die decentreringsring kan meer worden gefocust op het doel van de patiënt en daarna op het analyseren van de mogelijkheden van hulpmiddelen, eventueel buiten zijn gewoonlijke sector, eerder dan het omgekeerde.


De onderlinge verdeling van kennis en plaatselijke middelen

Dankzij de PG's kunnen **plaatselijke middelen** worden verdeeld. Dit ondersteunt de professionals die werken in een groot deel van de regio of de volledige regio en voor wie het onmogelijk is om alle plaatselijke middelen te kennen, vooral als de middelen niet meer behoren tot hun vakgebied. *"Dat is ook moeilijk voor ons. In ons beroep werken weinigen thuis, dus ik werk in heel Brussel en mijn collega's ook, en het is echt moeilijk om alle lokale middelen goed te kennen, te zien wat erachter zit, om een netwerk te creëren"* (november 2019).

De onderlinge verdeling van vaardigheden en persoonlijke netwerken

Een van de gestelde vragen m.b.t. de functie van BR ligt in de capaciteit van de professional om "tot het uiterste van de casus te gaan", d.w.z. er zeker van zijn om rond de begeleide persoon een geheel van hulpmiddelen en/of activiteiten in te zetten die de verslechtering van zijn situatie gaan verhinderen, zijn situatie gaan stabiliseren en idealiter de aanzet vormen voor een groter welzijn. De **uitwisselingen** tussen de deelnemers tonen echter aan dat deze capaciteit zeer afhankelijk kan zijn van de persoon en verbonden is met de vaardigheden en netwerken van elke persoon. Die laatste worden uitgebouwd al naargelang gevolgde

¹ De namen van de deelnemers werden weggelaten om de anonimiteit van hun woorden te behouden.



opleidingen, persoonlijke en professionele contacten, de praktijken van elke persoon en de aanhoudende bijwerking van kennis (bijvoorbeeld wat betreft wetgeving).

Dankzij de onderlinge verdeling van deze vaardigheden en contacten binnen de PG kan deze beperking worden overwonnen en wordt de capaciteit van elke referent voor het begeleiden van zijn patiënten verbreed.

De kennis van de patiënt en zijn wijk

Het werk van de BR vereist een **kennis** van zowel de patiënt als van zijn min of meer naaste omgeving. De leefomgeving waarin het huis van de patiënt zich bevindt, kan een invloed hebben op de gezondheid van de patiënt. De BR dient te letten op deze leefomgeving (afgezien van het huis). *“Als ik in deze wijk werk, schrijf ik altijd het goedkoopste voor en werk ik voortdurend met **forfaits**”* (januari 2020).

3.1.2. Moeilijkheden bij de uitoefening van de functie

De ondervonden moeilijkheden zijn meestal breder dan de functie op zich. Ze zijn inherent aan de uitgeoefende beroepen: ethische kwesties, beperkingen van de functie en het concept ‘tijd’, de relationele continuïteit en de communicatietools.

Ethische kwesties

Meerdere situaties die ter sprake worden gebracht door de BR's omschrijven dat het moeilijk is om te weten hoe te reageren wanneer de omgeving volgens hen ingaat tegen het **belang van de patiënt** (misbruik van vertrouwen, blokkeren van hulpmiddelen, onbegrip enz.) of wanneer de vragen uiteenlopen. Aangezien het ook in het belang van de patiënt is dat zijn omgeving achter hem staat, is het delicaat om tussen te komen. Dit soort situatie verhindert dat de professionals actie kunnen ondernemen: *“Het is een voorbeeld van de grenzen van wat men kan doen... De identificatie van een probleem dat men niet kan oplossen”* (november 2019). *“Geeft men genoeg ruimte aan de patiënt? Wanneer er mensen rond hem staan”* (december 2019).

Dezelfde vraag duikt op wanneer de patiënt dingen vraagt die in strijd zijn met **het belang van zijn fysieke gezondheid**, bijvoorbeeld: *“Wat doet u als een diabetespatiënt u vraagt om voor hem compleet gekke dingen te kopen?”* (november 2019). *“Je kunt mensen niet dwingen om hulp te aanvaarden”* (december 2019). *“Dat is een discussie die we al sinds het begin hebben: hoe ver mag je gaan? Als de patiënt niet geïnteresseerd is? Als de patiënt nee wil zeggen. Vanuit moreel en filosofisch oogpunt: hoe ver mag je gaan?”* (december 2019).

De professionals voelen vaak **verwachtingen** die op hen doorwegen. Ze hebben het gevoel dat ze een oplossing moeten aanreiken. Die gevoelde verwachtingen betreffen de beroepen en gaan verder dan de functie van BR: *“Je moet ook loslaten dat je denkt alles te kunnen regelen”* (december 2019). Het is waarschijnlijk dat de gesprekstoel die perceptie sterker activeert, waarbij niet wordt gegarandeerd dat de gestelde prioriteiten leiden tot oplossingen. Met dit aandachtspunt werd rekening gehouden bij de creatie van de definitieve versie van de tool, de BabbelBoost, in de handleiding.

Door een probleemoplossend standpunt in te nemen, merken de professionals soms dat er uiteindelijk geen vraag is: *“Soms heeft men de indruk dat er een vraag is, maar soms is er geen. Wij voelen ons dan verplicht om alles uit de kast te halen, maar in feite hebben ze het gewoon nodig om het te zeggen. Op een gegeven moment, als het niet lukt, als men merkt dat er geen vraag is, dan stopt men”* (oktober 2019). Kan dit beschouwd worden als een teken dat BOOST de GOC-benadering toepast?

Dan stelt zich ook de vraag om de functie in een wettelijk kader onder te brengen. Zo zijn verpleegkundigen **wettelijk verplicht** om de dokter te verwittigen als de patiënt verschillende opeenvolgende keren de deur niet opendoet. Moet deze verplichting worden uitgebreid naar de BR? In ieder geval: welke positie neemt de BR in deze situatie in? Dit voorbeeld illustreert de noodzaak om te verduidelijken dat de functie wordt toegevoegd aan het basisberoep van de professional en dat deze functie de wettelijke vereisten waaraan de professional in het kader van zijn beroep moet voldoen, niet opheft.

De beperkingen van de functie en het concept 'tijd'

De BR voert een organisatorische taak uit waarvan de **contouren** niet altijd duidelijk zijn, maar die de PG heeft kunnen aan-tonen. Hoe ver moet men gaan? Wat is realiseerbaar of 'gaat te ver'? Informatie verzamelen over de socio-medische situatie van de patiënt, de aanwezige zorgverleners identificeren, de potentiële middelen identificeren (telefoontjes plegen) en luisteren naar de persoon zijn voorbeelden van taken die de BR's uitvoeren.

Bovendien is de BR vaak het **gemobiliseerde middel en mobiliseert de BR** andere middelen.

Deze organisatorische taak vergt tijd. Eerst en vooral is er de tijd die nodig is om **de fakkel aan iemand anders door te geven**. Aangezien de BR de persoon en zijn situatie goed kent, is het delicaat om een compromis te vinden tussen de tijd die nodig is om de situatie en wat er moet gebeuren uit te leggen aan iemand anders en het **zelf doen**. *"Ja, er zijn verschillende zorgverleners geweest, maar uiteindelijk ken jij de persoon goed en is het veel eenvoudiger dan alles opnieuw aan iemand uit te leggen"* (november 2019).


Hetzelfde geldt voor de ZR's, die de patiënten voorlopig begeleiden tijdens hun ziekenhuisverblijf en die de fakkel willen door-given zodra de patiënt terugkeert naar huis: *"Men bevindt zich niet in de situatie dat men de relatie kan bevorderen met een buurt-referent die niet bestaat. En dus wordt de ziekenhuisreferent de buurtreferent"* (maart 2020). De fakkel doorgeven onder **BOOST**-professionals en leden en niet-leden van BOOST wordt in vraag gesteld. Voor sommigen lijkt het moeilijk om de functie van BR uit te leggen opdat iemand die zich herkent in deze rol in eerste lijn de fakkel van de ZR kan overnemen. Een BR kan de link hebben gelegd door een patiënt de BOOST-kaart te geven zonder alles te moeten uitleggen.

Als er bovendien een **tekort** is aan de nodige diensten, wordt het moeilijk om de fakkel door te geven, zelfs al heeft de GOC-be-nadering de patiënt het nodige vertrouwen gegeven om stappen te ondernemen. Het probleem bestaat er ook in om niet de plaats in te nemen van een gratis of forfaitaire dienst (zoals die van het ziekenfonds), als men eraan twijfelt of de dienst effectief zal worden geleverd. *"Zelfs in het rust- en verzorgingstehuis is men zich ervan bewust dat het echt ontbreekt, er is geen psycholoog of psychologische ondersteuning. Als buurtreferent heb ik contact opgenomen met verschillende instellingen, maar het loopt op niets uit omdat ze volgeboekt zijn, geen beschikbaarheid hebben en de opvolging niet kunnen organiseren"* (november 2019). "Men brengt hen hiertoe, omdat men zich ervan bewust is dat er een probleem is. En dan zeggen de mensen: 'Ja, het is waar, het zou niet slecht zijn dat ik me laat verzorgen'. En dan schiet men in actie. Men belt alle centra: *'Maar men neemt ons niet!'. Zelfs ambulante, hebt u alstublieft niet een uurtje vrij in uw planning? Een keer per maand? Nee, dat hebben ze niet! Dat hebben ze niet en dat is verschrikkelijk, want eindelijk is de persoon erin geslaagd om zich een beetje kwetsbaar op te stellen, is de persoon klaar om een opvolging te aanvaarden, en men kan hem niets aanbieden"* (november 2019).

De pogingen om de fakkel door te geven en stappen te ondernemen kunnen ook mislukken om redenen waarop BR's weinig grip hebben. De 'juiste' persoon vinden is een andere uitdaging voor de BR's. *"Wat is de 'juiste' persoon? Wat gebeurt er wanneer politiek incorrecte criteria in het spel komen?" "De juiste persoon is gewoon iemand met wie je het goed kan vinden." "Er zijn mensen die nog steeds erg gericht zijn op de huidskleur. Dit dwarsboomt wat men wil organiseren. Mensen van een andere generatie verwachten andere manieren. Er is een generationele of educatieve schok. De mensen zijn 'veeleisend'"* (oktober 2019).

Vervolgens is de tijd die wordt uitgetrokken voor **specifieke vragen in complexe situaties**² belangrijk. *"De middelen waren goed geïdentificeerd, want er waren meerdere offertes van bandagisten. Maar er waren nog talrijke stappen te ondernemen. De obstakels waren erg belangrijk: de mensen praatten geen Frans, maar Chinees. Ik moest me voor 200% inzetten: opnieuw starten, verduidelijken, de maatschappelijk werker van het ziekenfonds erbij betrekken (...) er moesten een ongelooflijk aantal documenten en e-mails uitgewisseld worden. (...) Alle stappen die verbonden waren met de aankoop van hulpmateriaal nemen ontzettend veel tijd in beslag voor de buurtreferent. Ik was zeer overbelast"* (november 2019).

² Over de contouren van de 'complexiteit' van situaties van patiënten en begeleidingssituaties, zie: Face à la complexité des soins : adaptation du cadre stratégique du RML-B, RML-B, november 2017



De tijd die ten slotte wordt uitgetrokken voor de communicatie tussen professionals onderling rond de patiënt wordt uitgebreid. *“Het aantal uitgewisselde documenten en e-mails is zeer, zeer groot +++” - Word je betaald voor al die extra uren? (lacht). - Hou op, dat is onzin!”. “Daar heb ik toch 1 uur voor nodig gehad: anamnese + telefoontje... Maar als men begint te bellen voor alle patiënten, dan heeft men geen tijd meer...”* (december 2019).

In bepaalde situaties besteedt de BR niet alleen veel van zijn tijd, maar bovendien zijn de resultaten niet overtuigend. In een voorgestelde situatie bijvoorbeeld heeft de referent er tijd aan besteed om een tolk te laten komen tijdens een consultatie, maar de dag zelf had de dokter vertraging en kon de tolk niet blijven. Bijgevolg was de opvolging niet mogelijk, was de dokter gefrustreerd en heeft de referent tevergeefs al deze stappen ondernomen.

De relationele continuïteit

Een andere ondervonden moeilijkheid is die van de belangrijke en actuele turn-over in teams in de Brusselse socio-gezondheidskundige sector. *“Wat als een verpleegster stopt met werken in een coördinatiecentrum? Geen follow-up!”* (maart 2020). Terwijl de functie van BR steunt op een vertrouwensband die des te belangrijker is voor een fragiel en kwetsbaar publiek, moeten patiënten zich vaak aanpassen aan veranderingen binnen de verzorgings- en sociale teams, moeten ze zich elke keer opnieuw voorstellen, opnieuw kennismaken, de situatie uitleggen, opnieuw en opnieuw. De relationele continuïteit schiet er vaak bij in.

De continuïteit van informatie

Hoe kunnen de andere professionals worden geïnformeerd over het werk dat door de BR of ZR wordt gerealiseerd? Het gaat om een terugkerende moeilijkheid, als zodanig vermeld. De vraag van communicatie tussen professionals stelt zich ook buiten de functie van referent, ook voor het BOOST-project. In dit opzicht bestaat de moeilijkheid voor de BR erin om te worden geïdentificeerd als BR door andere professionals, of ze nu lid zijn van BOOST of niet, en om toegang te hebben tot informatie die nuttig is voor andere zorgverleners of dienstverleners van het netwerk of deze ter beschikking te stellen. Men stelt in de praktijk vast dat er een overzicht nodig is van het netwerk van de persoon en een communicatiemiddel voor iedereen om een algemene visie te verzekeren. *“Andere zorgverleners moeten op de hoogte zijn van het GBP³ en de prioriteiten”* (februari 2020).

Welke informatie moet worden doorgegeven, aan wie?

De voornaamste informatie die wordt vermeld door de professionals en die ze zouden willen doorgeven of ontvangen, is die informatie die zij zelf of anderen hebben geobserveerd.

- Informatie over de toestand van de patiënt: Het gaat over mededelingen over de opvolging (bijvoorbeeld op het vlak van dieet), over een lijst van wat de patiënt wel en niet mag eten, over voorbeelden die de opvolging door de BR kunnen helpen. Zo is het ook van belang om bepaalde aandachtspunten door te geven: *“Als er terugkerende vragen zijn. Als het niet echt een noodgeval is. Als er altijd dezelfde soort vragen zijn. Als het een patiënt is die de neiging heeft om altijd hypo's of hypers te hebben... Als de patiënt een hypo heeft...”* (november 2019).
- Informatie over de middelen van de patiënt: Wat kan hij doen en wat niet? Wat zijn de materiële, cognitieve, fysieke en psychologische middelen? *“(...) de patiënt wordt snel geklasseerd als niet inschikkelijk, maar in feite besef je dat hij in veel situaties niet de middelen heeft om inschikkelijk te zijn. Zoals: hij komt twee keer niet op een afspraak, dus hij is niet inschikkelijk. En men vraagt zich niet af waarom hij niet inschikkelijk is. Er zijn zeer waarschijnlijk dingen die meespelen en die kunnen worden verbeterd waardoor hij inschikkelijker zou kunnen zijn”* (november 2019).
- Informatie over het huidige netwerk: *“Men zou onderaan het nummer van de coördinerende verpleegkundige in diabetologie in het ziekenhuis kunnen noteren. Zodat er een directe lijn is met iemand die de patiënt kent en op een zeer gerichte manier kan antwoorden”* (november 2019).
- Informatie over de te realiseren acties: Het gaat over het omschrijven wat men is overeengekomen om te doen, wat op de dag zelf gepland is en beslist voor/met de patiënt.

³ Gepersonaliseerd begeleidingsplan: het gaat over de gesprekstoel die nu Babbelboost wordt genoemd.

Beoogde oplossingen om het doorgeven van informatie te ondersteunen

De oplossingen voor communicatie die de deelnemers hebben vermeld, zijn:

- Handgeschreven informatie op de koelkast of in een doos in de koelkast.
- Elders bestaande oplossingen: *“Dan valt men terug op het communicatieboekje, met de contactpersonen. Bij het thuishospitalisatieproces is dit al het geval (...) In feite heeft men een thuis een patiëntendossier nodig zoals men die heeft in rusthuizen. Men heeft een multidossier nodig...”* (november 2019).
- Systematisch een e-mail sturen naar de HA nadat men thuis is langs geweest.
- *“Men moet denken aan een schriftje voor algemene communicatie. De SA's hebben schriften voor onderlinge communicatie. Ik heb een schriftje nodig dat ter plaatse blijft”* (februari 2020). Een ter sprake gebrachte optie is om zich te baseren op het communicatieschriftje dat wordt gebruikt voor palliatieve zorg (februari 2020).

Welke rol voor de patiënt?

Het blijkt dat de professionals er de voorkeur aan geven om de overdracht van informatie thuis of tussen thuis en ziekenhuis te systematiseren zonder te rekenen op de patiënt (of zelfs zijn mantelzorgers). De patiënten bij wie de vraag zich stelt, zijn immers voornamelijk patiënten die deze taak van overdracht, minstens tijdelijk, niet kunnen verzekeren: *“Men heeft te maken met patiënten die niet noodzakelijk kunnen volgen wat men hen gezegd heeft te doen in het ziekenhuis”* (november 2019).

Niettemin lijkt het relevant en noodzakelijk om een spoor te laten van zijn eigen werk bij de patiënt. *“Laat de patiënt baas blijven over zijn traject. Noteer ergens wat hij heeft gedaan, waar hij zich bevindt. Ik laat een bericht achter waarin ik zeg wie ik ben, wat ik gedaan heb, waarin we zijn gevorderd”* (februari 2020). *“In feite voert men een traceerbaarheid in”* (februari 2020).

Informeren/informatie uitwisselen volstaat niet

Informatie uitwisselen over wat men is overeengekomen te doen impliceert dat men eerst samen beslist over wat er moet gebeuren. Dit kan men bijvoorbeeld doen tijdens multidisciplinair overleg (NB: momenteel niet gefinancierd in Brussel). Vervolgens moet men verzekeren dat iets wordt gedaan met dit overleg en dat er wordt opgevolgd zodra de referent zijn taak van monitoring en preventie heeft uitgevoerd. *“Zelfs de dokter, soms belt men hem op en zegt men: ‘Uw patiënt heeft de deur niet opengedaan vandaag en ik wil u gewoon zeggen dat dit al de derde keer is en dat...’ En het probleem is dat er geen opvolging is, zie je?”* (november 2019).

3.1.3. Raakpunten met andere beroepen

Hoe sluit de functie van referent zich aan bij de aanwezige beroepen? Op welk moment moet men doorverwijzen naar andere professionals? De vraag rond het beheer van de tijd voor complexe gevallen heeft de onzekerheid aangetoond die weegt op de doorverwijzingen (moment, garantie van opvolging). Voor bepaalde complexere situaties is mogelijk de tussenkomst van een casemanager nodig, vooral wanneer de persoon zelf tijdelijk of blijvend de gehele coördinatie of een deel ervan (waaronder contacten enz.) niet voor zijn rekening kan nemen. Er zijn reflecties naar voren gekomen over de manier waarop de functie van BR aansluit op de verschillende beroepen, en dit voor drie beroepen die aanwezig zijn in de PG: de casemanager, de gezinshulp en de ergotherapeut.



De casemanager

Tal van patiënten waarvan de casus werd besproken, bevinden zich in een situatie waarin ze zelf moeilijk de nodige stappen kunnen zetten in de zoektocht naar een oplossing, diensten en hulp. Het is voor deze patiënten dat de BR extra tijd nodig heeft en in deze gevallen komt de functie van BR dicht in de buurt van casemanagement. Het is belangrijk om deze patiënten (of dit moment van hun leven) te identificeren om door te verwijzen naar een casemanager. Het kan ook dat bepaalde BR's zelf de functie van casemanager vervullen en dus zorgen voor de coördinatie van de zorgverlening en van het netwerk. Zoals reeds vermeld vindt men het vaak moeilijk om duidelijke grenzen tussen de functies te bepalen. *“- Wat je daar hebt gedaan, behoort meer tot het domein van de casemanager. - Ja, dat kan casemanagement zijn, maar het is ook waar dat het materiaal erg specifiek was, dus het behoorde ook helemaal tot mijn specialiteit” (november 2019). “Dus in welke mate moet men niet de coördinatie tussen iedereen op zich nemen?” (februari 2020).*

De gezinshulp

In het geval van de gezinshulp probeert de BR te onderscheiden wat deel uitmaakt van het beroep en wat niet, bijvoorbeeld wat betreft de opvolging van administratieve taken en de administratie in orde maken. *“Als buurtreferent neemt men op een andere manier zijn tijd met de patiënt. Wat hij me zegt, raakt ook aan mijn functie. Ik zet een andere pet op over mijn pet heen” (februari 2020).*

De ergotherapeut

“Soms gebruik ik geen kaarten {van de gesprekstool}, maar praten we. Ik vraag hen om drie problemen te identificeren. Soms vermengt zich dat met wat ik doe als ergotherapeut. Het is de verlenging van je job” (maart 2020).

Deze drie voorbeelden van hoe de functie van BR zich aansluit bij een specifiek beroep tonen aan dat de functie van BR vooral een bepaalde houding inhoudt en de mogelijkheid om zich te baseren op tools en een praktijkgemeenschap. In talrijke gevallen (gezinshulp, ergo) is het moeilijk om het onderscheid te maken tussen het beroep van de persoon en de functie van BR. Heeft de kwaliteit van de buurtreferent die gedragen wordt door de professional iets veranderd in de in de PG besproken begeleidingssituaties?

Het blijkt dat sommige BR's bij de toepassing van hun functie in eerste instantie de verantwoordelijkheden verbloemen of 'hun identiteit verhullen' en dus hun werkelijke functie niet noemen. Ze maken zich zo **ambassadeurs van de functie** en moedigen hun collega's aan in deze positie, maar zonder hen ertoe te brengen om zich onmiddellijk te identificeren als BR.

In overeenstemming met de bestaande observaties over de verspreiding van innovatie⁴, stelt men vast dat de deelnemers van de PG op deze manier optreden als 'Early adopters' door de functie te testen en door te proberen ze te verspreiden naar een uitgebreidere groep, namelijk een 'early majority' die zichzelf niet kent (zie infra).

⁴ Rogers, Everett M. (1962). Diffusion of Innovations. Free Press of Glencoe, Macmillan Company.

3.1.4. De ontwikkeling van het profiel van de functie

Dankzij de geobserveerde uitwisselingen tijdens de ontmoetingen kan de definitie van de functie opnieuw worden uitgedacht. Bepaalde elementen bevestigen het profiel van de functie, of stemmen net tot nadenken over hun relevantie:

Ontvangen, luisteren: Het probleem kunnen benoemen en een plaats geven: "Het is ten minste benoemd". De persoon kan op deze doelstelling terugkomen op het moment dat hij daar klaar voor is.

Monitoren, voorkomen, anticiperen: De functie impliceert niet noodzakelijk dat men veel tijd besteedt aan rechtstreekse begeleiding. *"Zorgen voor een soort monitoring, bijzondere aandacht voor de opgenomen patiënt"* (oktober 2019). *"Men moet werken aan preventie. De aanwezigheid bij deze dame blijft een bescherming voor haar, zelfs als we ons zeer machteloos voelen in deze situatie. En anticiperen, omdat u toch dingen kunt detecteren"* (november 2019).

Grenzen stellen en de fakkel doorgeven: "Ik leg mijn grenzen uit aan de persoon. Wat ik kan doen en wat niet. Soms blijft de persoon stilstaan bij een of twee prioriteiten. Ik heb hem in contact gebracht met een begeleidster van levensprojecten. Ik heb een ontmoeting met de kinderen voorgesteld. Daar heb ik mijn grenzen gesteld. Het is in staat zijn om te zeggen waar onze opdracht stopt" (maart 2020). *"Misschien moet men op een gegeven moment bepalen wanneer de buurtreferent moet doorverwijzen naar een andere professional, wanneer het niet zijn taak is, en hoe men dit kan doen?"* (november 2019).

Een veelomvattende en variabele taak: zich met zo ongeveer alles inlaten, de gaten opvullen, zijn rol in strikte zin achterwege kunnen laten en daar aankloppen waar men moet aankloppen om de situatie op te lossen. *"Als ik een SA van de gemeente opbel, ligt dat buiten mijn takenpakket"* (januari 2020). *"Als de mensen zeggen dat ze geen info hebben gekregen bij de SA, gaan ze bijgevolg niets meer vragen aan de SA. Als het niet lukt, ga ik elders kijken. Niemand houdt zich ermee bezig om het document af te drukken om naar het ziekenfonds te sturen"* (januari 2020). Men moet een variabele functie creëren, afhankelijk van het beroep dat de functie vervult.

Opvolgen en evalueren: aangezien de beroepen die de functie vervullen divers zijn en dicht bij de kwetsbare bevolking staan, brengen de buurtreferenten voortdurend observaties aan de oppervlakte die nuttig zijn om het aanbod af te stemmen op de vraag. Nochtans stellen de thuisactoren vast dat de evaluatie van de actie weinig wordt geanalyseerd: *"Observatie, actie, evaluatie: dat gebeurt in de ziekenhuizen. Men heeft de observatie, men heeft de actie, maar niet de evaluatie (= de follow-up)"* (februari 2020).

3.2. De gesprekstoel

Dankzij de tool is er een **begin of een opening** mogelijk, een ander gezichtspunt dan het medische. Dat vraagt een veranderde houding. Het effect van de gesprekstoel kan dubbel zijn: zelfs in het geval dat de situatie van de patiënt niet evolueert door de tool, leidt het gebruik ervan tot een aanpassing van het gezichtspunt van de professional en de filters waarmee de professional de situatie van de patiënt analyseert. *"Met of zonder GBP, het feit dat ik de kaarten gezien heb, opent voor mij toch perspectieven vind ik, zelfs wanneer ik ze op dat moment niet gebruik. Het probleem is dat wanneer je je basisfunctie hebt, je je daarin stort. Ik heb slechts een medisch gezichtspunt als basis, en met al deze kaarten denk ik eraan om andere vragen te stellen, wat ik nooit had gedaan als ik de GBP niet in handen had gehad"* (november 2019).



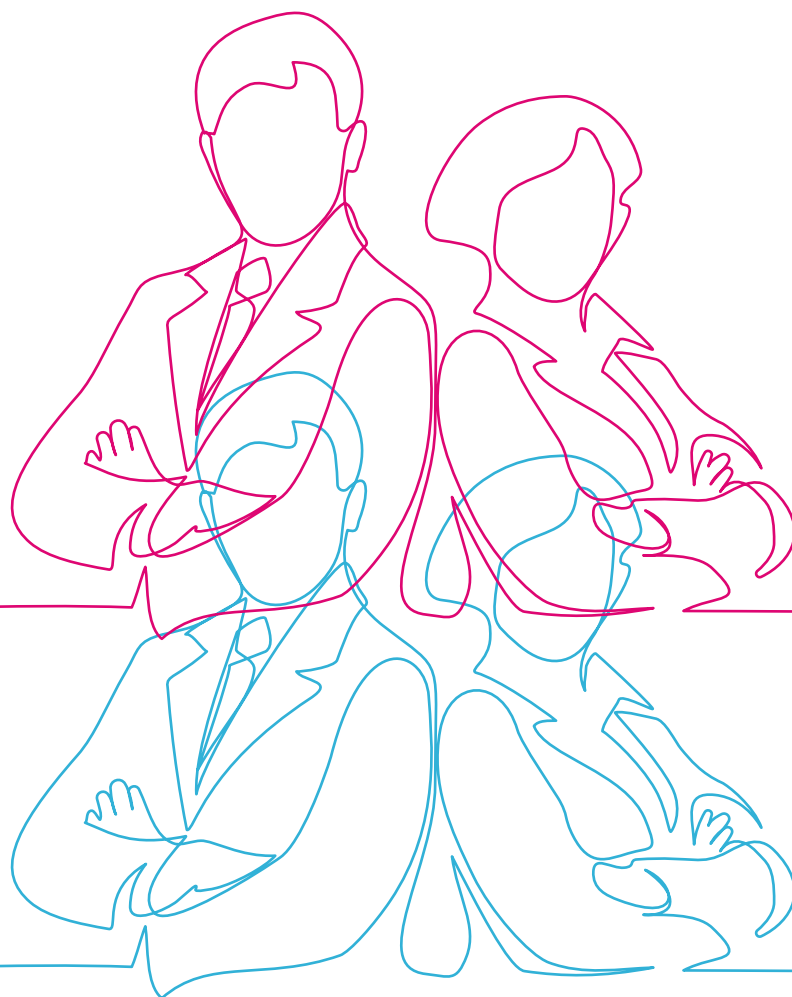
3.3. De begeleidingssituaties van patiënten

Tijdens de vergaderingen hebben de deelnemers verteld over **42 begeleidingssituaties** van patiënten, waarin ze de functie van buurtreferent hebben uitgeoefend.

Ter herinnering: het gaat om meegemaakte situaties met patiënten die voldoen aan het BOOST-profiel, namelijk patiënten die een of meer aandoeningen hebben, waaronder diabetes, chronische nierinsufficiëntie, cardiovasculaire ziekten (waaronder arteriële hypertensie) en COPD. Er zijn kwetsbaarheidscriteria verbonden aan die aandoeningen: polypathologie, polymedicatie, financiële moeilijkheden (IGO of OCMW), sociaal isolement, heropnames, psychische problemen enz. De analyse van begeleidingssituaties van patiënten heeft echter een geheel van bredere socio-economische kwetsbaarheden overwogen, zoals taalproblemen of de afwezigheid van een verblijfsvergunning die de aanwezigheid op Belgisch grondgebied regulariseert.

Men stelt vast dat de **financiële moeilijkheden** (18 keer genoemd) het vaakst voorkomen in de gemelde situaties. Daarna komen **geestelijke gezondheidsproblemen** (15 keer genoemd) en **isolement** (14 keer genoemd). De **taalbarrière** (5 keer genoemd) is ook een vaak voorkomende kwetsbaarheid die de begeleiding van personen en hun toegang tot zorg bemoeilijkt.

De vermelde begeleidingssituaties zijn het onderwerp van een lopende analyse, in het kader van een eindwerk dat in juni 2021 zal worden voorgesteld. Dankzij deze analyse zullen de verschillende prioriteiten die de patiënten en de referenten ter sprake hebben gebracht aan de hand van de gesprekstoel kunnen worden aangetoond, alsook de gemobiliseerde middelen en de bijzonderheden over de mobilisering van die middelen.



4. Lessons learned

In dit hoofdstuk trekken we meerdere lessen die de volgende PG's de weg kunnen wijzen.

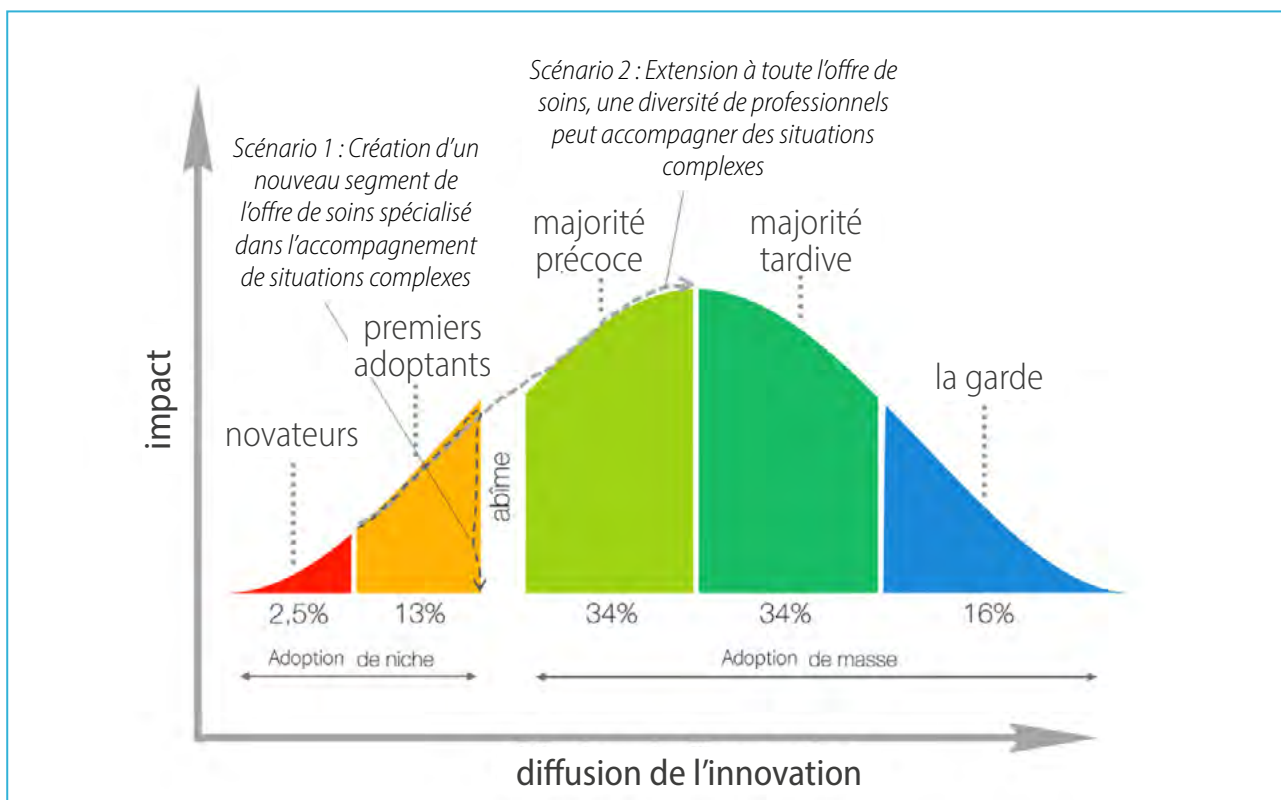
4.1. Samenstelling van de groep

De groep telde een groter aandeel maatschappelijk werkers en gezinshulpen, terwijl de andere beroepen minder vertegenwoordigd waren. Hierdoor kon men grondig de manier onderzoeken waarop de functie zich kan aansluiten bij beroepen van de sociale sector, terwijl de aansluiting van de functie bij andere beroepen nog meer onderzocht kan worden.

De deelnemers vertellen over bijzonder **complexe** situaties van patiënten, ver van 'algemene' situaties. Mogelijk ligt er een bias in het feit dat in deze testfase eerder diegene referent was die het inclusieproces en de BOOST-tools beheerste, dan diegene bij wie de patiënt mogelijk voordeel kon halen bij het BOOST-project. Diegenen die de tools beheersen, trekken patiënten in een complexe situatie aan. Momenteel is er een risico dat de patiënten worden geleid naar professionals die hun gevallen beheersen en dat er 'specialisten van het BOOST-profiel' worden gecreëerd, zoals het geval is voor andere specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld de precare patiënten naar Dokters van de Wereld of het MASS). Of dat het de ambitie is om elke professional uit te rusten zodat hij de begeleiding van een patiënt in een complexe situatie kan voortzetten, zonder deze meteen al door te verwijzen naar een 'specialist van complexe situaties'.

Volgens bepaalde referenten zou de samenstelling van de groep een andere bias kunnen hebben, aangezien de deelnemende referenten 'al' een 'GOC'-houding hebben, anders gezegd, de PG 'preekt voor eigen parochie'.

Die reflecties suggereren dat de functie van buurtreferent zich op een kruispunt van het innovatieproces bevindt, namelijk 'de kloof' in het onderstaande schema, geïdentificeerd als de 'moeilijke overgang' naar de verspreiding van de innovatie:



Source : Labokhi.ch sur base de Rogers, Everett M. (1962). Diffusion of Innovations. Free Press of Glencoe, Macmillan Company.



Vanaf deze 'kloof' zijn twee scenario's mogelijk:

Scenario 1: de 'early adopters' worden beschouwd als specialisten van complexe situaties en trekken dergelijke situaties naar zich toe, waardoor ze zo een nieuwe 'niche' creëren in de doelgroepen en hun problematieken. Dan mislukt de overgang naar een *early majority*.

Scenario 2: de functie wordt aangenomen door een early majority, dit wil zeggen door diverse professionals (disciplines, structuren, onafhankelijke dienstverleners), die verschillende soorten situaties begeleiden (niet enkel complexe situaties). Dat is het succes van een innovatie die voortaan aanwezig is in het hele zorg- en begeleidingsaanbod.

In de toekomst zou een manier om de samenstelling van de praktijkgemeenschap te doen evolueren en 'de kloof' te overbruggen interessant kunnen zijn om professionals aan te trekken die meer gevarieerde profielen begeleiden. De diversiteit van de beroepen die de functie uitoefenen en deelnemen aan PG's is immers essentieel in het licht van de problematieken die personen in complexe situaties ondervinden: psychische problemen, huisvesting, geen toegang tot rechten enz.

4.2. Vrije tijd en arbeidstijd

Het is belangrijk om de uitwisselingen te structureren in het licht van de doelstellingen van de PG, met het risico dat men de PG gaat verwarren met een intervisie. De deelnemers maken immers complexe, soms vanuit een ethisch standpunt tragische situaties mee die emotioneel zwaar zijn, en voelen de behoefte om het gewicht van deze situaties te delen. Door een **moment om vrij te spreken** in te plannen, eventueel in het begin van de vergadering, wordt dit fenomeen erkend en is er plaats voor gemoedelijkheid, die ook bijdraagt aan het uitbouwen van een wederzijds vertrouwen.

Zodra dit moment afgesloten is, moet de begeleider erop letten om te blijven focussen op de oplossing van de problemen en om de groep opnieuw te richten op de ervaren complexe situaties. De PG is immers vooral een plaats voor co-constructie. *"Het doel bestaat er niet in om een multidisciplinair overleg te plegen. Dat wordt al veel gedaan. Men wil de werking van de buurtreferent bekijken"* (december 2019).

4.3. Bijdragen voor het ziekenhuis

Er zijn tal van voordelen van de PG. We noemen er enkele:

Op het niveau van de **patiënten**:

- Continuïteit van de zorgen: verbetering van de aansluiting tussen de diensten en de sectoren, waardoor het zorgparcours vlotter verloopt
- Luisteren: dankzij de gesprekstool durven mensen noden uitdrukken die ze tot dan nog niet hebben uitgesproken
- Veerkracht van de persoon: door de nadruk te leggen op een wens van de persoon, ontwikkelt hij vaardigheden en krijgt hij meer zelfvertrouwen (bv.: Frans leren)
- Levenskwaliteit: stappen ondernemen die een rechtstreekse impact hebben op het welzijn van de persoon (bv. opnieuw zwemlessen nemen, een reis organiseren)

Op het niveau van de **professionals**:

- Netwerkvorming en kennis over elkaars activiteiten: de professionals van verschillende beroepen, praktijken en activiteitensectoren leren elkaar kennen
- Ontdekking van onbekende middelen: de voldoening om tegemoet te kunnen komen aan de verzoeken van patiënten
- Opening naar andere werkterreinen: deblokkering van complexe situaties



4.4. Toolbox

Een deel van de situaties die werden besproken in de PG zijn complexe situaties. Andere zijn dat niet, maar kunnen dit wel worden als de vraag van de persoon niet wordt gehoord. De BR speelt in dit geval een preventieve rol, door de verslechtering van situaties te vermijden. De **toolbox** is essentieel voor de uitoefening van de functie van BR en voor een houding die gericht is op de doelen van de patiënt.

Al naargelang de uitwisselingen hebben de deelnemers de domeinen aangegeven waarvoor ze meer kennis nodig hebben (theorie, wetgeving, beschikbare middelen in Brussel) om beter te kunnen omgaan met situaties waarmee ze te maken krijgen: medisch materiaal, voeding, tolken en interculturele bemiddeling, socioculturele activiteiten en dagelijkse activiteiten (met overlappingsen tussen sport en gezondheid, cultuur en sociabiliteit enz.).

Dit komt bij de nodige steun bij het gebruik van de gesprekstoel en de luisterhouding, waardoor de patiënt zijn noden of moeilijkheden kan vertellen aan een professional die hij vertrouwt (de BR), zelfs als de vraag niet specifiek behoort tot de beroepsvaardigheden van deze professional. Die houding is er niet op gericht om mensen te dwingen tot zich koste wat kost aan te passen aan de logica van ons zeer complex gezondheidssysteem, maar om hen een toegangspoort te bieden om vervolgens samen verder te gaan. De BR's zijn vragende partij om te worden opgeleid en begeleid bij het luisteren naar en de opvang van problematieken die hen onstabiel kunnen maken en machteloos kunnen doen voelen (psychische problemen, seks- en gevoelsleven, huiselijk geweld enz.).

Ten slotte is het interessant om te vermelden dat de BR's weinig gebruik hebben gemaakt van de telefonische helpdesk en het repertorium Sociaal Brussel. Dit ondanks dat het moeilijk is om soms middelen te identificeren in het Brusselse landschap en ondanks de tijd die wordt besteed aan het vormen van een netwerk. Nochtans kan men dankzij deze tools snel praktische en concrete informatie verkrijgen, die specifiek gericht is op de vraag. Dit leert ons om nieuwe gewoontes te integreren in de dagelijkse routine van ons werk. Ook al leveren ze een reële hulp op, er is tijd nodig om deze nieuwe gewoontes toe te eigenen. Voor de toekomst en op ons niveau zullen we erop letten om de voorgestelde dienst beter bekend te maken en uit te leggen aan de hand van concrete voorbeelden.

4.5. Uitwisselingsplatform

In het begin van het proces heeft de coördinatie het gebruik van een digitale tool voorgesteld om de gemeenschap te laten leven, en middelen, documenten en goede praktijken te kunnen uitwisselen; dit zelfs zonder vergadering. De tool – **het platform Slack** – heeft echter niet verhoopte succes gehad en is nooit gebruikt geweest door de BR's. Dit zou kunnen liggen aan de zeer vroege introductie van het platform in het proces. De toe-eigening heeft te kampen met **twee begrenzingen**:

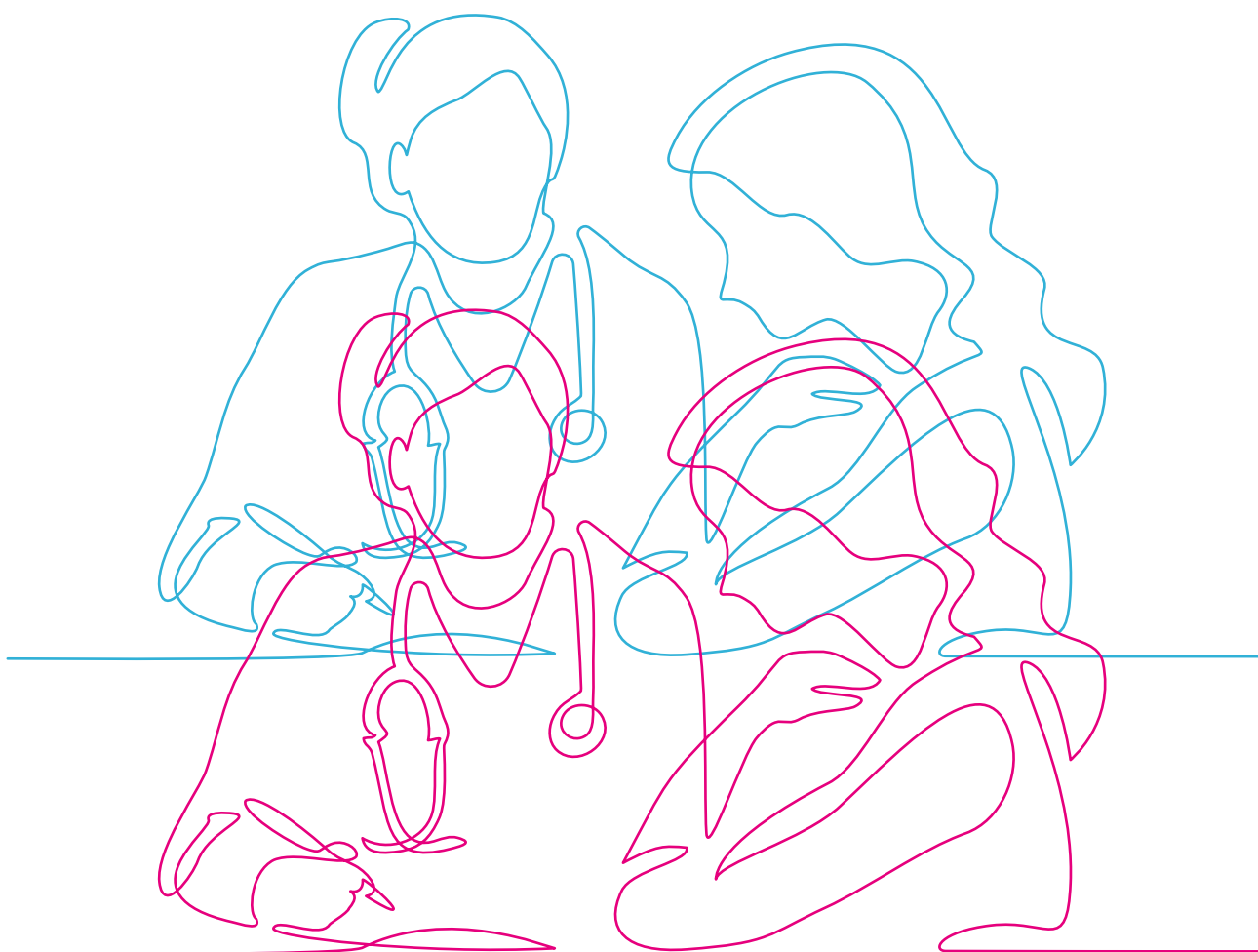
- weerstand die te maken heeft met de verwerving van een nieuwe digitale toepassing;
- de afwezigheid van content om te delen en van kennis van elkaars activiteiten/wederzijds vertrouwen bij de deelnemers. De tool leek hen in het begin zinloos.

Niettemin hebben ze meerdere maanden later zelf, terwijl ze elkaar beter kenden en het nut van het delen van hun respectievelijke middelen, 'goede praktijken' en kennis hadden kunnen ondervinden, de mogelijkheid ter sprake gebracht om een platform voor de uitwisseling van informatie op te zetten, om continu met elkaar te kunnen communiceren. Dit toont aan dat het noodzakelijk is om de band en de kennis over elkaars activiteiten te ontwikkelen voordat er tools worden gebruikt, die maar een middel zijn dat ten dienste staat van de samenwerking.

4.6. Verzameling van gegevens

Hetzelfde toe-eigeningsproces heeft plaatsgevonden met de verzameling van gegevens. In het begin van het proces werd voorgesteld om bepaalde informatie te verzamelen over de situaties waarover in de PG verslag werd uitgebracht. Terwijl de deelnemers deze informatie eerst als overbodig en als extra werk beschouwden, hebben ze zelf een aantal maanden later gevraagd om deze in aanmerking te nemen, om zo de aandacht te vestigen op het 'onzichtbare' werk dat ze uitvoeren.

De evaluatie moet eerst en vooral de BR's voeden en hun werking versterken, en niet enkel een administratieve oefening zijn. Het hoe moet worden besproken binnen de PG.



5. Perspectieven voor de toekomstige lokale praktijkgemeenschappen

5.1. Methodologische elementen

Gevoed door dit proefproject moeten meerdere methodologische elementen worden overwogen voor de toekomstige praktijkgemeenschappen die buurtreferenten samenbrengen:

○ Samenstelling van de groep

- Het lijkt noodzakelijk om PG's op te zetten in de wijken zodat elke PG zich kan ontwikkelen in functie van de specifieke kenmerken van de wijk (de ene wijk is de andere niet), waarbij wel een gemeenschappelijke basis behouden blijft. De BR's zullen zo hun contacten en kennis van in het bijzonder lokale middelen uitbreiden, waardoor de oriëntatie van personen in hun woonomgeving vergemakkelijkt wordt.
- De socio-gezondheidskundige mix van de groep meer versterken door de groep open te stellen voor elke professional die zich herkent in de functie van BR, die het vertrouwen krijgt van de persoon die hij begeleidt en een centrale plaats toekent aan de prioriteiten van die persoon.
- Erop letten om binnen de PG een plaats vrij te houden voor de ziekenhuisreferenten. Die deelname versterkt het uitbouwen van relaties tussen thuis en het ziekenhuis en bevordert het leren kennen van 2 werelden die ertoe worden aangezet om samen te werken, maar elkaar uiteindelijk niet vaak ontmoeten.

○ Inhoud van de uitwisselingen

- Werken **vanuit 'knopen'** Problematieken of 'knopen' identificeren (d.w.z. situaties die terugkeren in de ervaringen van verschillende mensen) vormt een piste om het werk van toekomstige PG's te structureren. Op die manier kunnen diegenen die een probleem goed kennen hun knowhow, kennis en expertise delen met mensen die met dezelfde problematiek worden geconfronteerd. Die uitwisselingen zouden eventueel kunnen worden aangevuld met elementen die externe sprekers aanbrengen.
- Zo zouden concrete pistes over 'wat doen als...' kunnen worden geïdentificeerd. Iedereen wint hierbij door beurtelings bij te dragen of te ontvangen naargelang de problematiek. Die uitwisseling heeft het voordeel dat ze de bevoegdheidsdomeinen van de verschillende beroepen in de verf zet en wijst op hun complementariteit.
- Suggesties: een gemeenschappelijk programma opstellen tijdens de eerste vergadering opdat iedereen zich erin kan vinden en input kan geven. Vervolgens aan de deelnemers vragen om de vergadering vooraf voor te bereiden (vragen, reflecties, mogelijke acties) m.b.t. de 'knoop' die op het programma staat.



Voorbeelden van 'knopen':

PATIËNT

- In welke zin is de actuele situatie gunstig/ongunstig voor de patiënt (fysieke, financiële, sociale enz. zekerheid) en hoe de begeleiding situeren wanneer het belang van de patiënt op het spel lijkt te staan?
- Wat me i.v.m. de patiënt helpt om mijn grenzen te respecteren, is ... (bv. wat als de patiënt veel praat en het nodig heeft dat er naar hem wordt geluisterd?)

DIENSTVERLENER

- Tot waar gaat de rol van dienstverlener? Voelt hij zich legitiem in de opvolging van de patiënt? Wanneer de fakkel doorgeven? Hoe werken met de belangrijke turn-over van zorgverleners/verleners van maatschappelijke zorg en deze opvangen?
- Hoe wordt het geleverde ondersteunende werk (het zoeken naar een netwerk, mails enz.) erkend (sociaal, financieel enz.)?
- Wat zijn de elementen die de communicatie en de uitwisselingen van informatie tussen zorgverleners en sociale hulpverleners ondersteunen in de opvolging van de patiënt?

SITUATIE

- Hoe zorgen voor coördinatie wanneer de situatie complex is (opeenstapeling van problematieken: verschillende gezondheidsproblemen, financiële beperkingen, taalbarrière, preciaire omgeving, sociaal isolement enz.)? (bv. de rol van de casemanager (CM) verduidelijken en opwaarderen?)
- Leren van de ervaring van beroepen aan huis die gewend zijn aan complexe situaties, aan situaties die breder zijn dan het kader van hun takenpakket, en aan moeilijkheden i.v.m. de communicatie/uitwisseling van informatie met de andere professionals.
- Overwegen om zowel bijzonder complexe situaties aan te gaan als andere waarbij 'enkel' een luisterend oor nodig is of een doorverwijzing naar een andere sector of een ander beroep.

○ Definitie van de functie een aansluiting bij andere systemen

- Zoeken naar de definitie van de functie van buurtreferent: Ervoor zorgen dat hetgeen wat het mogelijk maakt om de functie te leren kennen en uit te bouwen wordt gebundeld: aansluiting met verschillende beroepen (naast diegene die al verkend zijn).
- De verbanden en de aansluitingsmechanismen tussen de BR en andere functies of ondersteuningssystemen verduidelijken en versterken, zoals de casemanager, het klinisch overleg rond de patiënt enz.

○ Tools

- De ontwikkeling van de toolbox blijkt noodzakelijk te zijn om de BR te ondersteunen en moet worden voortgezet, vooral wat betreft de oriëntatietools en de tools met betrekking tot de inclusie van kwetsbare doelgroepen.
- De opleiding over het begeleiden van mensen in complexe situaties, over het luisteren en over inclusieve praktijken moet opnieuw worden uitgedacht.
- Toegang geven tot gegevens m.b.t. de kenmerken van de lokale bevolking, de levensomstandigheden van inwoners om de dienstverlening en de begeleiding aan te passen (minder dure geneesmiddelen, voortdurende forfaits enz.).

5.2. Samenwerkingen en implementatie: naar een gedeeld concept en een gedeelde benadering

De filosofie van het BOOST-project is niet om bestaande initiatieven en proefruimten te vervangen, maar om innovatieve acties te ondersteunen en de samenwerking tussen lokale actoren te versterken om tot een meer geïntegreerde zorg te komen.

Simultaan met de opschorting van de vergaderingen tijdens de eerste golf van de gezondheids crisis, heeft de coördinatie van het BOOST-project de mogelijkheid gehad om tijdens de zomer van 2020 toenadering te zoeken tot lokale projecten die zich ontwikkelden op het grondgebied van het Brussels Gewest: Rezone, HermesPlus, Man'Aige, en twee van de drie 'wijkprojecten' die worden gefinancierd door de GGC: CitiSen en Zoom Seniors. Die projecten ontwikkelen gelijkaardige functies en er wordt in Brussel breder gereflecteerd over de gepersonaliseerde begeleiding van chronisch zieke mensen (zoals het project Participate, gefinancierd in het kader van Innoviris) en over de ontwikkeling van een lokale socio-gezondheidskundige verantwoordelijkheid (kabinet van minister Maron). Die beweging was de uitgelezen kans om zich samen in te zetten voor een harmonisering van de functie van buurtreferent en de implementatie van de functie in verschillende zones van het Brussels Gewest.

Meerdere lokale partners gaan zich dus aansluiten bij de ervaring van de PG van de BR's van Boost, maar met hun eigen specifieke kenmerken. De ambitie hierbij is dat ieder vanuit zijn specifieke invalshoek (sociaal/gezondheid/geestelijke gezondheid/chronische ziekten/ouderen) meer kan experimenteren, terwijl aandacht wordt besteed aan deze verschillende aspecten – meer bepaald door de gemengde samenstelling van de groep. De plaatselijke actoren krijgen dus een grote autonomie wat betreft de methodologie voor het leiden van de groep, op voorwaarde dat ze aansluiten bij een gedeeld kader en hun ervaring en leerresultaten bundelen. Die bundeling moet de verzameling van de gegevens die nodig zijn voor de opvolging en de analyse van de implementatie van PG's mogelijk maken, en zou uiteindelijk tot een gedeelde en/of gemeenschappelijke benadering moeten leiden. De indicatoren voor de opvolging van de implementatie van de PG en de verduidelijking van de contouren van de functie van BR en van de verspreiding ervan zullen samen worden vastgesteld.

Dit gedeelde kader, basis van de nieuwe PG's, is het volgende:

Een buurtreferent is elke professional die een persoon begeleidt die het hoofd biedt aan een kwetsbare situatie, en die zich in de functie herkent, namelijk:

- **Interventieniveau:** de functie bestaat in het begeleiden van een persoon die een complex gezondheids-/sociaal traject doormaakt, of die het risico loopt dat zijn situatie verslechtert of zich verwijdt van zijn prioriteiten. De functie ondersteunt ook de naaste familieleden van de begeleide persoon.
- **Profiel:** de functie wordt uitgeoefend door allerlei professionals uit de sociale sector en de zorg en is niet beperkt tot bepaalde beroepen. De interventie is niet beperkt in de tijd.
- **Beschrijving en competenties:** de functie wordt bepaald door de vertrouwensband die de persoon verbindt met een gezondheidsprofessional in zijn netwerk:
 - hij treedt zowel op bij mensen in bijzonder complexe situaties, als soms ook gewoon om een situatie te deblokken die minder complex is;
 - voor bepaalde personen luistert hij, monitort hij en verwijst hij door en voor andere personen vervult hij bovendien een functie van netwerkcoördinatie;
 - hij heeft een bijzondere positie omdat hij nabij, centraal, flexibel, proactief en blijvend is. Hij kent in het bijzonder een zeer centrale plaats toe aan de prioriteiten van de persoon die wordt begeleid.
- **Tools:** de functie wordt ondersteund door een toolbox die de luisterhouding en de mobilisering van middelen bevordert, waardoor de gevolgd persoon stappen kan zetten in de richting van zijn prioriteiten.



De **Praktijkgemeenschap** is een ruimte voor overleg.

- Die ruimte biedt professionals met eenzelfde functie, die van Buurtreferent, de mogelijkheid om:
 1. de mogelijke oplossingen uit te breiden dankzij de deskundigheid van de groep;
 2. de netwerkvorming van de professionals te versterken;
 3. hun ervaring met de Boost-tools, meer bepaald BabbelBoost, uit te wisselen;
 4. hun praktijkervaringen rond de functie van BR uit te wisselen om de functie voort te zetten, de contouren ervan te verduidelijken (rollen, koppeling met de beroepen enz.) en te versterken.
- De professionals hebben de zekerheid dat ze er mensen ontmoeten die geen deel uitmaken van hun functionele netwerk (namelijk het netwerk waar ze doorgaans een beroep op doen) en die andere beroepen uitoefenen of uit andere sectoren komen.
- De PG's staan open voor alle complexe situaties waarmee de professionals te maken krijgen. Ze zijn dus niet toegespitst op één enkel thema of problematiek.
- De PG's bespreken situaties, geen patiënten.
- Elke PG brengt een gesloten groep bijeen van 12 professionals met verschillende profielen en beroepen, en heeft een evenwichtige samenstelling:
 - Professionals uit de gezondheidssector, de sociale sector, de geestelijke gezondheidszorg (verpleegkundige, kinesist, ergotherapeut, psycholoog, apotheker, huisarts, maatschappelijk werker, gezinshulp enz.)
 - Werknemer/zelfstandige, solopraktijk/groepspraktijk
 - Dienstverleners die actief zijn in verschillende proefprojecten
 - Er wordt ook een plaats ter beschikking gesteld voor een ziekenhuisreferent
- Moderatie van de PG: Elke PG wordt georganiseerd en gemodereerd door een persoon van buiten de begeleidende kliniek. Zijn rol bestaat erin de voorwaarden te scheppen voor een optimale deelname van de deelnemers (uitnodiging, methodologische ondersteuning, verlenen van het woord enz.)

Dit gedeelde kader is bedoeld voor gebruik door een groep waarin de moderatoren van elke PG zetelen. Naast de analyse van de implementatie van PG's, zou deze groep ook eventuele problematieken kunnen identificeren die moeten worden besproken in meer passende kaders, zoals de Diapason (multidisciplinair overleg dat wordt gepleegd binnen BOOST, erop gericht om samen meer structurele oplossingen te creëren voor problemen die steeds opnieuw opduiken in de organisatie van de zorg).

6. Conclusie

Eind 2020 stellen we vast dat het merendeel van de gestelde doelen in het kader van de eerste actie van het actieplan van BOOST werden verwezenlijkt in een testfase::

- de **opleiding** van 3 dagen werd georganiseerd in de lente van 2019;
- de **gesprekstool** (voortaan 'BabbelBoost' genoemd) is afgerond en wordt verspreid bij de actoren op het terrein;
- de **helpdesk** is operationeel,
- een **digitaal uitwisselingsplatform** (Slack) werd gecreëerd voor de testgroep van BR's en er konden conclusies worden getrokken uit het geringe gebruik;
- een **PG** is maandelijks bijeengekomen en de implementatie van nieuwe PG's is gaande.

De ervaring van de Praktijkgemeenschap van buurtreferenten die gedurende een jaar samenkwam, werd geïdentificeerd als een 'veelbelovende praktijk' in het kader van het programma voor geïntegreerde zorg. Die heeft de weg gebaad voor een nieuwe fase, die gestart is in januari 2021 en gekenmerkt wordt door de implementatie van nieuwe PG's in verschillende zones in Brussel. Die fase zal worden uitgevoerd in samenwerking met bestaande lokale projecten. Elke groep zal zijn eigen autonomie en focus hebben, maar engageert zich voor een gemeenschappelijke visie en doel. Het overleg tussen de groepen zal regelmatig worden georganiseerd, via het bundelen en delen van ervaring tussen de moderatoren van de verschillende gemeenschappen.

Die nieuwe experimentele fase markeert het begin van een denkwijze naar een gedeeld concept en een gedeelde benadering in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.



Un projet coordonné par
Een project gecoördineerd door





BIJLAGEN

Bijlage 1: Eerste actie van het BOOST-actieplan

“Deze actie bestaat erin een netwerk te creëren van buurtreferenten die voor de nodige ondersteuning zorgen van de patiënten, de hulpverleners en de zorgverleners om geïntegreerde zorg te bevorderen.

Deze actie heeft tot doel:

- de vaardigheden en tools die in het huidige systeem beschikbaar zijn te bundelen en een nieuwe gezamenlijke klinische activiteit te ontwikkelen ten behoeve van mensen met een chronische ziekte;
- de zorg aan te passen aan de verschillende behoeften en profielen (gezondheid en sociaal, multimorbiditeit, multiculturaliteit, kansarme doelgroepen enz.);
- begeleiding te ontwikkelen die bijdraagt tot continuïteit en complete zorgverlening, gebaseerd op de evoluerende en specifieke behoeften van de patiënten;
- nieuwe behoeften die ontstaan te monitoren en erop te anticiperen;
- de toegang tot de zorg en het verwijzen van patiënten naar hulpmiddelen en binnen het gezondheidssysteem te verbeteren;
- zichtbaarheid te geven aan de rol van bestaande zorgverleners en beroepen;
- mobiele systemen te versterken;
- de mantelzorger te ondersteunen en tegelijk gefocust te blijven op de patiënt, zijn verwachtingen en zijn levensproject.

Op operationeel niveau bestaat deze actie uit de creatie van een ‘toolbox’, die bestaat uit:

- opleidingen om bepaalde kennis/vaardigheden te verwerven, vooral in therapeutische educatie van de patiënt en in de begeleiding van kwetsbare doelgroepen;
- een gepersonaliseerd begeleidingsplan (GBP), waarmee de stand van zaken van de patiënt op een gegeven moment kan worden opgemaakt;
- een gemeenschappelijke en gedeelde communicatietool;
- ontmoetingsplekken tussen beroepen die dezelfde taken hebben, maar verschillende klinische praktijken hebben;
- ondersteuning van de organisatie voor multidisciplinair overleg rond de patiënt;
- een tool die ‘referenten’ identificeert voor bepaalde complexe problematieken;
- administratieve ondersteuning dankzij een telefonische en online helpdesk;
- gemeenschappelijke ‘goede praktijken.’”

Bijlage 2: Agenda per vergadering

Vergadering 1 :

- 1) Initiatie in de methode voor inclusie van BOOST-patiënten in MyCaret
- 2) Presentatie van de tool Slack
- 3) Presentatie van het handvest van deelname aan de PG

Vergadering 2 :

- 1) Vrij rondje
- 2) De BR in Boost
- 3) Presentatie van het schema 'Flow' (algoritmische besluitvorming van de inclusies)
- 4) Kennis van de aandoeningen

Vergadering 3 :

- 1) Verdeling van de informatiebrochures (flyers) die voor een deel bestemd zijn voor patiënten en voor een deel voor professionals
- 2) Feedback over de Summer Academy die werd georganiseerd door de KBS: een ontmoeting die gericht was op Goal Oriented Care die begin september plaatsvond. De gesprekstoel die binnen Boost werd ontwikkeld kon er worden voorgesteld en getest door een groep MDS- en internationale professionals
- 3) Delen van ervaringen bij het gebruik van de gesprekstoel
- 4) Vertegenwoordiging van de PG in de projectgroep
- 5) Data van volgende vergaderingen van de PG

Vergadering 4 :

- 1) Voortzetting van de uitwisseling rond en aan de hand van de gesprekstoel
- 2) Verkenning van de mogelijkheid om een medische opleidingsmodule voor te stellen
- 3) Oefening om de getuigenissen te verzamelen die worden gebruikt in de opleiding
- 4) Praktisch punt i.v.m. de projectgroep en kalender 2020

Vergadering 5 :

- 1) Uitwisseling over de praktijken en het gebruik van de gesprekstoel
- 2) Nieuwe elementen voor de GBP: vorm, grootte, aantal kaarten enz. Rondje om de praktische uitwerking te bespreken
- 3) Kort terugkomen op de projectgroep en voorbereiding van de elementen voor verslaglegging van de projectgroep

Vergadering 6 :

- 1) Bespreking van de situaties die door de deelnemers worden voorbereid
- 2) Bespreking van de template voor documentatie van de gevallen
- 3) Bespreking over de aanwezigheid van FAITH tijdens de volgende vergadering, als observatie
- 4) Voorbereiding van de elementen voor verslaglegging van de projectgroep

Vergadering 7 :

- 1) Bespreking van de situaties die door de deelnemers worden voorbereid
- 2) Feedback over het gebruik van de gesprekstoel
- 3) Voorbereiding van de elementen voor verslaglegging van de projectgroep

Vergadering 8 :

- 1/ Herinnering situaties: verdieping voor communicatiecampagne
- 2/ Feedback over de ervaring met de gesprekstoel, vertrekkende van de volgende vragen/beweringen:
Thematiek 1: Open vragen stellen, dat is vaak gemakkelijker gezegd dan gedaan.
Thematiek 2: Slaagt u erin om bij 2 of 3 prioriteiten te blijven, zonder voorbij te gaan aan deze focus (het is dat wat een situatie in beweging brengt)?
Thematiek 3: Slaagt men erin om een stap te laten zetten naar anderen rond de patiënt in situaties waarin men een nood of een prioriteit identificeert? (Wie mobiliseert de middelen in praktijk?)



Helpdesk +32 2 880 29 80

info@brusano.brussels

RPM/RPR : BE0711.719.484

www.brusano.brussels



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE