

BIJLAGE 1	2
EERSTE DISCUSSIEFORUM HUISARTSEN DD 20/02/01.....	2
BIJLAGE 2: VERSLAGGEVING VERGADERINGEN ‘TECHNISCHE CEL’	5
DD 12/09/2000	5
DD. 23/10/00	7
DD. 07/11/00	10
DD. 05/12/00	12
DD. 02/02/01	14
BIJLAGE 3: VERSLAGGEVING DISCUSSIEGROEP HUISARTSEN	16
DD. 20/02/01 ZIE BIJLAGE 1	16
DD. 14/03/01	16
DD. 09/05/01	18
BIJLAGE 4: JAARLOONKOST VAN EEN WERKNEMER. BRON: SECUREX	25
BIJLAGE 5: LISA	26
BIJLAGE 6 : REGISTRATIEFORMULIER VOOR GEBRUIK TIJDENS DE HUISARTSENWACHT	28
BIJLAGE 7: DAGBOEK	29

Bijlage 1

Eerste discussieforum huisartsen dd 20/02/01

Actueel gangbare concepten in het ziekenhuis/knelpunten op spoed

- De patiënt maakt in toenemende mate oneigenlijk gebruik van de spoeddienst. Hij gedraagt zich hierbij als klant en 'koopt' een product dat hem het beste past.
- De huisarts bypast via de spoeddienst het opnamebeleid van het ziekenhuis.
- De spoeddienst krijgt een nieuwe functie als gevolg van nieuwe concepten in de ziekenhuisorganisatie:
De patiënt krijgt eerst een 'work-up before admission'. Dit gebeurt via consultatie of daghospitaal om bij opname een plaats in een zorgprogramma te krijgen.
Wie bepaalt wanneer en in welk zorgprogramma de patiënt wordt opgenomen? De huisarts, de spoeddienst, de orgaanspecialist?
Gevaar bestaat dat de spoeddienst een ziekenhuis binnen het ziekenhuis wordt.
- Het nieuwe ziekenhuis heeft 3 verschillende opdrachten:
 - Hoog-technologische opdrachten (vb. transplantatie, intensieve zorgen).
 - De day-care en short-stay.
 - Een ongedefinieerd luik met de spoeddienst als gatekeeper? De opdracht voor het ziekenhuis ligt hier van het ongeplande gepland te maken.

Wat wil het ziekenhuis doen?

Communicatie met de huisarts verbeteren.

Investeren in hard- en software voor huisarts.

Hoe kan de organisatie van de huisartsenwachtdienst en de ziekenhuisstructuren op elkaar worden afgestemd in functie van een optimale zorg voor de patiënt?

Actuele knelpunten bij de uitvoering van de wachtdienst in Leuven en Haacht.

Enkele suggesties naar verklaringen en/of oplossingen worden in 'italic' aangegeven.

- Op spoeddienst wordt een ganse batterij onderzoeken gedaan bij elke patiënt. Daar kan de huisarts niet tegen op.
De pediatrie opvang op spoed is bijna huisartsgeneeskunde (op de technologie na).
's Nachts zijn er in het ziekenhuis vaak onervaren artsen in opleiding van dienst, die zich door een onderzoekenbatterij willen veilig stellen voor hun supervisor. Dit is een organisatieprobleem binnen het ziekenhuis waaraan moet worden gesleuteld.

Op spoed worden ook kinderen opgevangen van privé-pediatrie praktijken of gezinnen zonder huisarts.

- De spoeddienst wordt door de HA soms als snelle poort voor opname gebruikt als er een te lange wachttijd is. Dit blijkt regel te zijn voor de geriatrie/psychiatrie of wordt soms ook door de

betrokken specialist voorgesteld. Voor bejaarden zijn de opeenvolgende veranderingen van locatie (GHB-spoed, St Pieter, Pellenberg) erg ontregelend.

Hieraan kan worden verholpen door een persoonlijke (telefonische) vraag van de huisarts aan de specialist, om de urgentiegraad van de verwijzing aan te geven en duidelijk te maken wie de initiatiefnemer van de verwijzing is (huisarts of patiënt)

In de toekomst zal het aantal ziekenhuisbedden dalen en zal opname slechts gebeuren na grondige motivatie. Ieder moet zich beraden waar het gewicht van de HA en de specialist hierin ligt.

➤ De specialist is vrij onbereikbaar voor huisarts, vandaar vaak opname via spoed.
Betere/andere communicatiekanalen moeten worden aangeboord tussen huisarts en specialist.

- Van de patiënten die na onderzoek op spoed terug naar huis gaan, zou de huisarts het grootste deel moeten kunnen zien. (kinderen met koorts, hechtingen,...)
- De huisarts blijkt onvoldoende voordelen te bieden aan patiënten in vergelijking met de spoeddiensten.

Hier past een kritische introspectie en reflectie over opdrachten cf. infra.

- Wordt er voldoende rekening gehouden met de verschillende patiëntenprofielen?
 - in functie van de pathologie (chronische, acute, palliatieve...)
 - vluchtelingen
 - kansarmen (financiële implicatie van eerst naar Ha en vervolgens naar spoed...)
- Er is geen taakafpraak tussen de huisarts en de spoeddienst.

Waar begint en eindigt ieders opdracht? Waar is er overlap?

De dispatching op spoed zou de HA van wacht moeten kennen en kunnen doorverwijzen.

- Moet de HA triage doen/gatekeeper zijn voor spoed?

Er is ervaring met een Australisch triagesysteem. Categorie 5 hoort absoluut niet op spoed. Men gaf deze walk-in patients een opvallend rood document in handen en ze moesten wachten tot dringender zaken waren opgelost. De opvallende labeling als onnodig gebruiker van spoed en de lange wachttijden selecteerden op termijn alle categorie 5-patiënten weg van de spoeddienst. Dit is een goed systeem maar er moet een goed alternatief zijn voor de spoeddienst.

- De wachtorganisatie is ondoorzichtig voor de gebruikers: wat kan de huisarts, hoe is die te bereiken, hoe lang moet men wachten...

Medisch huis, een centrale permanentie waar mensen een gans weekend naar toe kunnen, stalen meekrijgen, ...

Een huisarts voor huisbezoeken, één huisarts voor spreekuur.

- Is de huisartsenwacht wel een goed georganiseerd systeem dat alle patiënten kan opvangen die niet op de spoeddienst thuishoren?
- Werkt een centraal oproepnummer de anonimiteit niet in de hand? Staat dit niet haaks op de persoonlijke zorg van de huisarts.
- Welk is de taakomschrijving van de huisarts tijdens de wachtperiode?
 - Wat betekent continuïteit van zorg? Voor eigen patiënten? Voor alle patiënten van een regio?

- Wat is huisartsgeneeskundige zorg? (context, familiaal, sociaal, economische aspecten)
- Welke zorg wil/kan de huisarts bieden aan de patiënt?
- Welke kwaliteitscriteria willen HA zich aanmeten?
- Hoe maakt de huisarts de patiënt tevreden? Wat is haalbaar?
- Is de huisartsenwacht een spoedgevallenwacht, het verlengde van de spoeddienst?
- Huisartsen zijn zich onvoldoende bewust van de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid tijdens wachtperiode als individu en als vereniging . Een VZW is niet aansprakelijk te stellen voor de fout van een individu. Wat als de telematica niet naar behoren functioneert? Is de wachtdienst hiervoor verzekerd?
- Er is een toenemend onveiligheidsgevoel, niet in het minst door de automatische doorschakeling via operator of teledienst.
- Wacht doen is niet aantrekkelijk voor HA:
 - onveilig
 - financieel (gelijk te schakelen met het ziekenhuis?)
 - stress
 - geen compensatie (rust)
 - geïsoleerd in het werk
 - tekort aan infrastructuur: materiaal, informatisering (voorkennis, dossier), PR, service, telefonische of administratieve ondersteuning.
- Patiënten misbruiken niet alleen spoed maar ook de 100 en de huisartsenwachtdienst. Ze moeten worden opgevoed.
- Hoe kunnen we het product 'huisarts van wacht' beter verkopen?

Door de actuele politieke interesse en de interesse van het ziekenhuis en mogelijke subsidie en logistieke steun, is het moment rijp om over al deze aspecten na te denken en in te vullen.

Bijlage 2: Verslaggeving vergaderingen ‘technische cel’

dd 12/09/2000

Aanwezig:

Voor de huisartsen: Dr. J. De Bondt, Dr. M. Decq, Dr. H. Mestdagh, Dr. J. Vanderroost

Voor ACH: Dr. K. Van Hoeck, Prof. Dr. J. Heyrman

Voor H.Hart Leuven: Dr. D. Van der Donckt

Voor UZ Leuven: Prof. Dr. H. Delooz, Mevr. M. Lavaerts (verslag), Prof. Dr. M. Sabbe, Dr. W. Tambeur

Voorstelling van de werkgroep en haar leden

Het locoregionaal extern beleid bestaat sinds 6 maanden.

Structurele organisatie: contact UZ Leuven en MCH/huisartsenkringen dat 1x/maand samenkomt en waaraan initiatieven en projecten worden gerapporteerd.

Het initiatief sensibiliseringscampagne is vanuit dit forum ontstaan. Het doel van dit forum is regelmatig contact te onderhouden met de kringen. De eerste screening van thema's welke interessant zijn voor huisartsen, werd door Dr. H. Mestdagh waargenomen. Een daarvan is de problematiek van de wachtkringen.

Op 18 mei werd de eerste thema-avond georganiseerd in Salons George rond spoedgevallen. Het klassieke misverstand dat het ziekenhuis concurrentieel wil zijn met de huisartsen werd er ter sprake gebracht. Het ziekenhuis apprecieert daarentegen de actieve participatie van de 1ste lijn.

Na enkele lezingen (organisatie wachtkringen door Dr. H. Mestdagh, geschiedenis van de spoedgevallenzorg door Dr. D. Van der Donckt van het regionaal ziekenhuis H. Hart Leuven en cijfermateriaal door Prof. Dr. H. Delooz) was er de mogelijkheid tot discussie onder leiding van Prof. Dr. J. Heyrman. Uit deze discussie werden volgende accenten gedistilleerd:

- (1) ziekenhuis kan logistieke medewerking verlenen aan de wachtkringen
- (2) sensibiliseringscampagne
- (3) Brusselse regio: taalprobleem voor transport (ambulance, MUG)
- (4) reorganisatie van de wachtdienst van groot Leuven: UZ Leuven wil actief meewerken.

Deze werkgroep zal punt (2) onder de loep nemen op voorstel van Prof. Dr. H. Delooz.

Praktisch

De sensibiliseringscampagne zal voorafgegaan worden door een grondig onderzoek naar de huidige situatie, de nood aan optimalisatie en mogelijke verbeteringen.

Een aantal bestaande projecten op het terrein kunnen hun krachten bundelen met focus op dit project: project van het Academisch Centrum voor Huisartsengeneeskunde en het onderzoek van de wachtkring Leuven: bestuurlijke werkgroep.

Bespreking modaliteiten van het onderzoek:

De wachtkringen doorlichten: welke patiënten komen naar de spoedgevallendienst?

Database ontwikkelen vanuit specifieke vraagstelling. 1 op 10 patiënten van de regio Leuven komt

naar de spoedgevallendienst. De problemen situeren zich voornamelijk 's avonds en in het weekend. Patiënten met kleine traumata komen meer dan zieke patiënten. Er komen meer kinderen dan volwassenen.

Volgende stap: wat kan patiënt verwachten van de huisarts.

Werkwijze:

=> methodologisch onderbouwen, studiefase moet eraan voorafgaan

=> focus op organisatie van de wachtdienst

In een ander forum zal een methodologische manier om onderzoek te doen op punt gesteld worden.

Tegen de volgende vergadering: studie uitrollen, gegevens verzamelen -> mogelijke acties waarvan het effect moet geanalyseerd worden.

Geografische zone: Wachtkringen Haacht en Leuven: wat is haalbaar? Wat willen ze?

Ziekenhuis te Bonheiden erbij betrekken (is interessant voor wachtkring Haacht omdat een deel naar Bonheiden verwezen wordt). Idem regionaal ziekenhuis H. Hart Leuven.

Timing: zie tijdslijn. Het project van het Academisch Centrum voor Huisartsengeneeskunde loopt tot december 2001 (15 maanden: 12 maanden: verzamelen cijfermateriaal en 3 maanden om te verwerken).

Conclusie

Minimum aan structuur nodig.

Aantal kernspelers: studie en project trekken: Dr. Van Hoeck, Prof. Dr. Sabbe, Dr. Mestdagh, Dr. Vanderroost = technische cel, logistiek gecoördineerd vanuit het Academisch Centrum voor Huisartsengeneeskunde.

To do:eind oktober: voorstel van een haalbaar project;

voor huisartsen: concreet zoeken naar potentieel realistische actie.

Volgende vergadering

Donderdag 26 oktober 2000 van 12.30 tot 14.00 uur in de grote vergaderzaal op het gelijkvloers.

De technische cel zal voor deze datum vergaderen.

04/10/2000

dd. 23/10/00

Aanwezig: Marc Sabbe, Hans Mestdagh, Jan Vanderroost, Katelijne Van Hoeck

De doelstelling van het project:

Het opzetten van een effectieve sensibiliseringscampagne naar patiënten ter bevordering van een gepast gebruik van de huisartsenwachtdiensten en de spoedgevallendiensten.

Om dit doel te bereiken dienen drie fasen te worden doorlopen:

1. de ontwikkeling van een model dat tot een gepast gebruik van hoger genoemde diensten noopt
2. het organiseren van de sensibiliseringscampagne in fase met de implementatie van een model
3. het meten van de effectiviteit van de sensibiliseringscampagne en het toegepaste model

Deelnemers

De deelnemende partners aan dit project zijn de huisartsenwachtdiensten van Leuven en Haacht, Marc Sabbe, urgentie-arts, in het kader van een eindwerk 'Ziekenhuismanagement' en Katelijne Van Hoeck van het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde (ACHG) met financiële steun van het Ministerie van Volksgezondheid.

Jan stelt dat de Leuvense wachtkring het moeilijk heeft met het aandeel van het ACHG in dit project omwille van een conflictueuze relatie tussen de kring en de Universitaire Groepspraktijk (UGP).

Om een doorzichtige werking tijdens het ganse project te garanderen en belangenvermenging te vermijden wordt voorgesteld om bij de concrete aanvang van het project een contract op te stellen tussen de deelnemende partners. In dit contract moeten worden opgenomen:

- het engagement van elke partner
- de taakverdeling
- de eigendom van de gegevens
- de modaliteiten bij het uitbrengen van gegevens (bv via een 'beheerraad' van het project, zijnde afgevaardigden van de verschillende geledingen)
- de gevolgen voor de partners bij het niet naleven van de taken/inspanningsverbintenissen...
- de evt. honorering voor deelnemende huisartsen in de discussiegroep en/of in de enquête

Methode

De ontwikkeling van een model dat tot een gepast gebruik van de huisartsenwachtdienst en spoeddienst noopt.

Omdat de rapporten van SYLOG-projecten in Gent en Antwerpen, lokale wachtkringen (Brussel, Turnhout), ervaringen in het buitenland en de literatuur waarschijnlijk voldoende informatie leveren over de behoeften van patiënten ten aanzien van huisartsen wachtdiensten en spoedgevallen, werd ervan afgezien opnieuw een behoeftenonderzoek uit te voeren bij deze doelgroep.

Op basis van de hogergenoemde rapporten en de literatuur zullen een aantal modellen voor organisatie van wachtdiensten worden geselecteerd. Deze modellen zullen worden voorgelegd aan een discussiegroep van huisartsen samen met een aantal theoretische bedenkingen. Van deze groep wordt verwacht dat ze de concrete haalbaarheid met de respectieve voor- en nadelen bespreken en evalueren. Op basis van deze discussie (mogelijks enkele malen te herhalen) kan de voorkeur naar

één of meerdere modellen uitgaan.

De methodologie die hier kan worden gevolgd is deze van het kwalitatief onderzoek.

In een volgende stap wordt de visie van de patiënt ten aanzien van deze modellen gevraagd door middel van een vragenlijst. Deze lijst wordt aan 3 groepen patiënten voorgelegd:

1. de patiënt/persoon die geen (dringende) nood heeft aan zorgen. Dus buiten elke urgentie.
2. de patiënt die zich met een 'urgent' probleem tot de huisarts wendt
3. de patiënt die zich met een 'urgent' probleem tot de dienst spoedgevallen wendt (waarin ook de verwezen en niet-verwezen patiënten zijn te onderscheiden)

Deze patiëntenenquête moet volgens de statistische normen van een kwantitatieve methode worden opgezet en verwerkt.

Er wordt gedacht om de 3 groepen een uniforme 'basis'-enquête voor te leggen, aangevuld met enkele groepsspecifieke vragen zoals oa naar de motivatie om in eerste instantie voor de HA of spoeddienst gekozen te hebben.

Uit de resultaten van dit onderzoek kunnen duidelijke voorkeuren blijken.

De resultaten van de patiëntenbevraging kunnen teruggaan naar het huisartsenforum ter reflectie om tot een finale modelkeuze te komen waardoor een cirkelbeweging in de totstandkoming van de modelkeuze bestaat. Deze beweging is essentieel in de responsabilisering van de huisartsen ten aanzien van hun eigen keuze en de uitwerking ervan, rekening houdend met de reflecties van de doelgroep. Eventueel kan de keuze ook worden voorgelegd aan de 'experten' van SYLOG-projecten in Gent en Antwerpen.

Het organiseren van de sensibiliseringscampagne in fase met de implementatie van een model

Over wat en hoe een sensibiliseringscampagne er moet uitzien werd niet gesproken.

Het meten van de effectiviteit van de sensibiliseringscampagne en het toegepaste model

Om effecten te kunnen meten dient er een meting voor en na de interventie te gebeuren. De interventie kan worden omschreven als de sensibiliseringscampagne en de reorganisatie van de huisartsenwachtdienst.

Actueel worden gegevens geregistreerd zowel in de spoedgevallendienst als op een centraal secretariaat van de Leuvense wachtkring. Deze data kunnen staan als nul-meting om het effect aan te toetsen. Verschillende indicatoren voor effect kunnen worden geselecteerd. (vb. aantal banale klachten op spoedgevallen, tevredenheid van de patiënt...)

We moeten ons ervan bewust zijn dat het effect niet alleen aan de sensibilisering te wijten is maar ook aan de reorganisatie.

Financiëel

Wanneer de medewerking van artsen wordt gevraagd om patiënten te motiveren tot medewerking aan de enquête zal ook in enige honorering moeten worden voorzien.

Omdat patiënten sensibiliseren voor een bepaald zorgmodel slechts zinvol is in het kader van een gelijktijdige of tenminste toch nakende reorganisatie van de wachtdiensten, zullen er fondsen moeten worden gezocht voor de implementatie van het geselecteerde model. Hiervoor zal contact met het Ministerie voor Sociale Zaken moeten worden opgenomen.

Contactpersonen aldaar kunnen zijn Dirk Ramakers en Tine Dusauchoit.

Het belang van dit project ligt in het eindproduct, namelijk een model ter reorganisatie van de 'out of hours'-opvang dat eventueel elders ten lande kan worden georganiseerd.

Te doen

Opstellen van een duidelijke taakverdeling en timing.

Contact opnemen met Sociale Zaken.

Realiseren van een grondige literatuuronderbouw.

Overeenkomen omtrent de juiste definities van termen.

Bedenkingen

Bij het opstellen van het verslag en het uitschrijven van de doelstellingen leek het me eigenaardig dat we het opzetten van een sensibiliseringscampagne als hoofddoel nemen terwijl de implementatie van een nieuw model (waar het uiteindelijk toch allemaal om draait) als 'noodzakelijke bijkomstigheid' wordt genoteerd. Zou het niet juister zijn als we de implementatie van het model en de noodzakelijk gepaardgaande sensibilisering als doelstelling nemen?

dd. 07/11/00

Aanwezig: Jan Vanderroost, Michel Decq, Hans Mestdagh, Dirk Van der Donckt, Marc Sabbe en Katelijne Van Hoeck

Wat is noodzakelijk voor de meeting kringvoorzitters van 30/11 ek.?

Deze vergadering handelt over telematica (één van de andere gemeenschappelijke projecten van de kringen) en er zal maar een korte tijd worden uitgetrokken om de stand van zaken van het WD/spoed project toe te lichten. Dit zal door Hans worden gedaan en Katelijne bezorgt hem hiervoor het nodige materiaal.

Een uitgebreide voorstelling van het project aan de kringen gekoppeld aan de vraag tot medewerking wordt voorzien voor half december. Tegen die tijd moet het project zijn uitgeschreven en duidelijk zijn wat van de artsen wordt verwacht.

De timing

30/11/00: eerste feed-back naar kringen

05/12/00: meeting brede werkgroep: stand van zaken en finaliseren van contract

15-20/12/00: presentatie project aan kringen/ motiveren tot medewerking

half januari 2001: start discussiegroep rond modelkeuze. Marc en Katelijne hebben dan literatuur rond modellen en concepten klaar en inventaris van modellen met voor- en nadelen.

februari (?) 2001: starten van de voormeting

Taakverdeling

Marc zoekt het modelcontract op en verspreidt het onder de leden van de technische cel.

Marc en Katelijne nemen de literatuur door ter voorbereiding van de huisartsendiscussiegroep.

Welke motieven kunnen HA aanzetten om mee te werken aan het project?

De beste motivatie ligt in de winst die alle deelnemende partijen aan het project kunnen hebben.

Waarin ligt het voordeel voor de huisartsen?

- het ontwikkelen van een overlegplatform tussen huisartsen en ziekenhuizen mbt WD/spoed
- het ontwikkelen van een performantere eerste lijn door:
 - het uitwerken van een duidelijk herkenbaar profiel en takenpakket van de huisarts mbt de out-of-hours service en spoedgevallen
 - de implementatie van een wacht-model door huisartsen geselecteerd
 - de uitstraling van dit profiel en model in een sensibiliseringscampagne naar de patiënten
- het oprispen van vaardigheden van de huisarts door ondermeer het aanbieden van gepastmateriaal (trousse met O2 ed.) en het nodige kader (medisch huis, taakafspraken met het ziekenhuis) om in de beste omstandigheden wacht te lopen. Dit kan het 'wacht-doen' aangenamer en boeiender maken.

- door de technologische evoluties binnen het ziekenhuis en de toename van ambulante zorgen binnen de dagkliniek, verhoogt de kans dat de huisarts thuis geconfronteerd wordt met klachten/complicaties ten gevolge van deze ingrepen. De ziekenhuis- en thuiszorg zullen door middel van protocollen op elkaar moeten worden afgestemd. Deze samenwerking moet transparant zijn en bekend bij de patiënt opdat deze na een ingreep niet nodeloos naar de spoeddienst van het ziekenhuis gaat maar de huisarts contacteert.

Wat is een urgentie?

Het begrip 'urgentie' definiëren, is een haast onmogelijke zaak. Toch is het belangrijk ons erover te buigen al was het maar in functie van de sensibiliseringscampagne.

Er bestaan de verschillende (Australische) klassen van urgenties maar de omschrijving van de klassen vertrekt vanuit een medische diagnostiek en deze komt niet overeen met de drijfveren van de patiënt om een probleem al dan niet urgent te beoordelen.

Marc maakt een interessante en functionele opdeling tussen 'de urgentie' en de 'urgente behandeling' waarbij de patiënt bepaalt wat hij/zij urgent vindt maar de arts bepaalt of de behandeling urgent moet worden ingesteld.

vb. Een bejaarde palliatieve patiënt waarbij tussen de huisarts en de betrokkenen overeen is gekomen niet meer te reanimeren bij een volgende hartsdecompensatie, behoeft geen MUG-reanimatie en hospitalisatie.

Een oudere patiënt met een blanco voorgeschiedenis die voor het eerst een longoedeem doet, vereist daarentegen wel een urgent transport naar het ziekenhuis in optimale omstandigheden.

Jonge werkende ouders met een baby die op zondagavond koorts heeft, vinden het nodig om nog een arts te zien en kunnen niet tot maandagochtend wachten omwille van het organiseren van de kinderopvang voor maandag.

Informatie-uitwisseling

Uit tal van voorbeelden blijkt dat een goede uitwisseling van informatie tussen de behandelende- en wachtdoende arts een zeer belangrijk (zelfs cruciaal) aspect is in het betrouwbaar en transparant maken van de wachtorganisatie voor de patiënt.

Pediatrie

Met de out-of-hours zorgverlening aan patiëntjes van pediatrie praktijken zal moeten rekening gehouden worden bij de keuze en implementatie van een wacht-model en de taakverdeling met de spoeddiensten.

Discussiegroep

Niettemin staande er twee wachtkringen zouden deelnemen aan het project (misschien meer), wordt er toch voor één discussiegroep geopteerd. Dit impliceert geenszins dat slechts één model de voorkeur kan/mag wegdragen. Verschillende regio's kunnen nood hebben aan verschillende modellen.

Naargelang de behoefte kan de discussiegroep in verschillende werkgroepen worden onderverdeeld. De modelkeuze moet worden geïnspireerd door de doelstelling om elk echelon optimaal te laten functioneren bij het realiseren van de wachtdienst. De aanwezigheid van Marc en Dirk bij de discussiegroep is in die mate inspirerend dat huisartsen op de hoogte moeten zijn van de opdrachten van spoedartsen.

dd. 05/12/00

Aanwezig: Marga Lavaerts, Wim Tambeur, Michel Decq, Jan Vanderroost, Marc Sabbe, Katelijne Van Hoeck

Reflecties op vergadering van 30/11, HA-kringen en ZH

Hans stelde kort het project voor. Er kwamen geen reacties op.

De avond handelde over "telematica", ondermeer

* het elektronisch medisch dossier bij de huisarts, wat een hefboom betekent in de samenwerking tussen de eerste lijn en de ziekenhuizen, met een niet te onderschatten impact op de arts-patiënt-relatie en de ombudsfunctie van de huisarts.

* de beeldarchivering

Actueel loopt een project met een dertigtal HA waarbij ontwikkeld wordt op welke wijze huisartsen het "ziekenhuistraject" van patiënten kunnen volgen. Mogelijkheden, valkuilen, privacy etc. worden onderzocht. (verantwoordelijken zijn: Prof Bart Van den Bosch en Erwin Bellon van informatiesystemen)

* evidence based medicine

* de website van het MCH. Patrick Dufraimont is enthousiast uitbouwer van de site.

Er bleek tijdens de avond een grote vraag te bestaan naar elektronische communicatie.

De ontwikkeling in het domein van de telematica is voor ons project zeer interessant wat betreft de informatie-uitwisseling tussen de wachtdoende huisarts en het ziekenhuis (na verwijzing van een patiënt) en tussen de wachtdoende huisarts en de huisarts van de patiënt en respectieve dossiergegevens.

Jef Steenackers, in het kader van het COPD-thuiszorg project, werkt ook aan een elektronische info-uitwisseling. Contact mee op te nemen.

In eerste instantie kan gewerkt worden aan een elektronische registratie van de wachtgegevens tijdens de voor- en nameting.

Finaliseren van het contract

Marc heeft een contractvoorstel bij dat kan worden aangepast voor dit project met betrekking tot de uit te voeren opdrachten, verantwoordelijkheden en publicaties.

Principesakkoord

De voorzitters van de wachtdiensten en de ziekenhuizen moeten zo snel mogelijk een studieprotocol voorgelegd krijgen en de actief deelnemende partners moeten een akkoord ondertekenen.

Moet dit akkoord niet zijn voorgelegd voor dat huisartsen worden aangeschreven en gevraagd om mee te werken?

Timing voor nabije acties

Voor de Kerst: aanschrijven van alle huisartsen van de kringen Leuven en Haacht (hoofding van wachtkring) waarin compact het project wordt voorgesteld en hun medewerking wordt gevraagd. Tegelijk worden ze uitgenodigd op de eerst volgende bijscholing (datum moet nog geconfirmeerd

worden) waar het project nogmaals in het kort wordt geduid. (voor -evt tussen 20.30 en 21.00u- of na de geplande spreker?)

Het recruteren van huisartsen voor de discussiegroep gebeurt via de voorstellingsavond maar kan ook schriftelijk via een inschrijvingsstrook aan de uitnodigingsbrief.

Opstarten discussiegroep

Gepland 1 à 2 weken na de voorstelling en recrutering van de huisartsen.

Voorbereiden van de voor- en nameting

Zal door Marc en Katelijne verder worden uitgewerkt.

Te doen

Opstellen van een studieprotocol

Katelijne doet voorstel en stuurt rond voor aanpassingen

Opstellen van een samenwerkingsakkoord-document(kan dit akkoord hetzelfde zijn als het contract?)

Marc?

Opstellen van een brief naar de huisartsen van de kringen Leuven/Haacht

Katelijne doet voorstel en stuurt rond voor aanpassingen.

Katelijne neemt contact op met Jef Steenackers.

Marc houdt contact met de mensen van informatiesystemen.

Vragen aan Jan en Hans

Datum van een gepast januari-bijcholingsmoment?

Kan de uitnodiging op briefpapier-met-hoofding van de kring (cfr punt 3)

Wordt het project voor (20 u-20.30u) of na de geplande uiteenzetting voorgesteld?

dd. 02/02/01

Aanwezig: Marc Sabbe, Jan Vanderroost, Michel Decq en Katelijne Van Hoeck
Hans Mestdagh en Dirk Van der Donckt waren verontschuldigd.

Discussiegroep

De datum voor de huisartsendiscussiegroep wordt vastgelegd op 20/02/01 om 21 uur.

Locatie: MCH (Jan checkt of zaal vrij is). Iedere projectdeelnemer zal gastheer zijn. Volgende locaties zijn dan Gasthuisberg, Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde en het Heilig Hart ziekenhuis.

Recruterings: Jan, Michel en Hans spreken hun collega's aan en vragen om medewerking. Hierbij oog hebben voor engagement, diversiteit van praktijken (solo, groep, wijkgezondheidscentrum, dissidenten,...). In totaal 12 tal artsen.

Verloop van de 1^e avond:

Marc tekent bij de start het kader (+/- 20 min.): Hoe evolueert actueel de gezondheidszorgorganisatie in het ziekenhuis. De opgang van de zorgprogramma's en hoe dit kan aansluiten op de huisartsgeneeskunde. Aansluitend kunnen de verwachtingen van het ziekenhuis t.a.v. de huisartsen worden geduid.

Een aspect om aan te halen, is ook het voordeel aan te geven van een reorganisatie van de huisartsenwachtdienst voor de ziekenhuizen.

Vervolgens is er tijd voor eerste reflecties. Verwacht wordt dat men snel in casuïstiek vervalt. Aan de hand van de concrete situaties moet een probleemanalyse worden gemaakt: wat is de oorzaak en hoe kan dit vermeden worden.

Casus → probleemanalyse → oorzaak → oplossing

Op die manier levert de casuïstiek een interessante analyse op met het oog op het te ontwikkelen organisatiemodel.

Het gesprek zal worden geleid door Marc en Katelijne. Er zal ter plekke worden nota genomen en ge-audiotaped.

Totale duur 1,5 à max 2 uur

Ter voorbereiding van de 2^e avond zal de probleemanalyse worden verwerkt in functie van de bestaande literatuur m.b.t. het gebruik van de huisartsenwachtdienst en spoeddiensten, ervaringen van huisartsen, percepties van patiënten en organisatiemodellen.

Voor- en nadelen van modellen worden aangegeven (methode nog verder te bespreken).

Metingen

Om de registratiebelasting voor de huisartsen zo minimaal mogelijk te houden, wordt de registratie van gegevens beperkt tot het wachtdienstverslag, model Haacht.

Leuven zal daarom zijn wachtdocumenten moeten aanpassen met drie doorslagjes: één voor de wachtarts, één voor de huisarts en één voor de registratie. Dit laatste document moet anoniem zijn maar heeft wel een volgnummer zodat, indien nodig, terug naar de artsen kan worden gegaan voor informatie.

Ik voeg ter informatie van Jan (die met drukker contact zal opnemen) wat er actueel op het formulier gedrukt is. In italic geef ik aan wat er moet worden aan toegevoegd (volgnummer; Hans, moet er bij jullie een nieuwe bestelling worden geplaatst?)

Marc kijkt na wat er in het ziekenhuis actueel wordt geregistreerd en wat eventueel nog opportuun is. (Wordt er al genoteerd of iemand op verwijzing komt of niet?)

Telefooncentrale

De Leuvense sector zal vanaf midden februari een centraal telefoonnummer hebben dat aansluiting geeft bij ACTIFOON Zaventem. Dit is een operator die doorverbindt met de huisarts van dienst. Dit geldt voor Leuven, Bierbeek, Oud-Heverlee en Bertem.

Bijlage 3: Verslaggeving discussiegroep huisartsen

dd. 20/02/01 zie bijlage 1

dd. 14/03/01

Doelstelling van de reorganisatie

Doel	Effect	Effect overheid
1. Comfort voor de huisarts verbeteren.	De huisarts is tevreden.	?
2. Kwaliteit van zorg voor de patiënt verbeteren.	Patiënt is tevreden en gebruikt de diensten correct.	Toename van de kwaliteit van zorg
3. Ongepast gebruik van de spoed verminderen.	Efficiënter gebruik van mensen en middelen.	Bezuiniging op uitgaven gezondheidszorg.

Ervaringen en remedies

Inventaris

Negatieve ervaringen voor de HA tijdens WD	Mogelijke remedies	Opmerkingen
Het ontbreekt de huisarts aan medische info over de patiënt (bij psychosomatie, psychiatrie, chronische of palliatieve...).	Zorgplan of werkdoos bij de patiënt thuis (cfr. SIT's) / medische info elektronisch ter beschikking (mailbox, centraal dossier), van de huisarts en van het ziekenhuis (cfr. daghospitalisatie of ontslag uit het ziekenhuis op vrijdagmiddag).	De huisarts is verantwoordelijk voor overdracht van relevante info over zijn patiënt tijdens de wachtdienst.
Wacht lopen is erg belastend; de huisarts kan niet recupereren.		
Moeilijk verplaatsen en parkeren in Leuven.	Prioritair vervoer en parkeerregeling afspreken met de stad of gemeente.	
Verre verplaatsingen in regio Haacht.	Regio formeel opdelen in sectoren of informele afspraak met collega van wacht aan andere kant van regio.	
De huisarts kan geen bijkomend labo of RX doen. (vb. CO-intoxicatie, verstuikte enkel...)	RX en lab ter beschikking in medisch huis of Gericht verwijzen naar spoed voor een bepaald onderzoek en vragen voor terugverwijzing met resultaat of Een centrale huisartsenpost moet onderdak in het ziekenhuis(1).	De behoefte aan techniek is bij de huisarts niet groot: je gebruikt techniek als je het ter beschikking hebt. "Kleine radiologie" op spoed is een gemakkelijke inkomst voor een ZH. (2).
Sommige spoeddiensten werken +/- als centrale huisartsenposten tijdens het weekend en de avond.	De huisarts van wacht moet bekend zijn in het ziekenhuis.	
Te veel huisbezoeken	Consultaties promoten. Comfort houden voor arts en patiënt door op afspraak te werken. De locatie kan zijn een medisch huis, een centrum Medisch Schooltoezicht of de praktijk van de HA	

Onveiligheid	Werken met een centrale dispatcher, minder huisbezoeken doen, meer consultaties.	
Hoe garanderen we kwaliteit	Richtlijnen kunnen helpen. Eventueel opdracht voor LOK's	Is dit haalbaar; kan patiënt hier niet mee schermen?

(1) Onder dak gaan bij een bepaald ziekenhuis in de regio zou als ongepaste concurrentie door een ander ZH kunnen worden ervaren.

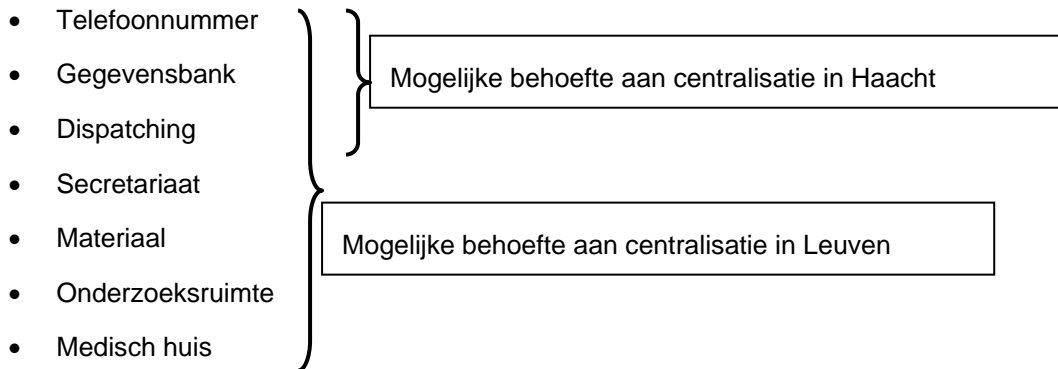
(2) Door de kleine radiologie en chirurgie bij de huisartsen te houden, ontstaat er wel concurrentie met spoeddiensten van kleinere ziekenhuizen.

Centralisatie

Uit de discussie groeit toch de behoefte naar een zekere centralisatie.

Centralisatie kan op verschillende niveaus, in verschillende mate. Zo zal Haacht hier andere behoeften hebben dan Leuven.

Centralisatie op niveau:



Te doen

Kateljine maakt inventaris van knelpunten en oplossingen die door de buitenlandse modellen worden aangedragen.

De groepsleden evalueren wat haalbaar is in de respectieve regio's.

dd. 09/05/01

Wat halen we uit de internationale modellen voor de eigen wachtwerking?

Een zekere mate van centralisatie is aangewezen:

Een centraal communicatiesysteem

▪ Een centraal telefoonnummer:

- In Haacht schakelt dit nummer automatisch door naar de dokter van wacht. Meermaals zijn hier al problemen geweest wanneer het doorschakelsysteem niet functioneert.
- In Leuven wordt er automatisch doorgeschakeld naar de dienstdoende arts, volgens beurtrol onder dienstdoende artsen. Probleem hier is dat de patiënt eventueel in een tweede fase dezelfde dokter niet kan bereiken en dat de dokter niet eenvoudig adres en telefoon van patiënt kan opvragen.
 - Conclusie: een persoon aan de telefoon die gegevens (adres en telefoon) noteert is opportuun voor Leuven, voor de weekenddienst. Haacht?

▪ Centrale registratie:

- Van de oproepen, de contacten, en de afhandeling. Wordt dit schriftelijk of elektronisch gedaan?

In Haacht is er een centraal archief waarin de wachtverslagen van de laatste 3 maanden worden bijgehouden voor het geval er geschillen zouden zijn.

▪ Centrale informatie-uitwisseling (inkomend en uitgaande):

- Van medisch relevante gegevens (palliatieve, chronische, recent ontslag ziekenhuis...)
- Van het medisch wachtverslag
 - Conclusie: via elektronische weg moet informatie gemakkelijk en uitwisselbaar worden opgeslagen. Hoe ver staat het telematicaproject hierin? Kunnen systemen als medibridge hier wat aan doen? Zijn alle huisartsen geïnformatiseerd? Een PC op een administratief centrum (lokaal van de kring) kan alle gegevens opslaan. Wie brengt in als de arts niet geïnformatiseerd is?

Centralisatie van materiaal

▪ Centraal medisch huis

- Haacht heeft geen behoefte aan een centrale locatie voor een spreekuur. De huisarts van dienst houdt spreekuur in de eigen consultatieruimte
- Leuven stelt een centraal medisch huis voor waar mensen naar toe kunnen komen, overdag in het weekend.

▪ Gemeenschappelijk gebruik van materiaal

- Voor een meer uniforme aanpak bij urgenties wordt het gebruik van een “gestandaardiseerde” trousse voorgesteld. De inhoud van die trousse moet door de artsen worden bepaald (LOK?). Het gaat hier dan ondermeer over medicatie, zuurstof met masker, saturatiemeter...
 - De opdracht voor het update houden van de trousse moet aan iemand (anders dan de artsen zelf) worden toegewezen. Zelfkennis en ervaring uit Nederland zegt dat als de wachtarts hiervoor verantwoordelijk moet zijn, de trousse op termijn onvolledig is.
- **Gebruik van een prioritair voertuig (met chauffeur) voor huisbezoeken**

Taakverdeling

Binnen de huisartsenwacht

Tijdens de wachtperiode worden er huisbezoeken afgelegd, consultaties gedaan en telefonisch advies gegeven. Op welke wijze moet er worden getriëerd en wie doet een triage?

Voor de regio Haacht stelt zich hier geen probleem: de dienstdoende arts beslist zelf hoe (telefonisch, consultatie of huisbezoek) hij de oproep beantwoordt (verwijst door naar collega in functie van de afstand).

Voor Leuven zijn er volgende mogelijkheden:

Een telefonische triage door een opgeleid verpleegkundige of een arts. Deze moet beslissen of er telefonisch advies, een consultatie of een huisbezoek moet volgen.

Een verpleegkundige is niet zo duur als een arts en kan eventueel nog andere taken uitvoeren.

Een arts is een dure werkkraacht voor dit soort werk. Toch wordt voor een arts geopteerd omwille van de grote verantwoordelijkheid. Een arts wordt financieel haalbaar indien hij de triage zou doen voor verschillende regio's (cfr Deens model) en ook al een deel van het telefonisch advies kan afhandelen. Hiervan moet een kosten/baten analyse worden uitgevoerd: naarmate het optimaal functioneren van de huisartsenwacht, meer mensen uit de spoeddienst van het ziekenhuis kan houden en nutteloze huisbezoeken kan voorkomen, spaart men een budget voor de financiering van de triage.

Het antigifcentrum heeft ervaring met triage: zij staan in verbinding met klinisch toxicologen en geven patiënten telefonisch advies, verwijzen naar de huisarts, het ziekenhuis of de dienst 100.

Conclusie: overdag een arts voor telefonische triage, advies en afspraakregeling voor spreekuur
 arts voor het spreekuur
 arts voor huisbezoeken
 de triage-arts staat in verbinding met de dienst 100, het ziekenhuis, antigif-centrum,...

Met de 100 en de dienst spoedgevallen

Bij een inkomende oproep (Australië score 1 en 2) waar reanimatie of materiële ondersteuning nodig lijkt voor transport naar het ziekenhuis zou de dienst 100 kunnen worden verwittigd door de 'triage-arts' en tegelijk de huisarts.

Als op de dienst 100 een oproep binnen loopt waarvoor een transport naar het ziekenhuis niet opportuun is (score 4 en 5?), kan die naar de huisartsenwacht worden doorgeschakeld.

In het ziekenhuis zou kunnen worden gesanctioneerd bij walk-in patients zonder verwijzing van de huisarts (financiële of psychologisch o.v.v. een gekleurd wachtkaartensysteem).

Het ziekenhuis zou naar de huisartsenwacht kunnen terugverwijzen en telefonisch of on-line een afspraak maken.

Samenwerking met de brandweer

Marc meldde dat door de progressieve afname van het aantal branden evenals door het zoeken naar opdrachten voor oudere brandweermannen, de brandweer een aantal nieuwe opdrachten zouden kunnen invullen.

Er wordt gedacht aan:

- Het besturen van het prioritair voertuig. De voordelen zijn dat de veiligheid voor de wachtarts vergroot, dat er in geval van reanimatie extra hulp is, er ondersteuning kan worden geboden bij psychiatrische problematiek.
- Het updaten en controleren van de wachttrousse.
- Administratieve taken?

Opvoeden van patiënten/ sensibiliseren

Patiënten kunnen slechts worden gesensibiliseerd wanneer er een waterdichte organisatie is die de hulpvragen in de juiste banen kanaliseert.

Als mensen zich bewust aan het systeem onttrekken en toch nog oneigenlijk gebruik maken van de diensten 100, spoed en huisartsenwacht, moet er enige vorm van sanctie worden voorzien.

Nog niet uitgeklaard:

Bovenstaand model richt zich naar de wacht gedurende het weekend en overdag.

Is het mogelijk om per 8 uur een nieuwe bezetting van artsen te voorzien?

Wat wordt voorzien voor de nacht?

Wat wordt voorzien voor de avond in de week?

In het model '18/05/01' wordt de avondwacht bedient door kleinere clusters van 15-tal huisartsen. Zou het interessant zijn om de regio Leuven in zulke clusters en subregio's op te delen?

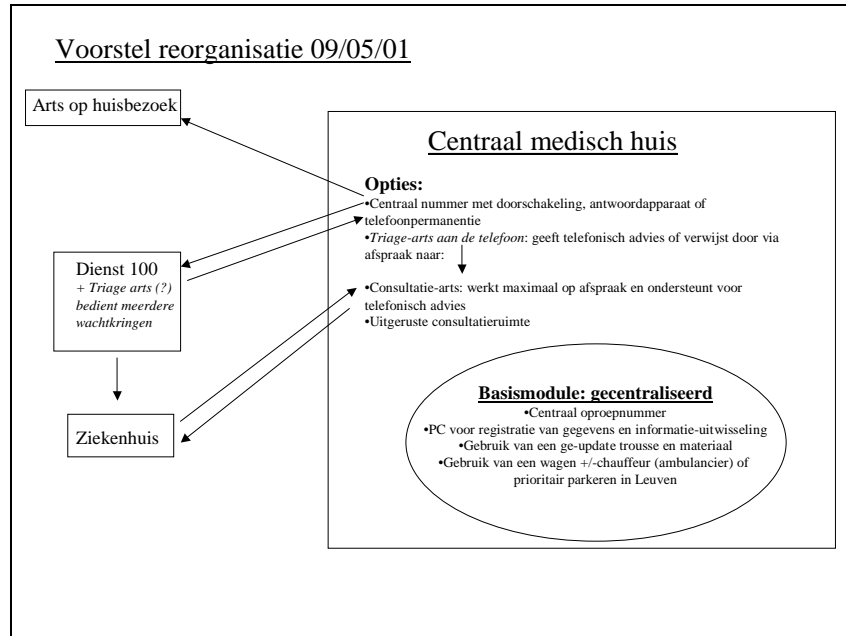
Welk voordeel heeft dit te bieden?

- De regio is geografisch ingeperkt dus grote verplaatsingen zijn er niet te doen. het aantal deelnemers is beperkt wat de organisatielast vermindert en de structuur minder log maakt
- De collega's van één cluster kennen elkaar wat de informatie-uitwisseling, de continuïteit van zorg, een uniforme basisfilosofie (opvoeden van patiënten) en de herkenbaarheid voor de patiënten ten goede komt. Eventueel laat het ook toe om afspraken te maken rond betalingsmodaliteiten binnen de cluster in functie van de lokale populatiekenmerken (vluchtelingen, kansarmen etc.)
- Na verloop van tijd kennen de patiënten ook de deelnemende artsen.
- Deze clusters moeten geografisch op elkaar aansluiten.

De organisatie van de weekwacht werd op de vergadering niet besproken maar het lijkt me nuttig/noodzakelijk om dit tegelijk te reorganiseren omwille van de kwaliteit van de wacht in zijn geheel.

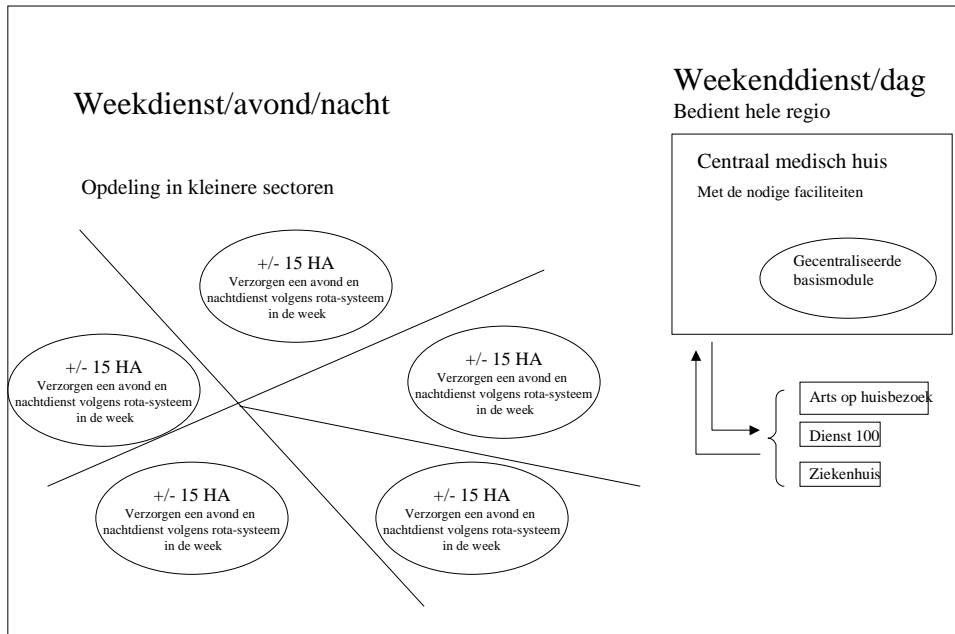
Het voorstel van de vergadering voor de weekendwacht is, denk ik zeer waardevol en kwaliteitsvol; het zou spijtig zijn om voor de weekwacht alles bij het oude te laten.

Schematische samenvatting:



Praktische voorwaarden:

- Logistieke en financiële ondersteuning voor de gepaste hard- en software voor een correcte communicatie tussen wachtarts, huisarts en ziekenhuis.
- Afspraken met het gemeentebestuur betreffende prioritair parkeren van het voertuig.
- Afspraken met de lokale brandweerkazerne voor ondersteuning in transport/ troussebeheer/ administratie?
- Triage te doen op wachtkringniveau of provinciaal niveau?
- Telefonische lijn met 100-centrale, ziekenhuis, antigifcentrum, apotheek van wacht en ordediensten.
- Ondersteuning van dezelfde werkingsfilosofie (zorgverlening op het gepaste niveau) door ziekenhuis, dienst 100 en huisartsenwacht.
- Groter prijsverschil tussen het huisbezoek en het consult bij de huisarts.
- Gepaste honorering voor het telefonisch consult.
- Indien voldoende bemanning, weekendshift van 8 uur.



Registratie

Wat registreren?

Welke indicatoren zijn zinvol om te meten, voor en na de reorganisatie van de huisartsenwachtdienst? Om tot een zinvolle keuze te komen moet worden teruggegrepen naar de doelstelling van de reorganisatie.

De huisartsen wensen een reorganisatie van hun wachtdienst om enerzijds een aantal actuele knelpunten te remediëren en daardoor het wachtlopen draaglijker te maken maar anderzijds omdat ze zich als wachtdoende huisartsen beter willen profileren binnen een duidelijk herkenbare structuur en daardoor oneigenlijk gebruik van hun eigen diensten en ziekenhuisdiensten wensen te reduceren.

De te meten indicatoren zijn dan het **aantal oproepen** tijdens de wachtdienst, de manier waarop aan de vraag **gevolg** wordt gegeven (advies, consult, huisbezoek, verwijzing) en de subjectieve inschatting over de **noodzaak** van de oproep en het **zinvol** handelen.

Bij **alle contacten** tussen wachtarts en de oproeper tijdens de wachtperiode.

Wat wordt er geregistreerd?

- Naam (niet op doordrukformulier, wel een volgnummer)
- Adres (waarbij alleen gemeente doordrukt)
- Geboortedatum (waarbij alleen geboortjaar doordrukt?)
- Naam van de dokter van wacht
- Naam van de huisarts
- Datum en uur van de oproep
- Uur van de tussenkomst

- Aard van de tussenkomst: raadpleging ξ huisbezoek ξ telefonisch advies ξ
 - De hoofdklacht (eventueel de diagnose): evt. met het SOEP systeem de klacht of diagnose zal worden ICPC-gecodeerd (niet door de wachtarts, wel door 'onderzoeker')
 - *De duur van de hoofdklacht*
 - Het beleid
 - Werkonbekwaamheid, indien van toepassing
 - Verwijzing indien van toepassing
 - *Persoonlijk oordeel over de noodzaak van de oproep (hoe omschrijven? Nodig/niet echt nodig maar kan er in komen/niet nodig).* Het gaat hier over de indruk van de wachtarts bij het binnenlopen van de hulpvraag.
- De oproep lijkt me noodzakelijk ξ enigszins noodzakelijk ξ niet noodzakelijk ξ

- *Of de arts zijn/haar interventie zinvol vond*
Het betreft hier een evaluatie van de wachtarts na het contact met de patiënt.

Ik vond mijn interventie zinvol ξ niet zinvol ξ

De items in *Italic* zijn nieuwe items, toegevoegd aan het gebruikelijke Haachtse registratieformulier.

Welke fouten kunnen er in de registratie sluipen?

Hoe kennen we het correcte aantal oproepen en arts-patiënt contacten tijdens de wachtdienst?

Indicatoren zijn

- het aantal telefonische oproepen (onvolledig als er voor één telefoontje meerdere bewoners op hetzelfde adres worden gezien)
- het aantal wachtverslagen (onvolledig als er geen wachtverslag wordt opgemaakt)

Remedies:

Artsen stimuleren om correct de wachtverslagen in te vullen (1 verslag per patiënt)

Mailing met uitleg voegen bij de documenten-wachtverslagen en/of bij de wachtregeling.

Wanneer registreren

Als we ervan uitgaan de reorganisatie feitelijk door te voeren bij de jaarwisseling, wordt een registratieperiode van 6 weken voor en na de implementatie voorgesteld.

De registratie zelf kan proefdraaien bijvoorbeeld in september, om onduidelijkheden, moeilijkheden en de haalbaarheid voor de feitelijke registratie te kennen.

Een intense sensibilisatie- en informatiecampagne rond de reorganisatie wordt gepland vanaf 3 weken voor de implementatie.

De opmerking werd gemaakt dat dit op zich al voor een wijziging in de geregistreerde gegevens zou kunnen zorgen. Terecht zal bij de interpretatie van de resultaten met dit feit moeten worden rekening gehouden anderzijds wil de registratie het effect van de reorganisatie en niet van de sensibilisatie meten.

Vorbereiding van de algemene vergaderingen van Leuven (eind mei) en Haacht (half juni)

Op de algemene vergaderingen moet een stand van zaken worden voorgesteld aan de leden van de kring.

Eveneens moet akkoord worden gevraagd/gestemd over het gebruik van het nieuwe "wachtverslag"-document na de voorstelling ervan.

Wat verwachten de respectieve kringen ter voorbereiding van hun algemene vergadering?

Is het voor de Leuvense regio zinvol om bijeen te komen rond de organisatie van de weekwacht?

Te doen:

- Stand van zaken telematicaproject Katelijne?
- Contact gemeentebestuur i.v.m. prioritair parkeren verantwoordelijke
kring?
- Contact met ambulancedienst: intekenen voor nieuwe opdrachten Marc?
- Contact antigifcentrum voor triagesysteem Katelijne

Bijlage 4: Jaarloonkost van een werknemer. Bron: Securex

Bijlage 5: LISA



Rectorale diensten

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT
LEUVEN

Index

English

Zoeken

[Zoek]

Hoger

Directie

Vademecum



LISA brengt patiënt, doorverwijzende arts en ziekenhuis dichterbij elkaar

Persconferentie, vrijdag 19 oktober 11 uur UZ Gasthuisberg

Status: publiek

Doelgroep: Academisch personeel, Administratief en technisch personeel, studenten, externen

Contactpersoon: [Griet Van der Perre](#)

Nogal eens klagen patiënten of doorverwijzende artsen erover dat informatie uit het ziekenhuis lang op zich laat wachten. Die klachten zijn begrijpelijk: wie voor een consultatie of een opname naar het ziekenhuis moet, wil zo snel mogelijk de evolutie van het onderzoek kennen. En ook voor de doorverwijzende arts is het uiteraard belangrijk om adequaat en snel op de hoogte te zijn.

De Universitaire Ziekenhuizen Leuven willen al het mogelijke doen om aan deze vraag tegemoet te komen. Het LISA-project ('Leuvense Internet Samenwerking Artsen') gebruikt daarvoor gesofisticeerde ICT-technieken. Met LISA kunnen doorverwijzende artsen letterlijk op de voet volgen hoe het met hun patiënt gesteld is. Op die manier wordt er gestreefd naar een transparante samenwerking tussen de verschillende echelons van de gezondheidszorg.

Op dit ogenblik zijn 30 huisartsen en 2 specialisten betrokken bij het project. Zij krijgen via het interne onmiddellijk inzage in de gegevens van hun patiënt. Als die bijvoorbeeld een radiologisch onderzoek ondergaat, kan de doorverwijzer even snel als de dokters in het ziekenhuis de uitslag bekijken. Ook o geplande consultaties, onderzoeken of ingrepen kan de externe arts volgen.

Deze werkwijze is interessant voor zowel ambulante als opnamepatiënten. De huisarts of specialist kan iemand die op consultatie geweest is in het ziekenhuis, beter begeleiden in het verdere verloop van het behandelingsproces. Bij patiënten die langer in het ziekenhuis verblijven, kan de externe arts veel meer verfijnd de evolutie volgen, en ook de patiënt en zijn of haar familie op de hoogte houden. Voor al zijn patiënten kan de doorverwijzende arts op deze manier de actieve rol van vertrouwenspersoon ten volle op zich nemen.

Op vrijdag 19 oktober om 11 uur wordt het LISA-project voorgesteld aan de pers. Graag nodigen wij u op de persconferentie in het UZ Gasthuisberg. De journalisten krijgen er een uitgebreide demonstratie en kunnen spreken met de verantwoordelijken in het ziekenhuis en met deelnemende huisartsen.

De persconferentie vindt plaats in de grote vergaderzaal van de Dienst Informatiesystemen (5de verdieping). Om die te bereiken volgt u vanaf de ingang van het ziekenhuis de bordeaux pijlen. Als u vooraf meer informatie wil, kan u die vinden op www.uzleuven.be (klikken op 'zorgverleners', dan op 'LISA').

U kan ook contact nemen met prof. Bart Van den Bosch, directeur Informatiesystemen
Tel: 016/34 78 00; e-mail: Bart.VandenBosch@uz.kuleuven.ac.be



Copyright © Katholieke Universiteit Leuven

Informatieleverancier: Dienst Communicatie - Persrelaties

Reacties op de inhoud: [Griet Van der Perre](#)

Realisatie: [Véronique Limbourg](#)

Laatste wijziging:

URL: <http://www.kuleuven.ac.be/admin/rd/niv3pbis/ps-i232.htm>

Bijlage 6 : registratieformulier voor gebruik tijdens de huisartsenwacht

Naam:.....
Adres:.....straatnr/bus.....postnr.....gemeente
Geboortedatum:(d).....(m).....(j)x
Geslacht: M / V
Naam van de dokter van wacht:
Naam van de huisarts:
Datum en uur van de oproep:
Uur van de tussenkomst:
Aard van de tussenkomst:
Raadpleging ξ
Huisbezoek ξ
Telefonisch advies ξ
De hoofdklacht (eventueel de diagnose):
De duur van de hoofdklacht:
Het beleid (behandeling):
Werkonbekwaamheid (aantal dagen):
Verwijzing naar het ziekenhuis: ja ξ neen ξ
Noodzaak van de oproep (indruk van de arts voor de patiënt werd gezien)
De oproep lijkt me noodzakelijk ξ
enigzins noodzakelijk ξ
niet noodzakelijk ξ
Na het contact met de patiënt bleek mijn interventie
zinvol ξ niet zinvol ξ

Naam en adres van de patiënt zullen enkel op de documenten voor de artsen doorgedrukt worden maar niet op het registratieformulier voor de verwerking van gegevens.

Het is belangrijk om bij verwijzing naar het ziekenhuis de uiteindelijke diagnose en het beleid te kennen en eveneens te registreren of er al dan niet een opname volgde.

Bijlage 7: Dagboek

12/09/00	vergadering Gasthuisberg: start van het project
23/10/00	vergadering technische cel: doelstellingen en methode
26/10/00	rapportage technische cel naar gehele vergadering
07/11/00	vergadering technische cel: uitwerking methode en timing
30/11/00	meeting kringverantwoordelijken rond thema telematica; korte feed back van Hans, door Katelijne voorbereid
05/12/00	vergadering Gasthuisberg: reflecties op 30/11 en voorbereiding discussiegroep huisartsen
08/12/00	officiële aanvang van project
17/01/01	voorstelling van project aan de wachtkringen van Leuven en Haacht in MCH door Katelijne gevolgd door eerste reflectie onder de aanwezigen; inschrijving voor discussieforum
Hans, Jan en Michel spreken mensen verder persoonlijk aan voor recrutering discussiegroep	
02/02/01	voorbereiding huisartsendiscussieforum en registratie
15/02/01	overleg ministerie
20/02/01	eerste discussieforum huisartsen
14/03/01	tweede discussieforum huisartsen
18/04/01	derde discussieforum huisartsen
19/04/01	overleg ministerie
24/04/01	bijeenkomst Rein Van Gerven/Marc Sabbe en Katelijne betreffende registratie voor- en nameting door huisartsen en ziekenhuizen
09/05/01	vierde discussieforum huisartsen
31/05/01	algemene vergadering kring Leuven: voorstelling nieuw formulier 'wachtverslag'
half juni	algemene vergadering kring Haacht: voorstelling nieuw formulier 'wachtverslag'
juni 2001	tussentijds verslag voor Ministerie van Volksgezondheid, Dr. Dercq