



*‘Taakafspraken tussen Artsen van Leuvense Kringen en Specialisten’*



# I N H O U D

<b>VOORWOORD</b> .....	4
<b>TENDENSEN IN DE GEZONDHEIDSZORG</b> .....	6
MONDIGE PATIËNT .....	6
NAAR ZORGEN OP MAAT .....	6
<b>STRUCTUREN CREËREN GESPREKSPARTNERS</b> .....	8
NETWERK EERSTELIJN: DE 'HUISARTSENREGIO' .....	8
SIT/GDT/SEL: DE 'ZORGREGIO' .....	8
LOCOREGIONAAL ZIEKENHUISNETWERK: DE 'ZIEKENHUISREGIO' .....	10
<b>PATIËNT CENTRAAL IN DE TAAKAFSPRAKEN</b> .....	11
VAN DISCIPLINES NAAR ZORGPADEN .....	11
ZORGPADEN EN DE HUISARTS .....	12
<b>TALKS</b> .....	15
<b>GLOSSARIUM</b> .....	19

## VOORWOORD

### Zonder patiënt geen geneeskunde

Een boutade? Neen, een logisch denkpatroon dat het belang van de patiënt centraal stelt. En in functie daarvan de taken van alle zorgverstrekkers (her)definieert. Om de basiszorg zo dicht mogelijk bij de patiënt te brengen en de topklinische zorg optimaal uit te bouwen. Zodat de patiënt een logisch zorgpad kan volgen van de eerste naar de tweede en eventueel de derdelijn... en tijdig terug.

### Nieuw denkkader

Een nieuw denkkader dus, waarin huisartsen met alle verwijzers overleggen en ziekenhuisartsen uit hun discipline loskomen en zich reorganiseren rond de patiënt en zijn pathologie. Waarbij het competitie-model van de zorgverstrekkers in een regio omgezet wordt in een netwerkmodel. Een evolutie die ook door de overheid aangemoedigd wordt en waarvoor diverse wettelijk omschreven overlegplatformen gecreëerd werden.

### Leidende rol van de huisarts

De huisarts speelt hierin een centrale en cruciale rol. Eerder dan met 'een' pathologie wordt hij immers met 'de' patiënt als geheel geconfronteerd. Hij is dan ook de enige die de cirkel van een geïntegreerd zorgpad succesvol kan starten en afronden.

### Regio Leuven geprivilegieerd

Een ingrijpende verandering van het zorgmodel vraagt heel wat inzet en de

### Wie is TALKS?

TALKS staat voor 'Taakafspraken tussen Artsen van Leuvense Kringen en Specialisten'. Het is het gestructureerde overlegplatform tussen ziekenhuizen en huisartsen uit de groot-Leuvense regio. Initiatiefnemers zijn het Medisch Centrum voor Huisartsen (MCH), het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde (ACHG), de Universitaire Ziekenhuizen Leuven en het Regionale Ziekenhuis Heilig Hart Leuven. Ook het algemeen Ziekenhuis Heilig Hart Tienen en het Algemeen Ziekenhuis Diest nemen sinds kort deel aan TALKS.

### Wat is de doelstelling van TALKS?

TALKS wil de eerstelijns actief ondersteunen om te evolueren naar geïntegreerde zorgorganisatie rond de patiënt, waarbij elke zorgverstrekker op de meest optimale manier ingezet wordt.

nodige moed. Toch legde de regio Leuven al een heel stuk van de weg af, ondermeer door de lange traditie van overleg tussen de huisartsen via het MCH. Ook omdat de kringen van de verwijzende huisartsen, het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde en de Leuvense ziekenhuizen al enkele jaren op zeer regelmatige basis samenkomen. Dit om te praten over en te werken aan de brugfuncties tussen de eerstelijns en de hospitalen.

### **Balans van 3 jaar activiteit**

Meer dan honderd collega's effenen sinds 2000 het pad. Op het zeswekelijkse overleg in de kerngroep, op halfjaarlijkse thema-avonden en in diverse project- en themagroepen. Het enthousiasme is groot, het aantal concrete realisaties aanzienlijk.

Hoog tijd dus om een tussentijdse balans op te maken van de 'Leuven Connection' tussen huisartsen en ziekenhuizen. Een inventaris van de projecten die verwezenlijkt werden en een vooruitblik op het werk dat nog wacht.

En ook het geschikte moment om het gespreksplatform zelf een gepaste naam te geven. En die werd 'TALKS', wat staat voor 'Taakafspraken tussen Artsen van Leuvense Kringen en Specialisten'.

### **Let's talk(s)!**

Van concurrentie naar netwerking met taakafspraken: het is een proces van lange adem. Dat pas kan starten als de partners elkaar echt leren kennen. Deze brochure wil u hiertoe inspireren. Wil u

ook in contact brengen met collega's die uw aanspreekpunt zijn om mee te werken aan TALKS, het gestructureerde overleg tussen het MCH, het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, de Universitaire Ziekenhuizen Leuven, de regionale ziekenhuizen van Oost-Vlaams Brabant en ... uzelf!

## TENDENSEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

### MONDIGE PATIËNT

De ‘Wet op de Patiëntenrechten’ (zie *kaderstukje*) bundelde de principes van de rechten van de patiënt. Dit impliceert nog meer accuraatheid bij de uitoefening van de geneeskunde.

De patiënt is beter geïnformeerd door vorming, dagbladen en tijdschriften. Bovendien is er het alomtegenwoordige internet als onuitputtelijke bron van informatie over nieuwe en al dan niet omstreden behandelingswijzen en geneesmiddelen.

Patiënten en hun verzorgers weten niet alleen meer, ze worden ook mondiger, hiertoe aangespoord door de overheid. Ze willen mee beslissen over hun manier van leven, en over de belangrijke beslissingen die hierover worden genomen.

#### Diabetespas

De nieuwe diabetespas is een mooi voorbeeld van deze nieuwe trend. De diabetespatiënt die zich uitdrukkelijk engageert in zijn ziekteaanpak, krijgt recht op terugbetaling van extra consultaties bij de diëtist en voetverzorging door de podoloog. Deze ‘empowerment’ van de patiënt wordt ook doorgetrokken naar de verpleegkundige. Aan hem werd een nieuw nomenclatuurnummer toegekend voor de ‘autonomiebevordering van de patiënt’, zodat hij aan de autonomie van de patiënt kan werken zonder er zelf financieel bij in te schieten. Ook voor de huisartsen ligt een vergelijkbaar systeem ter discussie op tafel.

### NAAR ZORGEN OP MAAT

Wij Belgen vormen niet langer een ‘gezonde’ bevolkingspiramide. Een steeds smallere basis van actieven moet de lasten van de steeds breder wordende senioren-groep dragen met een sterk stijgende vraag naar individualisering van de gezondheidszorg.

Hierdoor wordt de geneeskunde hoe langer hoe complexer. Meer hoogtechnologische interventies, zwaardere zorgen, gecontingenteerde artsen en minder beschikbare verpleegkundigen verhogen de druk om *zorgzamer* met de beschikbare middelen om te springen.

Dat vertaalt zich in een niet aflatende zoektocht naar een efficiënter inzetten van de beschikbare financiële middelen via een zorgstrategisch plan. ‘Evidence based medicine’ leidt de veelheid aan therapeutische mogelijkheden in goede banen.

Toch is het probleem dat zich stelt *niet* in de eerste plaats van budgettaire, maar wel van strategische en ethische aard. Want het nieuwe zorglandschap leidt noodgedwongen tot een andere vorm van overleg tussen de diverse gezondheidswerkers, met taakafspraken tussen de eerste-, tweede- en derdelijn. Recent opgerichte structuren sturen dit proces.



### **Wet op de patiëntenrechten (22 aug 2002)**

De Belgische wetgeving vertoonde grote gebreken op het vlak van de rechten van de patiënt door de ontoegankelijkheid en de versnippering van informatie.

Meest in het oog springende pijnpunten waren de behandeling van eventuele klachten, de inzage in het medisch dossier en de rechten van de meerderjarige wilsonbekwame patiënt. De wet van 22 augustus 2002 bundelde alle principes en gaat erg ver in de rechten van de patiënt ten aanzien van de gezondheidswerkers, door het creëren van onvoorwaardelijke plichten voor deze laatsten.

Anderzijds houdt de wet een enorm potentieel in om de patiënt actief te laten participeren in zijn behandeling en verzorging:

- Recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking (art. 5)
- Recht op vrije keuze van zorgverlener (art. 6)
- Recht op informatie over de gezondheidstoestand (art. 7)
- Recht op toestemming (art. 8)
- Rechten i.v.m. het patiëntendossier (art. 9)
- Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (art. 10)
- Recht op klachtenbemiddeling (art. 11)

### **Praktijkvoorbeelden uit het hospitaal**

Het aantal in UZ verzorgde patiënten steeg in 5 jaar tijd van 216.000 naar 300.000. Dat gebeurde evenwel met minder opnames en minder consultaties per patiënt. Dit onder andere dankzij de uitbouw van het daghospitaal en het ontmoedigingsbeleid om opvolgconsultaties in het UZ te organiseren. Zo blijft de maximale capaciteit van de derde lijn behouden voor die patiënten die het meeste nood hebben aan gespecialiseerde zorg.

Ook bevalling met kort ziekenhuisverblijf (BKZ) weerspiegelt deze aanpak.

### **Evidence based medicine (EBM)**

In een kwaliteitsvolle gezondheidszorg neemt de zorgverlener een optimale klinische beslissing, gebaseerd op correcte, 'niet-gekleurde' onderzoeksgegevens. Hij transposeert die dan naar de individuele patiënt. Dat is geen sinecure, zodat in de dagelijkse praktijk nog veel medische beslissingen worden genomen op basis van 'Experience- of Authority-Based Medicine'.

Klinische zorgpaden (cfr. infra) geven hem per pathologie de nodige richtlijnen.

Een Nederlandstalig synoniem van EBM is niet voorhanden, tenzij 'op wetenschappelijke evidentie gebaseerde geneeskunde'. Franstaligen spreken van 'la médecine factuelle'.

## STRUCTUREN CREËREN GESPREKSPARTNERS

Om het hoofd te bieden aan de toenevende druk op de gezondheidszorg zijn structuren binnen en tussen de eerste-, tweede- en derdelijn onontbeerlijk. Structuren die een zo breed mogelijk platform bieden voor de onderlinge taakafspraken.

### NETWERK EERSTELIJN: DE 'HUISARTSENREGIO'

De natuurlijke gesprekspartners voor de eerstelijns zijn de huisartsenkringen (HAK), waarbij zich tot voor kort de vraag van mandatering stelde. De formalisering en wettelijke erkenning van de kringen ruimde dat obstakel. Een van hun opdrachten (zie kaderstukje) is het initiëren en stimuleren van het overleg tussen alle eerstelijnsstructuren.

### SIT/GDT/SEL: DE 'ZORGREGIO'

De federale overheid gaf de aanzet met de 'Wet op de Eerstelijns' van juli 2002. Want samen met de erkende huisartsenkringen werden ook de 'Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging' (GDT) ingevoerd.

Het was het logische gevolg van het protocol dat in juli 2001 afgesloten werd tussen de federale regering en de gemeenschappen en gewesten. Hierin kaderen ook de financiering van het Globaal Medisch Dossier (GMD), het Elektronisch Medisch Dossier (februari

2003) en de overlegfinanciering.

Het is de overheid dan ook menens: men wil in een versneld tempo komen tot een model waarin de patiënt centraal staat; een complementair ondersteuningsmodel van de eerste en tweede lijn. Hiertoe werd Vlaanderen door een decreet (juni 2003) opgedeeld in zorgregio's, die steunen op de natuurlijke stromen van de patiënten en niet op de actieradius van de voorzieningen. Tevens worden groepspraktijken, netwerken van huisartsenpraktijken en multidisciplinaire wijkgezondheidscentra gestimuleerd.

Deze evolutie vindt zijn bekroning in de door de Vlaamse overheid gedefinieerde 'Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijns' (SEL), die de hoekstenen vormen van het eerstelijnsdecreet. Een SEL is een lokaal platform voor alle disciplines van de eerstelijns, inclusief de welzijnswerkers. Het overstijgt het praktijkniveau en richt zich op de organisatie van de gezondheidszorg. Het is een aanspreekpunt voor alle eerstelijns zorgaanbieders van de regio, voor de overheid, voor de tweede lijn en voor de burgers.

Het werkgebied van een SEL zal immers een of meerdere aaneengesloten zorgregio's omvatten binnen de invloedssfeer van één kleine stad. Zo zullen er ongeveer 75 SEL's ontstaan.

De huidige 'Samenwerkingsinitiatieven Thuisverzorging' (SIT) waren de pioniers in deze materie en stonden model voor de (federale) GDT's. De SIT's werden inmiddels erkend als GDT's. Hun werking zal op termijn overgaan in die van de (regionale) SEL's.

### Uitdaging voor de huisarts

Toegegeven, de versnelde integratie van de eerstelijnsstructuren resulteert voorlopig in een caleidoscoop van overlappende initiatieven. Maar die sterk verhoogde activiteit geeft ook aan dat het streven naar een geïntegreerde eerstelijnszorg een realiteit is, die dag na dag meer vorm krijgt.

De plaats van de stuurman voor de feitelijke organisatie van de eerstelijnszorg is nog onbezet. Hier ligt een grote uitdaging voor de huisartsen, die door de erkenning van de Huisartsenkringen in 2003 gemandateerde gesprekspartners werden en zo het nieuwe zorglandschap mee kunnen boetseren.

### Overleg tussen huisarts en ziekenhuis

De 'Wet op de Eerstelijns' van juli 2002 definieerde een belangrijke extra opdracht voor de erkende huisartsenkringen (HAK): het plegen van overleg met de ziekenhuizen.

De erkenning van de kringen vormt dan ook een belangrijke hefboom om bestaande overleginitiatieven tussen ziekenhuizen en huisartsen te intensifiëren. Overleg dat al sinds 2000 gevoerd wordt tussen de huisartsen en de ziekenhuizen van de Leuvense regio enerzijds, en tussen de loco- en supraregionale ziekenhuizen anderzijds.

ZORGREGIO = Samenw.E-Lijn



### Erkende Huisartsenkringen: 4 opdrachten

- Coördinatie van de wachtdiensten.
- Promotie van de eerstelijns.
- Initiëren en stimuleren van het overleg met de andere eerstelijnsstructuren.
- Overleg met de ziekenhuizen.



## PATIËNT CENTRAAL IN DE TAAKAFSPRAKEN

### VAN DISCIPLINES NAAR ZORGPADEN

#### Van discipline naar zorgprogramma

In de ziekenhuizen wordt al sinds enkele jaren werk gemaakt van samenwerking rond de pathologie van de patiënt. De 'verticale' disciplines vervagen hierbij om plaats te ruimen voor 'horizontale' trajecten. Die garanderen de patiënt een optimale zorg en de gemeenschap de zekerheid dat er zo efficiënt mogelijk omgesprongen wordt met de beschikbare middelen. Deze zorgprogramma's bouwen als het ware een multidisciplinair team rond een pathologie.

#### Van zorgprogramma naar zorgpad

Een zorgpad zorgt er vervolgens voor dat het raderwerk van het team van zorgverleners geolied draait. Het zorgpad is dus de operationele vertaling van een zorgprogramma. Een instrument om de diverse stappen en interventies precies te timen en te documenteren. Een uitstekend initiatief, ware het niet dat de patiënt niet *genezen* is wanneer hij uit het ziekenhuis ontslagen wordt. En al *ziek* is voor hij er in opgenomen wordt.

#### Van zorgpad naar geïntegreerd zorgpad

Deze continue gezamenlijke betrokkenheid van huisarts en ziekenhuis bij eenzelfde patiënt en/of pathologie resulteert onvermijdelijk in 'geïntegreerde zorgpaden'. Hierbij wordt de opvolging door de huisarts verzekerd en het aantal opvolgconsultaties in het ziekenhuis beperkt. Zo komt overigens ook meer tijd vrij voor patiënten die

### Op papier of elektronisch?

Het dossierbeheer is de achillespees van geïntegreerde zorgpaden: een papieren dossier dat met de patiënt meereist of een elektronisch dossier dat de verwijfsbrieven op termijn geheel kan vervangen.

Een typevoorbeeld hiervan is LISA, waarmee de huisarts on line inzage krijgt in de data zoals die door de artsen van de UZ ingebracht werden. De huisarts kijkt zo als het ware in 'real time' over de schouder van de specialist mee.

Ook de regionale ziekenhuizen werken aan vergelijkbare on-line-systemen, die ooit kunnen resulteren in 'tweerichtingsverkeer' tussen huisarts en hospitaal.

### Geïntegreerd zorgpad borstcarcinoom

Onder leiding van Marie-Rose Christiaens puzzelde het UZ Leuven aan een centrum, waarin zich een multidisciplinair team beweegt rond de pathologie 'borstkanker'. Oncologen, chirurgen, plastisch chirurgen, radiotherapeuten, pathologen, enz. werden van hun respectievelijke disciplines losgekoppeld om een zorgprogramma te construeren.

Het volledige traject van een patiënte wordt tot in de details beschreven in de klinische zorgpaden. Een zorgpad waarin de huisarts uiteraard ook een plaats moet krijgen.

Daarom werd binnen TALKS de lijn doorgetrokken naar een themagroep van huisartsen en specialisten. Zij werken het

nood hebben aan gespecialiseerde zorgen. Een voorbeeld van een zorgpad dat zich uitstrekt buiten de muren van het hospitaal, is de bevalling met kort hospitalverblijf. Daar wordt de zorg na twee dagen overgenomen door huisarts en thuisverpleging. Ander voorbeeld is de daghospitalisatie, die een grote impact heeft op de huisartsen. Voor welke indicaties kan hun patiënt er terecht? Welke voorbereidingen moeten getroffen worden en welke nazorg verleend? De patiënt komt met vele nieuwe vragen bij de huisarts terecht. Deze vindt de antwoorden door overleg met de tweede- en derdelijn.

## ZORGPADEN EN DE HUISARTS

### Patiënt centraal

Aan één (r)evolutie ontkomt geen enkele gezondheidswerker: het belang van de patiënt komt centraal te staan in de moderne gezondheidsstructuren. Een model waarin eerste-, tweede- en derdelijn op die momenten interveniëren wanneer de patiënt er het meeste baat bij heeft, zoals gedefinieerd in het zorgpad.

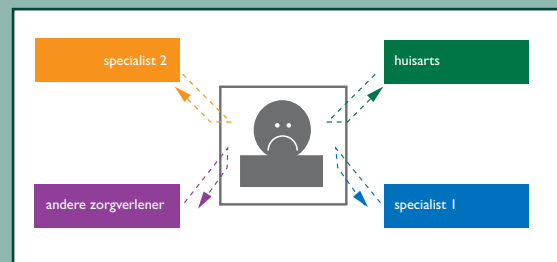
### Alfa en omega

Voor de huisarts is het moment nooit geschikter geweest om een leidende rol te spelen in deze omwenteling. Om zelf het landschap te creëren, waarin hij samen met alle andere eerstelijnszorgers zal moeten opereren. Wie kent een patiënt tenslotte beter dan de huisarts? Hij is de aangewezen persoon waarrond de geïntegreerde zorgpaden kunnen opgebouwd worden en naar voldoening functioneren. Diegene die de cirkel van een geïntegreerd zorgpad start en ook weer sluit.

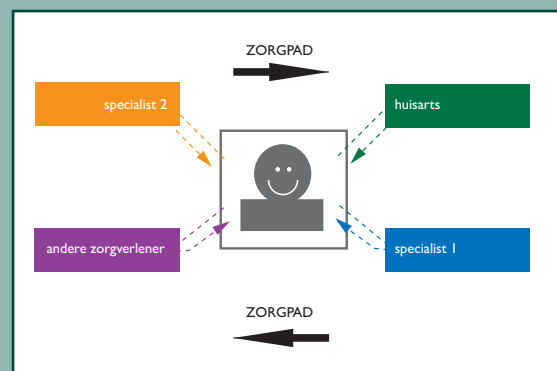
bestaande klinische zorgpad uit in de eerstelijns. Dat concretiseerde zich al in een opvolgdossier, dat zowel door het oncoteam als door de huisarts aangevuld wordt. Die weet zo ook perfect wat er van hem verwacht wordt en wanneer. En bij specifieke vragen heeft hij meteen de coördinaten bij de hand van het teamlid dat het beste geplaatst is voor het antwoord.

Men onderzoekt nu hoe men dit pakket tot hét geïntegreerd communicatie- en ordeningsinstrument kan promoveren.

## ZORGPADEN EN DE HUISARTS



*Competitief model zorgverleners centraal*



*Netwerkmmodel patiënt centraal die circuleert volgens het zorgpad*

### Omgekeerde zorgdriehoek

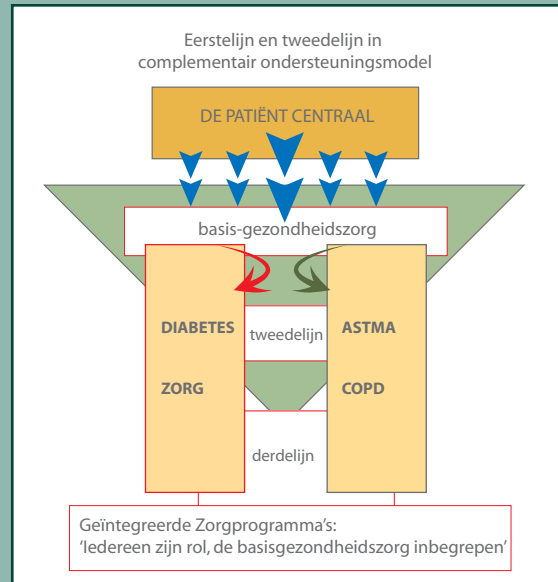
De centrale vraag is dan ook: “Hoe brengen ziekenhuizen en huisartsen hun gezamenlijke taak het beste tot een goed einde?”

Het ACHG pleit hierbij om niet te vertrekken vanuit de traditionele driehoek met een brede basis in de eerstelijns, een smaller middendeel voor de tweedelijns en bovenaan de derdelijns. In deze driehoek wil iedereen instinctief naar de top. Waarbij het risico bestaat dat die ‘top’ de tweede lijn naar beneden manoeuvreert, en die op zijn beurt de eerstelijns verdrukt.

Maar men kan de piramide ook omdraaien. Hierbij verzorgen de huisartsen de opvang van de patiënten en werken ze ‘in de breedte’ volgens het subsidiariteitsprincipe. Dat stelt dat de dienst moet worden toegewezen aan de zorgverstrekker die het dichtst bij de patiënt staat, op voorwaarde dat hij hiervoor voldoende kwaliteit kan leveren. De huisarts kan dan, op de momenten dat er voor een bepaalde pathologie echt in de diepte moet gegaan worden, vertrouwen op de tweedelijns. Die op zijn beurt te rade kan gaan bij de derdelijns.

### Zorgprogramma's doorbreken de lagen

Hoe passen de zorgprogramma's in dit schema? Wel, zij gaan dwars door de horizontale lagen heen. Afhankelijk van de aandoening en de nood aan gespecialiseerde zorg, schuiven zij naar onder in de omgekeerde piramide. Een voorbeeld waarbij het zorgpad zich voornamelijk aan de bovenzijde bevindt, is diabetes type 2. De zorg hiervan hoort voornamelijk in de eerstelijns met specifieke tussenkomsten van de tweede-



### Diabetes: prestatie en forfait

In het geïntegreerde zorgprogramma rond diabetes kan een deel van het budget dat ter beschikking van de huisarts gesteld wordt voor de zorg van een diabetespatiënt, compenseren voor het verstrekken van data. Individuele controle mag hiervan niet het doel van zijn. Anderzijds is het wel begrijpelijk dat de overheid harde bewijzen wil van de zorgverbetering waarvoor fondsen vrijgemaakt werden. De anonimisering van de data is een denkpiste, waarvoor het RIZIV ondermeer aan het ACHG vroeg om een proefproject te draaien.

lijn. Een ander voorbeeld zijn de zorgpaden voor oncologie, die voornamelijk betrekking hebben op het ziekenhuis met specifieke opdrachten voor de eerstelijns.

### **Geen rolverdeling zonder zorgafspraken**

Een geïntegreerd zorgprogramma, waarbij de patiënt door de huisarts 'uitbesteed' wordt, kan pas slagen als alle partners in het zorgtraject zich comfortabel voelen en als zij kunnen vertrouwen op criteria voor kwaliteitszorg.

Diabetes type 2 is een prima voorbeeld van een pathologie waar dit al bereikt werd. Er is een consensus over wat 'optimale diabeteszorg' is, die ondersteund wordt door de WVVH, de diabetologen en de patiëntenverenigingen. Pas dan kan er gewerkt worden aan afspraken om de zorg te optimaliseren tussen de ziekenhuizen en de huisartsen ... in het voordeel van de patiënt.

### **Weten en doen**

Dan komt misschien nog de moeilijkste stap: de kennis in praktijk brengen. De gestroomlijnde zorgpaden en zorgafspraken omzetten in daden via doorstroming naar alle collega's. Zodat perfecte protocollen en volledige verwijzdossiers geen dode letter blijven. Een belangrijke taak die LOK's en wachtkringen op zich kunnen nemen.

### **Niet alleen**

Geïntegreerde eerstelijnszorg, zorgpaden, zorgafspraken tussen de 3 lijnen: er is heel wat werk aan de winkel voor de huisartsen! Zij mogen zich bij deze taak gesteund weten door het TALKS ontmoetingsplatform.

Waarbij de MCH Stichting, het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, de Universitaire Ziekenhuizen Leuven en de Regionale Ziekenhuizen zich engageren om het proces actief te ondersteunen.

### **Struikelblokken**

Waar een wil is, is een weg. Zolang men maar de ogen niet sluit voor hindernissen die moeten overwonnen worden.

- Geïntegreerde zorgpaden, netwerken, taakafspraken, overleg ... de huisarts staat voor een immense opdracht. Meteen ook een argument om de taak niet voor zich uit te schuiven.
- Een historisch competitief model ombuigen naar een netwerkmodel vereist een 'mind switch', een volledig nieuw denkkader. Dat vraagt tijd.
- Huisartsgeneeskunde is een vrij individualistisch beroep, want gebaseerd op een jarenlange persoonlijke relatie tussen huisarts en patiënt. Netwerken en verwijzing staan hier haaks op.
- De doorstroming vanuit de werkgroepen vraagt tijd en extra inspanningen inzake navorming.
- De overdracht van kennis garandeert niet per se een verandering van gedrag.
- De financiering van de extra inspanningen die gevraagd worden van de huisartsen voor het overleg met de partners uit de eerste-, tweede- en derdelijns en voor de implementatie van de geïntegreerde zorgpaden.

## **TALKS:** *Taakafspraken tussen Artsen van Leuvense Kringen en Specialisten'*

### **Kiezen voor zinvolle samenwerking**

Een precies omschreven taakverdeling tussen ziekenhuis en huisarts moet voldoende tegenwicht bieden om de 'angst' te ontcrachten die verwijzing kan inboezemen.

### **Logische partners**

Rond de millenniumwende vonden diverse zorgpartners elkaar om te werken aan initiatieven rond de brugfuncties tussen de eerste-, tweede- en derdelijn.

In een periode dat de kringstructuur eerder vaag was en er schaalvergroting was rond LOK's en SIT's (cfr. infra), was het MCH (Medisch Centrum voor Huisartsen) als gesprekspartner voor de Leuvense ziekenhuizen een voor de hand liggende keuze. Een gevestigde waarde met een 30-jarige traditie van overleg en samenwerking tussen huisarts en specialist.

Ook het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde (ACHG) was meer dan bereid om mee te werken aan het overleg en te streven naar extensie van de zorgpaden buiten de muren van het ziekenhuis. Zodat geïntegreerde zorgpaden bij de huisarts zouden kunnen beginnen en eindigen.

### **Tweemaandelijks overleg**

Om te kunnen samenwerken, moet je elkaar eerst kennen en onderwerpen bespreekbaar maken. Om dan gezamenlijk initiatieven te selecteren en te ondersteunen. Dat gebeurt op het tweemaandelijks overleg tussen de spil-

### **Zij konden bij malkander niet komen...**

Kennen de huisarts en de specialist elkaar wel voldoende?

### **De verzuchtingen van de huisarts**

- Ik heb het er moeilijk mee als u patiënten ziet zonder verwijzing.
- Kan ik altijd een verslag krijgen, en bovendien ook vrij snel, zodat ik weet wat u van mij verwacht?
- Kunt u in uw verslag zo concreet mogelijk zijn?
- Kan ik u bereiken voor telefonisch overleg?

### **De verzuchtingen van de specialist**

- Ik apprecieer een goede verwijsbrief met voldoende voorgeschiedenis en een zo concreet mogelijke vraagstelling.
- Kunt u mij feedback geven, zodat ik de afloop of de evolutie ken?
- Mag ik u vragen om mijn adviezen op te volgen, zodat u ook de opvolgconsultaties kunt doen?

figuren van UZ, MCH, ACHG en het Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart.

### Halfjaarlijkse thema-avonden

Na enkele overlegvergaderingen was het duidelijk welke problemen voldoende 'generisch' en actueel waren om mee aan de slag te gaan. De mouwen werden opgestroopt voor de organisatie van halfjaarlijkse thema-avonden die, omwille van hun locatie, al snel als de 'Georges'-vergaderingen gekend waren.

De thema-avonden werden open discussiefora tussen huisarts en ziekenhuizen. Met een formeel gedeelte van presentaties, soms ook werkgroepen, en een informeel gedeelte om de contacten verder te zetten. Aangeschreven werden de voorzitters van de wachtkringen uit het Leuvense hinterland, van West- tot Oost-Brabant, sinds kort ook de kringen rond Tienen en Diest. Zij vaardigen telkens twee vertegenwoordigers af voor dit boeiend overlegplatform, dat in april 2004 al aan zijn negende editie toe was.

### Projectgroepen

Meestal mondden de thema-avonden uit in het opzetten van projectgroepen, opdat wat besproken werd geen dode letter zou blijven. Sommige van deze projecten hadden moeite om van de grond te komen, andere resulteerden vrij snel in concrete campagnes (bv. sensibiliseringscampagne spoedgevallen), protocollen zoals dat voor dagchirurgie, performante elektronische realisaties zoals het online consultatiesysteem LISA.

### Tweemaandelijks overleg

- MCH:  
Dr. H. Mestdagh  
Dr. K. De Koker  
Dhr. S. Hendrickx



- ACHG:  
Prof. Dr. J. Heyrman



- Heilig Hart Leuven:  
Dr. L. Peperstraete  
Dr. M. De Weer



- UZ Leuven:  
Dr. W. Tambeur  
Prof. Dr. B. Spitz



- Heilig Hart Tienen:  
Dhr. R. Mattheus  
Dr. F. Martens



- A.Z. Diest:  
Dhr. E. Pouders  
Prof. Dr. R. Lysens



### Thematische werkgroepen

In mei 2003 werden diverse werkgroepen opgericht om zich te buigen over de zorgpaden die zich uitstrekken tot buiten het ziekenhuis.

Zij hebben de opdracht om een zorgpad (of een deel daarvan) te documenteren en te ontwikkelen en de rol van de huisarts in het zorgpad te duiden en te bewaken. Maar daar blijft het niet bij, want zij moeten ook zorgen voor de doorstroming naar het bredere huisartsenpubliek en hierbij fungeren als 'referentiehuisarts'. Elke groep heeft een coördinator en/of een geneesheer-specialist, die waakt over de link met de tweede- en de derdelijn.

De stuwende tandem van huisarts-lijsttrekker en specialist-lijstduwer resulteert in dynamische werkgroepen die het pad en het belang van de patiënt centraal stellen. Zij worden hierbij gesteund door het Netwerk Klinische Paden van het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschappen.

### Het heeft geen naam!

Wat in 2000 begon als een informeel contact tussen zoekende partners, is anno 2004 uitgegroeid tot een bruisende 'think tank'.

Hoog tijd dus om het kind een naam te geven.

Een naam die de wil weerspiegelt om te komen tot taakafspraken rond zorgpaden. Afspraken die gemaakt worden rond officiële gesprekstafels van overleg- en projectgroepen, maar evenzeer tijdens informele

### Halfjaarlijkse thema-avonden

- 2000:** Spoed  
Telematica
- 2001:** Communicatie tussen ziekenhuis en huisarts  
Taakafspraken
- 2002:** Ouderenzorg  
Klinische paden
- 2003:** Naar een gestructureerde eerste- en tweedelijnsregio  
Taakafspraken: cases.
- 2004:** Structurering en aanpak overleg huisartsen-ziekenhuizen

### Projecten

- Transmuraal Zorgprogramma COPD
- LISA
- Sensibiliseringscampagne Spoedgevallen
- Bevellingen met een Kort Ziekenhuisverblijf
- Geriatrisch Daghospitaal
- Taakafspraken tussen huisartsen en ziekenhuizen: Uitwerking door Thematische Werkgroepen
- Werkgroep Prenatale Zorg
- Werkgroep Ouderenzorg
- Werkgroep Dagchirurgie
- Werkgroep Borstkanker Zorgprogramma
- Leuvens Diabetesproject
- Naar een betere echelonnering van de nieuwe patiënten voor de dienst Reumatologie /UZ Leuven
- Telematica: Betrouwbare en veilige verspreiding van basisinformatie over artsen en wachtdiensten voor het aansturen van medische telematicadiensten

babbels tijdens de diverse thema-avonden. daarom zijn we trots op 'TALKS', een letterwoord dat staat voor 'Taakafspraken tussen Artsen van Leuvense kringen en Specialisten'.

*Let's talk(s).*

#### **Thematische werkgroepen rond zorgpaden**

- Prenatale zorg
- Diabeteszorg
- Ouderenzorg
- Dagchirurgie
- Borstcarcinoompatiënten
- COPD

## GLOSSARIUM

▪ <b>ACHG</b>	Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde
▪ <b>EBM</b>	Evidence Based Medicine
▪ <b>EMD</b>	Elektronisch Medisch Dossier
▪ <b>GMD</b>	Globaal Medisch Dossier
▪ <b>GDT</b>	Geïntegreerde Dienst voor Thuisverzorging
▪ <b>HAK</b>	Huisartsenkring
▪ <b>LOGO</b>	Lokaal Gezondheidsoverleg
▪ <b>LOK</b>	Lokale Kwaliteitsgroep
▪ <b>MCH</b>	Medisch Centrum voor Huisartsen
▪ <b>SEL</b>	Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg
▪ <b>SIT</b>	Samenwerkingsinitiatief in de Thuiszorg
▪ <b>TALKS</b>	Taakafspraken tussen Artsen van Leuvense kringen en Specialisten
▪ <b>UZ</b>	Universitaire Ziekenhuizen

*Samenstelling:*

*Schrijf.be copywriting, gebaseerd op interviews met vertegenwoordigers van MCH, ACHG, UZ Leuven en het Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart.*

*Concept en Lay-out:*

*dienst communicatie, UZ Leuven*

*Verantwoordelijke uitgever:*

*Dr.W.Tambeur, UZ leuven, Herestraat 49, 3000 Leuven*

