



Lokaal Multidisciplinair
Netwerk Hageland

Beleidsplan 2011-2012



INHOUDSTAFEL

Voorwoord.....	3
Hoofdstuk 1: Het LMN Hageland.....	5
Hoofdstuk 2: SWOT-analyse van LMN Hageland.....	8
Hoofdstuk 3: (Management) modellen.....	10
Hoofdstuk 4: Het Kwadrant-model toegepast op het beleidsplan 2011-2012.....	13
4.1. Domein: Leiderschap.....	13
4.1.1. Missie en visie.....	13
4.1.2. Organisatiestructuur van het LMN.....	14
4.2. Domein: Beleid en strategie.....	16
4.2.1. Inleiding.....	16
4.2.2. Niveau huisarts.....	17
4.2.3. Niveau patiënt.....	19
4.2.4. Niveau zorgpartners.....	21
4.2.5. Niveau LMN.....	24
4.3. Domein: Medewerkers.....	27
4.3.1. Zorgtrajectpromotor.....	27
4.3.2. Takenpakket.....	27
4.3.3. Opleiding en coaching.....	28
4.4. Domein: Middelen.....	29
4.5. Domein: Processen en concrete acties.....	30
4.5.1. Afname van een enquête bij alle huisartsen van het LMN.....	30
4.5.2. De oprichting van een huis voor chronische zorg.....	30
4.6. Domein: Resultaten.....	34

VOORWOORD

In dit voorliggend beleidsplan 2011-2012 worden de doelstellingen en acties besproken die het Lokaal Multidisciplinair Netwerk Hageland wil bereiken en uitvoeren in het kader van chronische zorg in de regio.

De zorgtrajecten die sinds 1 juli 2009 door het RIZIV zijn gelanceerd, vormen in essentie een "contract" tussen de huisarts, de specialist en de patiënt met het oog op het realiseren van kwaliteitsverbeteringen in de zorg. Hiervoor wordt door het RIZIV een budget voorzien van bijna 19 miljoen euro op jaarbasis. Deze beoogde kwaliteitsverbeteringen zijn noodzakelijk, getuige het groeiend aantal nationale en internationale wetenschappelijke publicaties waarin de tekortkomingen in de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken worden gedocumenteerd. Chronische ziekte wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) gedefinieerd als een ziekte waarbij 'een opvolging en behandeling over meerdere jaren of decennia noodzakelijk is'. Vandaag zijn chronische ziekten verantwoordelijk voor ongeveer 30% van de globale impact (kosten, morbiditeit en mortaliteit) van alle ziekten en tegen 2020 zullen de geïndustrialiseerde landen 80% van deze impact kunnen toeschrijven aan chronische ziekten. Diabetes en chronische nierinsufficiëntie zijn maar enkele van de voorbeelden naast COPD, astma en kanker.

De zorgtrajecten zijn in belangrijke mate het resultaat van het Diabetesproject Leuven¹ en Aalst waarbij de (kosten)effectiviteit van kwaliteitsverbeteringen in de zorg voor patiënten met diabetes type 2 gedurende zes jaren zijn bestudeerd (2003-2009). Dit wetenschappelijk project heeft de positieve effecten aangetoond van pro-actieve en op evidentie gebaseerde en multidisciplinaire zorg op de gezondheidstoestand van de patiënt en de tevredenheid van huisartsen^{2 3}.

Dit beleidsplan 2011-2012 reflecteert de bewustwording dat huisartsen en andere zorgpartners in de regio Aarschot-Diest in de komende jaren actief zullen moeten investeren in en participeren aan de uitbouw en implementatie van de zorgtrajecten voor chronische zieken. De zorgtrajecten fungeren immers als een belangrijke hefboom voor de herpositionering en versterking van de huisarts en van de eerste lijn als geheel.

¹Borgermans L, Goderis G, Van Den Broeke C, Mathieu C, Aertgeerts B, Verbeke G et al. A cluster randomized trial to improve adherence to evidence-based guidelines on diabetes and reduce clinical inertia in primary care physicians in Belgium: study protocol (NTR 1369). *Implementation Science* 2008; 3:42.

² Borgermans L. Mastering complexity and quality in chronic care: the case of type 2 diabetes mellitus. PhD thesis in Medical Sciences, 2010.

³ Goderis G. Effective responses to the clinical challenges in chronic care delivery: findings from the Leuven Diabetes Project. PhD thesis in Medical Sciences, 2010.

Deze kans willen we dan ook ten volle grijpen. Een eerste stap hiertoe is de ontwikkeling van een professioneel beleidsplan dat alle doelstellingen en activiteiten voor 2011 en 2012 gedetailleerd beschrijft. Op deze manier kan iedere betrokkene in onze regio zich informeren over wat met het LMN en de zorgtrajecten wordt beoogd, welke acties er zijn gepland, en wat de potentiële bijdragen kunnen zijn van eenieder aan de succesvolle uitbouw van het LMN. Een beleidsplan is echter ook een dynamisch gegeven, wat inhoudt dat alle kritische reflecties op dit plan alsook suggesties en creatieve ideeën voor verbeteringen in de zorg voor de beoogde doelgroep van patiënten altijd voorwerp kunnen uitmaken van een verdere discussie.

De zorgtrajecten vormen voor onze regio een grote uitdaging, met vele opportuniteiten voor alle betrokkenen, en daarnaast ook een aantal potentiële valkuilen . We hopen dat het LMN Hageland in deze dan ook een actieve rol mag vervullen en de komende jaren geobjectiverde verbeteringen in de kwaliteit van chronische zorg kan realiseren.

Juni 2011

HOOFDSTUK 1: HET LOKAAL MULTIDISCIPLINAIR NETWERK HAGELAND

Het LMN Hageland – de stuurgroep.

Het LMN Hageland is ontstaan vanuit een reeds bestaand overleg van huisartsenkringen (overlegplatform) in het MCH Leuven in samenwerking met het ACHG KULeuven (Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde). De 6 daaruit ontstane LMN'en werden in het eerste jaar gestuurd vanuit een gezamenlijk overleg van de vertegenwoordigde Kringvoorzitters van de LMN'en. Na een jaar werken ontstond de nood aan differentiatie gezien de diversiteit van de verschillende regio's en de daaruit vloeiende noden en verwachtingen van regionale zorgverleners.

Het beleid van het LMN Hageland wordt bepaald door een strategische stuurgroep in samenspraak met de zorgtrajectpromotor⁴. De strategische stuurgroep is bij de opstart samengesteld uit afgevaardigden van de deelnemende huisartsenkringen (Huisartsenvereniging Hagewacht en Huisartsenkring Diest). In de toekomst kan de stuurgroep verder worden uitgebreid.

Leden van de stuurgroep:

Dr. Luc Beckers	Voorzitter HAK Diest
Dr. Mark Eraly	Voorzitter Hagewacht
Dr. Bert Naulaerts	Lid Hagewacht, wdo ZWAT
Dr. Corinne Ponsaerts	Lid Hagewacht, wdo Aarschot
Dr. Erik Schreurs	Lid Hagewacht, wdo BTG
Dr. Jim Strackx	Lid Hagewacht, wdo BARST
Katrien Verschueren	Ztp

Om een wederzijdse communicatie tussen de stuurgroep en de RvB te garanderen is in de strategische stuurgroep de RvB van elke HAK vertegenwoordigd. De strategische stuurgroep functioneert met een mandaat van de RvB en informeert alle huisartsen van de kringen.

De stuurgroep tekent de krijtlijnen van het LMN Hageland uit, vertrekkende van een duidelijke visie en gericht op efficiënte doelstellingen in functie van een verbetering van de chronische zorg in de regio. Daarnaast ondersteunen en evalueren zij de ztp in de concrete uitwerking van de strategische beleidsvoering.

⁴ Verder vaak benoemd als ztp

De zorgpartners en de ZTP.

Het LMN Hageland heeft bij aanvang van het project een ztp aangesteld, die instaat voor de dagelijkse werking en de uitbouw van het multidisciplinair netwerk met het oog op de implementatie van de zorgtrajecten en een kwaliteitsverbetering in de chronische zorg in de regio.

Het LMN heeft als primaire opdracht het informeren, ondersteunen, faciliteren van de huisartsen in de uitvoering van de zorgtrajecten en de omschakeling van acute naar chronische zorg. Daarnaast ligt de nadruk op de uitbouw van een uitgebreid en doeltreffend multidisciplinair netwerk met een dynamische overlegstructuur en ruimte voor gestroomlijnde interacties tussen de diverse partners.

De zorgpartners in het LMN zijn in de eerste plaats de specialisten, de educatoren, de diëtisten, de apothekers, de podologen, het LOGO en de SEL. Zij vormen samen de kerngroep van zorgverleners die voor de uitvoering van de zorgtrajecten en een verbetering van de chronische zorg in de eerste lijn onontbeerlijk zijn.

Er zal echter ook worden samengewerkt met alle andere zorgverleners die direct of indirect een invloed hebben op de kwaliteit van chronische zorg in de eerste lijn, zoals ondermeer de thuisverpleegkundigen, de mantelzorgers, de diensten voor thuiszorg en de patiëntenverenigingen.

Basisgegevens van het LMN Hageland

Belangrijke basisgegevens mbt. het LMN Hageland worden hieronder weergegeven.

LMN Hageland	
Aantal inwoners	112833
Aantal gemeenten (Aarschot, Begijnendijk, Bekkevoort, Diest, Scherpenheuvel-Zichem, Tielt-Winge, Tremelo)	7
Aantal huisartsen	135
Huisartsen kringen (Huisartsenvereniging Hagewacht, Huisartsenkring Diest)	2
Geschat aantal diabetespatiënten*	2640
Geschat aantal CNI-patiënten**	1320
Ziekenhuizen met conventiecentra (in het LMN: AZ Diest, verder nog samenwerking met UZ Leuven, H Hart Leuven, Imelda Bonheiden, RZ Tienen)	1
Ziekenhuizen met dienst nefrologie	/

(geen in het LMN, samenwerking met UZ Leuven, Imelda Bonheiden, Medisch Centrum Tessenderlo, Jessa-ziekenhuis Hasselt)	
SEL /GDT GOAL	1
LOGO Oost-Brabant	1
Lokale afdeling VDV: Leuven (de afdeling in Langdorp is er mee gestopt)	1
Aantal educatoren 1 ^{ste} lijn (zelfstandigen, Wit-Geel-Kruis, Solidariteit voor het Gezin)	11
Aantal diëtisten 1 ^{ste} lijn	10
Aantal podologen 1 ^{ste} lijn	2
Aantal apotheken	47

*Gemiddeld 20 DM patiënten per huisarts, vermenigvuldigd met het aantal huisartsen in de regio

**Gemiddeld 10 CNI-patiënten per huisarts, vermenigvuldigd met het aantal huisartsen in de regio

HOOFDSTUK 2: SWOT-ANALYSE⁵ VAN LMN HAGELAND

Een SWOT-analyse ('strengths, weaknesses, opportunities, threats') of een sterkte-zwakte analyse is een model dat intern de sterktes en zwaktes en in de omgeving de kansen en bedreigingen analyseert; op basis hiervan wordt vervolgens de strategie bepaald. Het is een middel om de situatie van een organisatie in kaart te brengen.

Sterkte:

- een relatief kleine huisartsen-regio
- goede communicatie tussen collega's
- WDO ZWAT: relatief jong, gemotiveerd tot verandering
- een goede ztp
- voldoende educatoren
- Hagewacht: voldoende informatiseringsgraad
- veel jonge huisartsen in de stuurgroep
- een gemeenschappelijke visie op chronische zorg en zorgkwaliteit
- een beperkt aantal kringen in het LMN
- veel interesse en bereidheid bij de huisartsen
- een grote opkomst bij eerdere initiatieven van het LMN
- goede medewerking van en samenwerking met de betrokken specialisten
- reeds communicatie-initiatief via nieuwsbrief

Kans:

- inbreng kunnen hebben in de uitbouw van andere ztj'en (tijdige betrokkenheid)
- de ztj'en zijn een start naar verbeteringen
- verbetering van de communicatie door ICT (bv Medipath)
- feedback leren gebruiken
- forfaitaire vergoeding voor de huisartsen bij de ztj'en
- empowerment van patiënten
- samenwerking met andere disciplines
- ondersteuning door de KUL/het ACHG
- samenwerking met bestaande structuren en organisaties
- er is een grote belangstelling van de 1^e lijnswerkers tov de ztj'en en chronische zorg
- samenwerking met andere ZTP: werkt regio-overstijgend en geeft kansen tot taakverdeling

⁵ De SWOT-analyse kwam tot stand tijdens de stuurgroepvergadering onder leiding van het coachingteam van het ACHG K.U.Leuven op 12 mei 2011.

-ontstaan van ZTJ geeft ook de kans aan educatie in de 1ste lijn (voorheen enkel in 2de lijn mogelijk)

Zwakte:

- weinig inbreng/interesse/visie bij de andere kringleden
- een te kleine doelgroep bij het ztj diabetes
- misvattingen over de ztj'en
- Diest: slechte en te weinig communicatie tussen collega's
- individualisme
- onvoldoende kennis van de mogelijkheden van het EMD
- Diest: te weinig informatisering
- weerstand tegen het idee van een medisch huis
- de motivatie van patiënten is te laag
- moeilijke samenwerking tussen de huisartsen en de specialisten in Diest (aanziigende ZH-traditie)
- de beperkingen van het LISA-systeem (huisartsen kunnen geen info doorsturen naar het ziekenhuis)
- er is geen regiohuis/wachtpost
- de SEL is weinig gekend/geliefd
- er is veel versnippering in het LMN
- er is geen geschiedenis van samenwerking tussen de beide huisartsenkringen in het LMN
- de geografie van het LMN
- veel gerichtheid op partners buiten het LMN

Bedreiging:

- het administratief aspect / de complexiteit / niet kosteneffectief
- er is behoefte aan structuur
- individualisme
- er leeft de perceptie dat de huisarts zijn vrijheid/onafhankelijkheid kwijt raakt door een controlerende overheid
- de betaalbaarheid van de zorg / het onderscheid aan financiële voordelen tussen patiënten
- de traagheid van het Riziv/de overheid

HOOFDSTUK 3: (MANAGEMENT) MODELLEN

Rationale

Voor de conceptualisering en structurering van dit beleidsplan is gekozen voor twee theoretische modellen. Het eerste model is het **Chronic Care Model** en het tweede het **Kwadrant Model**. Deze modellen bieden belangrijke theoretische kaders voor wat wordt verstaan onder enerzijds hoog-kwalitatieve chronische zorg (het Chronic Care Model) en anderzijds welke domeinen in beschouwing moeten worden genomen voor hoog-kwalitatief management van een zorgorganisatie (Kwadrant model). **Voor de uitwerking van dit beleidsplan werd er gekozen voor het Kwadrant model, omdat dit managementmodel zich uitstekend leent om een performant en doeltreffend beleidsplan te ontwikkelen. Het Kwadrant model wordt ook gebruikt voor het jaarverslagsjabloon opgelegd door het RIZIV.**

Het Chronic Care Model

Het 'Chronic Care Model' (Wagner et al, 1998⁶) is ontstaan door op systematische wijze uit de internationale, wetenschappelijke literatuur elementen te identificeren die van invloed zijn op de kwaliteit van zorg voor patiënten met een chronische ziekte. Het model gaat er van uit dat de resultaten van de zorg kunnen verbeteren door productieve interacties tussen de geïnformeerde, geactiveerde patiënt (en zijn omgeving) en een voorbereid, pro-actief team van zorgverleners.

Voor hoog-kwalitatieve chronische zorg zijn tenminste vier kernelementen vereist: ondersteuning van zelfmanagement, hertekenen van bestaande zorgprocessen, middelen om de (klinische) besluitvorming te ondersteunen en gebruik van klinische informatiesystemen. De organisatie van de zorg vraagt om een zorgsysteem met leiderschap en visie voor het optimaliseren van de zorg voor patiënten met een chronische ziekte. Omdat de (gezondheids)zorg onderdeel is van de maatschappij worden verbeteringen ook gezocht buiten het zorgsysteem. Dit geldt zowel op macro- (bijvoorbeeld overheid), meso- (bijvoorbeeld werkgever) als microniveau (de patiënt).

Er is op toegekeken dat alle acties die uitgeschreven zijn voldoen aan de 4 belangrijke uitdagingen van het zorgmodel.

1. Evidence based practice (richtlijnen aanbieden)
2. Shared care (gedeelde zorg, samenwerking, multidisciplinair)
3. Pro-actieve planning (organisatie)
4. Patiëntenempowerment (patiënt als partner)

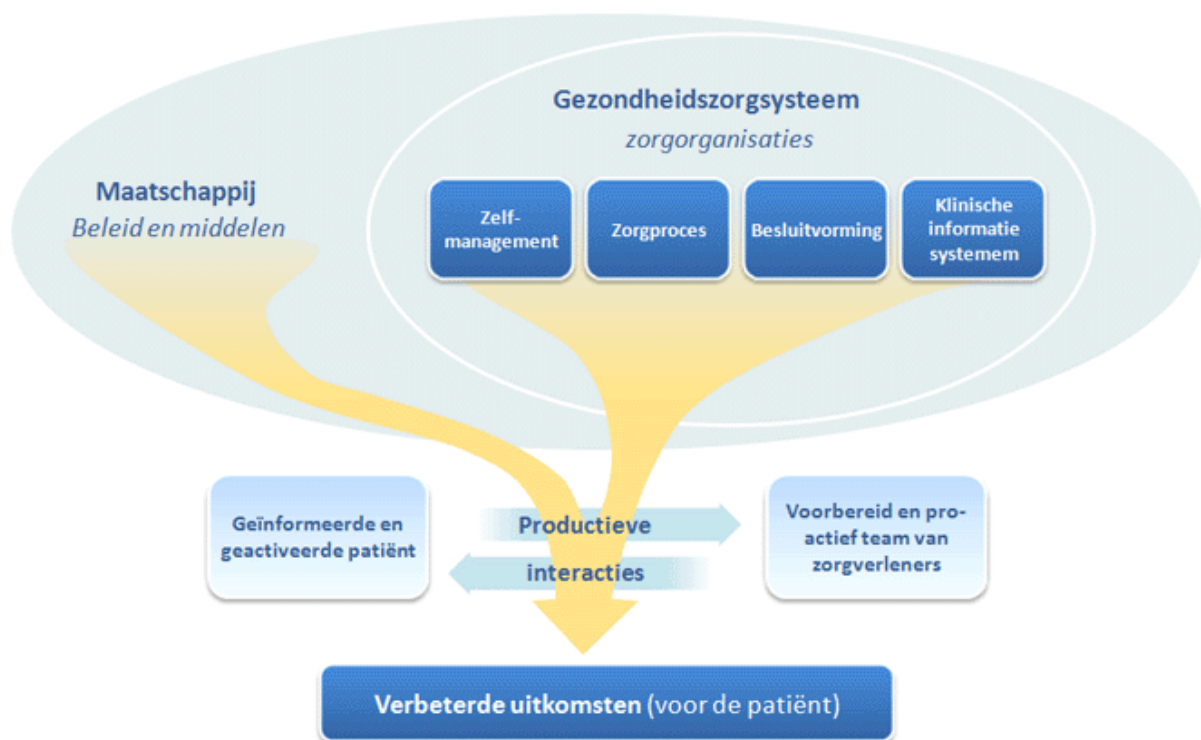
Al deze kenmerken kan men terugvinden in de geplande acties.

⁶ Wagner EH (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice 1: 2-4.

De zorgtrajecten zijn een ingangspoort om aan te geven dat zorgverlening voor chronische ziekte dringend aan zorgvernieuwing toe is.

De bijdrage van het 'Chronic Care Model' ligt vooral in de integratie van de diverse elementen en onderdelen, alsook de toepasbaarheid op de zorg voor chronisch zieke patiënten. Hiermee onderscheidt het model zich van modellen die zijn gericht op de zorg voor patiënten met één chronische ziekte (bijvoorbeeld een disease management programma of ketenzorg). Het 'Chronic Care Model' is door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) geadopteerd als routemap voor het verbeteren van de kwaliteit van chronische zorg in diverse landen.

Het Chronic Care Model ^{7 8}:



Het 'Kwadrant model'

Het Kwadrant Model is gebaseerd op het EFQM model (European Foundation for Quality Management) en is het resultaat van een samenwerking tussen Vlaamse zorgorganisaties en het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap (K.U. Leuven), met begeleiding van het INK (Instituut Nederlandse Kwaliteit.). Het model laat toe om een diepgaande doorlichting en evaluatie te maken van het eigen functioneren en de resultaten van een organisatie. Tegelijkertijd zet het model zorgorganisaties aan tot leren, sturen en resultaatgericht werken. Het model wordt dus gebruikt als managementmodel, als zelfevaluatie-instrument en als basis voor

⁷ Wagner, E.H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*,1: 2-4.

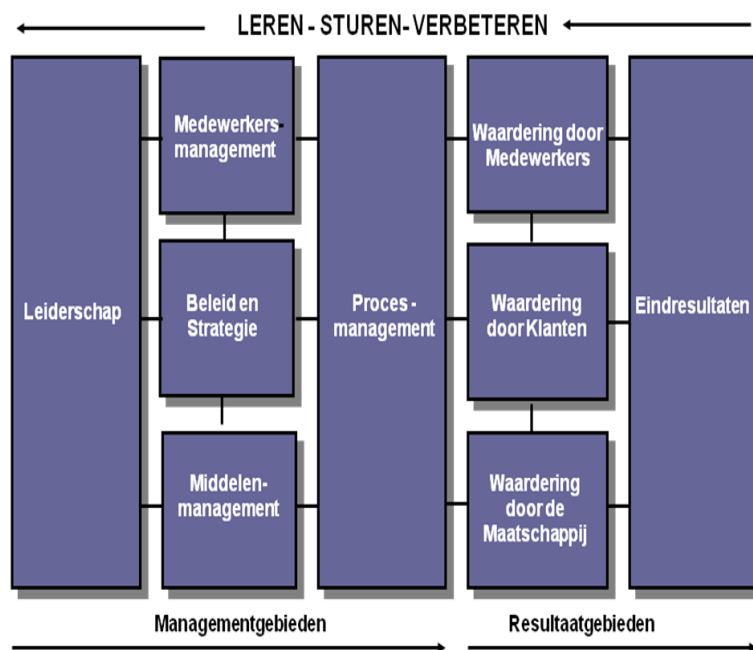
⁸ Wagner, E.H. (2003). *The Chronic Care Model*. available at: <http://www.improvingchroniccare.org>

het opstellen van jaarverslagen. Het Kwadrant model steunt op 9 aandachtsgebieden. Het omvat vijf **managementgebieden** en vier **resultaatsgebieden**.

De managementgebieden geven aan hoe de organisatie vorm geeft aan haar management, met welk doel en volgens welk plan ze werkt. Vanuit leiderschap, wordt het beleid en de strategie bepaald. Vanuit het beleid en strategie worden de kerntaken bepaald, die uitgeschreven zijn in het procesmanagement. De processen bepalen de zorgorganisatie en dus het personeel- en middelenmanagement.

In de resultaatsgebieden ligt de nadruk op meten: ze geven aan of de activiteiten geleid hebben tot het gewenste resultaat. Er wordt uitgelegd welke vooropgestelde doelstellingen werden bereikt en geeft de redenen aan waarom doelstellingen al dan niet bereikt werden.

Het Kwadrant model⁹:



⁹ Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap K.U.Leuven. (2006). *Kwadrant- Een managementmodel voor zorgexcellentie*, 4^{de} herziene uitgave, Leuven, Acco.

HOOFDSTUK 4: HET KWADRANT-MODEL TOEGEPAST OP HET BELEIDSPLAN 2011-2012

Voor de structurering van dit beleidsplan is gekozen om de onderdelen van het Kwadrant model te gebruiken.

Deze zijn:

- leiderschap,
- beleid en strategie,
- medewerkersmanagement,
- middelenmanagement,
- procesmanagement,
- waardering door klanten,
- waardering door medewerkers,
- waardering door de maatschappij,
- eindresultaten.

Ieder van deze onderdelen laat toe om te specificeren wat het LMN Hageland wil bereiken en hoe we daarbij te werk zullen gaan.

4.1 Domein: Leiderschap

4.1.1. Missie en visie

Missie

Er werd een missie gedefinieerd voor het LMN Hageland die aangeeft waarvoor het LMN staat. Deze missie fungeert als de globale leidraad bij de verdere uitbouw van de werking van het LMN.

Het LMN Hageland wil de kwaliteit van de eerstelijnszorg voor chronisch zieken samen met alle andere zorgpartners van de regio op innovatieve wijze verbeteren, door:

- tegemeet te komen aan de steeds groeiende en veranderende zorgvraag van chronische zieken;*
- ondersteuning te bieden aan huisartsen en zorgpartners om een zo hoog mogelijke kwalitatieve zorg te bereiken;*
- de bestaande zorgstructuren te versterken en verder uit te bouwen tot één goed samenwerkend LMN;*
- de communicatie en de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn te optimaliseren.*

Visie

Belangrijke visie-elementen die de doelstellingen en acties m.b.t de verdere uitbouw van het LMN zullen sturen zijn:

- De erkenning van de centrale rol van huisartsen in de coördinatie van de zorg voor chronisch zieken.
- Het belang van de motivatie van de huisartsen in het implementeren van specifieke elementen in de chronische zorgorganisatie.
- Het belang van duidelijke behandelingsdoelstellingen.
- Het belang van pro-actieve en op evidentie gebaseerde zorg.
- Het belang van een levenslange aanpak.
- Het belang van de shared care (gedeelde zorg, multidisciplinaire zorg).
- Het belang van patientempowerment.
- De noodzaak van een sterke eerste lijn bij de realisatie van hoog-kwalitatieve (chronische) zorg.

4.1.2. Organisatiestructuur van het LMN

De organisatiestructuur van het LMN Hageland omvat drie centrale elementen.

Huisartsenkringen en hun afgevaardigden.

Het eerste element van het organigram wordt gevormd door de huisartsenkringen (die elk een afvaardiging hebben in de strategische stuurgroep van het LMN). De huisartsenkringen worden geleid door een raad van bestuur.

Samenstelling raad van bestuur Hagewacht:

- Mark Eraly (voorzitter)
- Gilberte Coenen (penningmeester)
- Achiël Boogaerts (wachtdienstcoördinator)
- Luc Devleeschouwer (secretaris)
- Joris Van Diest
- Karine Verwimp
- Joris Verbiest
- Walter Geys
- Louis Vanderstappen
- Geert Van Tongelen
- Anita Degreef

Samenstelling raad van bestuur HAK Diest:

- Luc Beckers (voorzitter)
- Paul Degraef (ondervoorzitter)
- Ria Jacobs (secretaris)
- Carl Steylaerts (penningmeester)

Strategische Stuurgroep

Het tweede element binnen het organigram wordt gevormd door de strategische stuurgroep. Deze stuurgroep definieert de strategie voor de uitbouw van de zorgtrajecten in samenspraak met de ztp en komt minstens 4 keer per jaar samen. De stuurgroep zal progressief van samenstelling veranderen in die zin dat alle zorgpartners doorheen de tijd zullen worden vertegenwoordigd. De stuurgroep is initieel samengesteld uit enkel huisartsen omdat de zorgtrajecten primair bedoeld zijn voor de ondersteuning van huisartsen, en het 'initiatiefrecht' m.b.t de strategiebepaling dus het best door hen wordt opgenomen.

Het is essentieel dat de stuurgroepleden gezien worden (en zichzelf zien) als 'bestuurders' die de strategische krijtlijnen uittekenen voor het welslagen van het LMN.

Hagewacht heeft zich georganiseerd in vier wachtdienstonderdelen (wdo's); elke wdo is vertegenwoordigd in de stuurgroep. De voorzitter van Hagewacht is ook lid van de stuurgroep.

-wdo Aarschot:

Dr. Corinne Ponsaerts

-wdo BARST:

Dr. Jim Strackx

-wdo BTG:

Dr. Erik Schreurs

Dr. Mark Eraly (voorzitter)

-wdo ZWAT:

Dr. Bert Naulaerts

De **huisartsenkring van Diest** wordt vertegenwoordigd door de voorzitter:

Dr. Luc Beckers

Zorgtrajectpromotor

De ztp is verantwoordelijk voor de (operationele) uitwerking van de strategische krijtlijnen zoals uitgetekend door de stuurgroep.

LMN Hageland

HAK
Hagewacht

HAK Diest

Stuurgroep

Ztp

Katrien Verschueren

4.2 Domein: Beleid en strategie

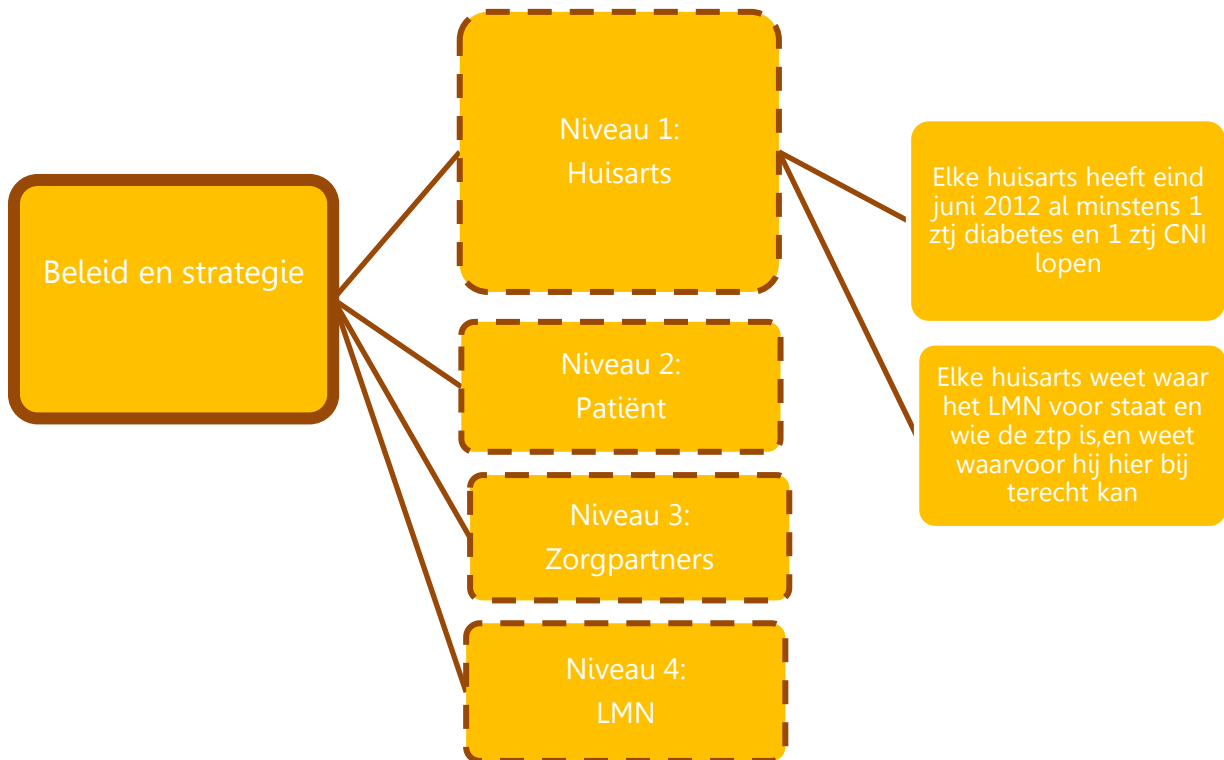
4.2.1. Inleiding

Het domein beleid en strategie is uitgewerkt op vier niveaus:

- 1) de huisarts
- 2) de patiënt
- 3) de zorgpartners
- 4) het LMN

Per niveau wordt een aantal doelgroepgerichte strategische doelstellingen geformuleerd gekoppeld aan concrete acties.

4.2.2. Niveau Huisarts



Elke huisarts heeft eind juni 2012 al minstens 1 ztj diabetes en 1 ztj CNI lopen

-het is belangrijk om eerst te inventariseren welke huisartsen op dit moment al ztj'en opgestart hebben, en hoeveel ztj'en er reeds werden afgesloten in het hele LMN

-door er naar te streven dat elke huisarts al minstens dat minimale aantal zorgtrajecten heeft lopen, leggen we de focus niet zozeer op het totale aantal, maar wel op de verandering in de individuele praktijkvoering

-het gebrek aan een endocrinoloog in het Medisch Centrum Aarschot wordt als belemmerende factor ervaren, net als het gemis aan een nefroloog in zowel het MCA als het AZ Diest

-Alle nodige documenten zijn voorhanden en te vinden op onze website: www.zorgtrajecten-brabant.be)

-Er bestaan huisartsenbundels voor DM2 en CNI die elke huisarts via LOK bijeenkomsten of persoonlijk ontvangen heeft met telkens de nodige uitleg.

-De ZTP stelt zich open om steeds indien nodig advies, raad en hulp aan te bieden maar ontvangt weinig vragen naar ondersteuning

Geplande acties:

- enquête bij alle huisartsen, waarin bevestigd wordt hoeveel zorgtrajecten ze momenteel al afgesloten hebben, wat eventuele belemmeringen zijn, en welke ondersteuning eventueel nodig is
- de ztp zal de enquêtes verwerken, en de resultaten worden bekend gemaakt aan de huisartsen (na bespreking in stuurgroep en RvB)
- de ztp bezoekt alle huisartsenpraktijken/huisartsen van het LMN (in eerste instantie de huisartsen waarmee de ztp nog geen kennis heeft gemaakt)
- na verstrijken van de 'deadline' zal er per mail opnieuw een korte rondvraag gebeuren bij alle huisartsen ivm het aantal afgesloten zorgtrajecten
- er wordt twee keer per jaar aan de ziekenhuizen gevraagd om een stand van zaken door te geven ivm het aantal afgesloten zorgtrajecten

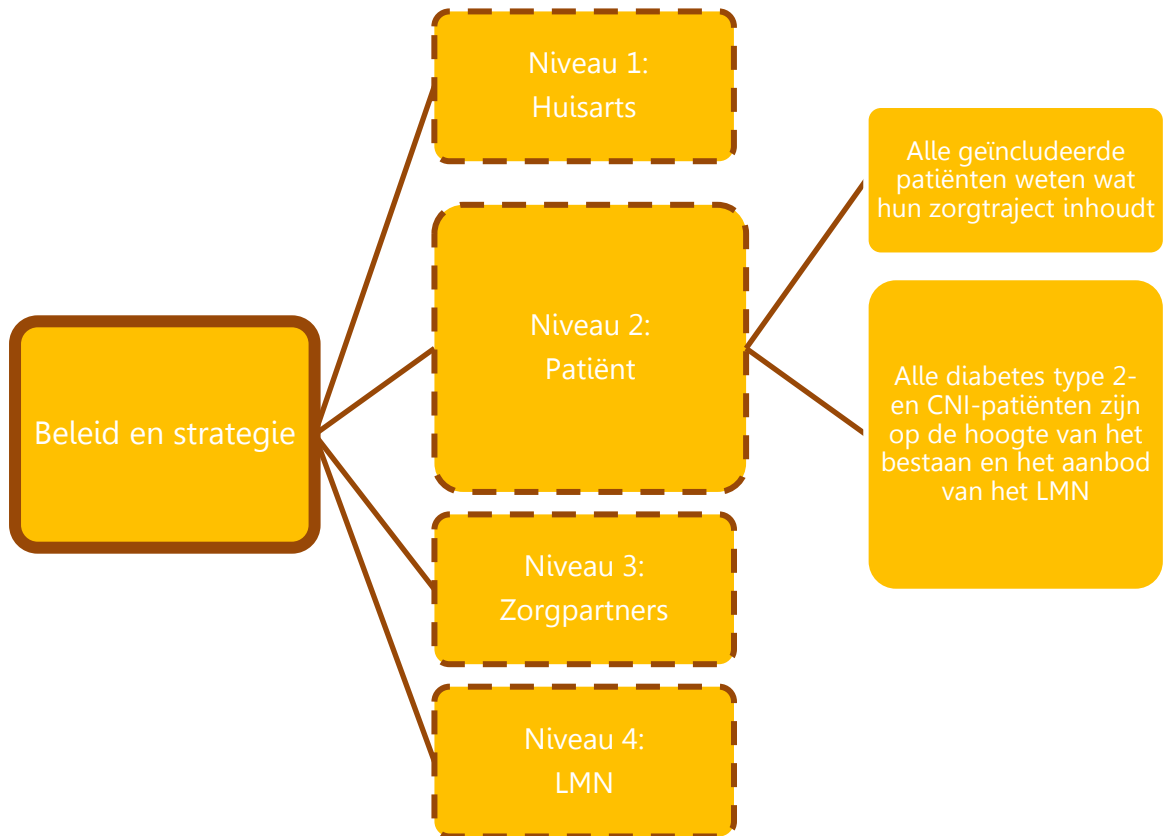
Elke huisarts weet waar het LMN voor staat en wie de ztp is, en weet waarvoor hij hier bij terecht kan

- hier hoort ook de werking van het huis voor chronische zorg bij (als belangrijk onderdeel van de werking van het LMN)
- het afgelopen werkjaar hebben reeds een meerderheid van de huisartsen kennis gemaakt met de ztp en het bestaan van het LMN, maar er zijn ook nog een heel aantal huisartsen die niet vertrouwd zijn met LMN en ztp

Geplande acties:

- er wordt elke maand een digitale nieuwsbrief verstuurd, waarin de contactgegevens vermeld staan
- bij de oprichting van het huis voor chronische zorg wordt er een bekendmakingscampagne opgezet (per mail, via folders en met een openingsreceptie)
- in de enquête wordt bevestigd of de respondent het LMN en de ztp kent
- het bestaan van de website wordt via de nieuwsbrief van het LMN extra in de verf gezet
- de website wordt verder uitgebreid en up-to-date gehouden (in afspraak met de ztp'en van de andere betrokken LMN'en)

4.2.3 Niveau Patiënt



Alle geïncludeerde patiënten weten wat hun zorgtraject inhoudt

-door patiënten actief te wijzen op de inhoud van het zorgtraject en de bedoeling ervan, worden ze gewezen op hun rol en verantwoordelijkheid

Geplande acties:

-het actief gebruiken van de ontwikkelde stappenplannen voor patiënten wordt gestimuleerd door huisartsen te wijzen op het belang ervan en hen te vragen de boekjes te verspreiden

-bij de patiënten die gebruik maken van het aanbod van het huis voor chronische zorg wordt het gebruik van het stappenplan ook nog eens gestimuleerd, en wordt er gepolst naar hun ervaringen met het zorgtraject en al wat er bij komt kijken.

Alle diabetes type 2- en CNI-patiënten zijn op de hoogte van het bestaan en het aanbod van het LMN

-aangezien het aanbod van het huis voor chronische zorg open zal staan voor alle patiënten met diabetes type 2 en/of chronische nierinsufficiëntie, is het belangrijk dat dit aan hen gecommuniceerd wordt

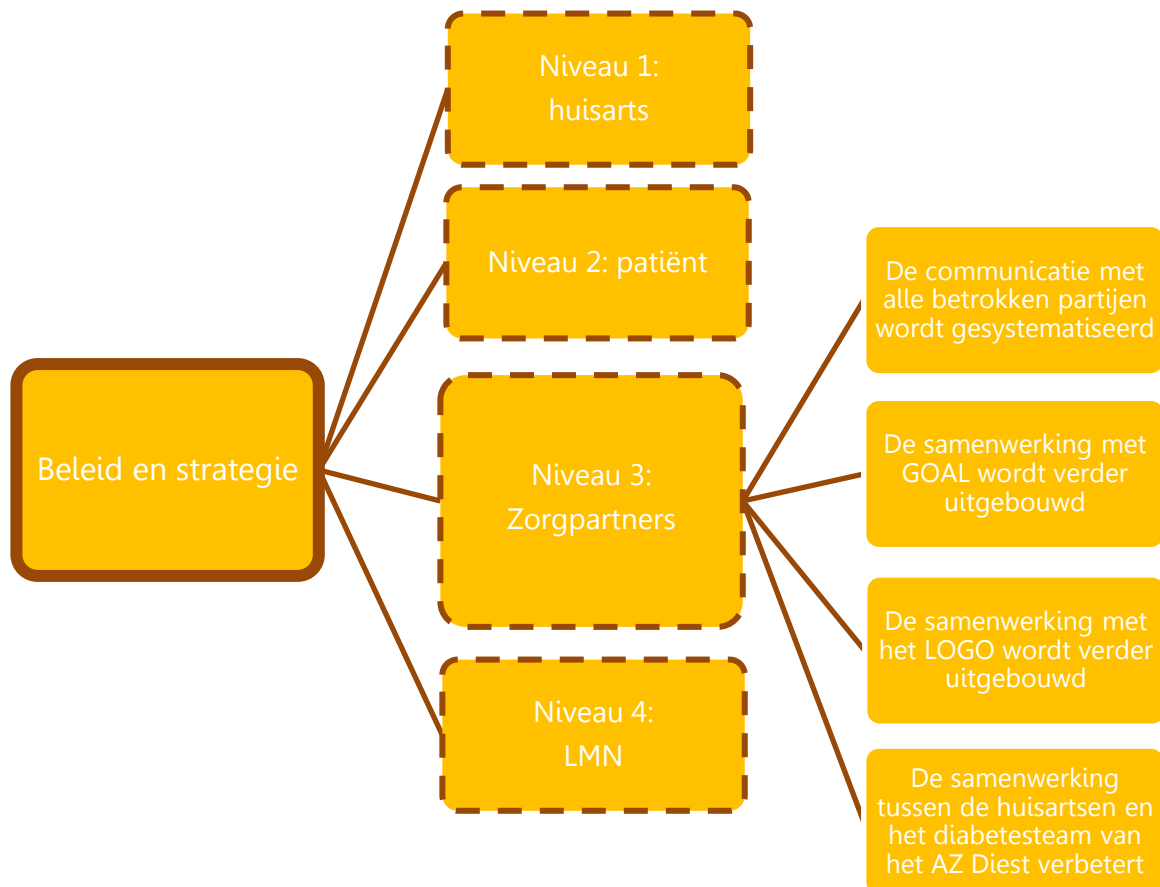
-ook patiënten met diabetes type 2 die nog niet in aanmerking komen voor een zorgtraject, hebben een grote nood aan informatie/educatie

Geplande acties:

-er wordt een folder gemaakt waarin het LMN en het aanbod beschreven worden

-deze folder zal ter beschikking liggen in de wachtzaal van de huisartsen (en ook bij apotheken en specialisten?)

4.2.4 Niveau Zorgpartners



De communicatie met alle betrokken partijen wordt gesystematiseerd

- er is het afgelopen jaar al overleg geweest met verschillende partners en beroepsgroepen, maar dat was weinig systematisch
- de maandelijkse digitale nieuwsbrief van het LMN wordt naar alle gekende mailadressen van zorgverleners gestuurd

Geplande acties:

- er is minstens 1x/jaar overleg met de specialisten uit de betrokken conventiecentra (2x/jaar met het diabetesteam van het AZ in Diest)
- er is minstens 2x/jaar overleg met zowel de eerstelijnseducatoren als de eerstelijnsdiëtisten
- het LMN verbindt zich ertoe op de hoogte te blijven van de regelgeving inzake de zorgtrajecten. Alle partners kunnen bij de ztp terecht voor info.

De samenwerking met GOAL wordt verder uitgebouwd

- er zijn het afgelopen jaar al verschillende contacten geweest met de zorgcoördinatoren en de voorzitter van SEL/GDT GOAL
- de ztp is lid van de werkgroep in de lokale afdelingen Diest, Aarschot-Begijnendijk en West-Hageland
- het werkingsgebied van GOAL bestrijkt LMN Groot-Leuven, LMN Tienen-Landen, LMN Hageland en een gemeente van LMN Harno en LMN Dijle en Nete. Er is in de Algemene Vergadering van GOAL één plaats voorzien voor een vertegenwoordiger van de LMN'en

Geplande acties:

- er zal 2x/jaar overleg zijn tussen de zorgcoördinatoren van GOAL en de ztp'en van LMN Groot-Leuven, LMN Tienen-Landen en LMN Hageland
- de ztp neemt verder deel aan de werkgroepvergaderingen en de platformbijeenkomsten die georganiseerd worden

De samenwerking met het LOGO wordt verder uitgebouwd

- de ztp heeft al verschillende contacten gehad met de medewerkers van LOGO Oost-Brabant, en neemt deel aan het plenair overleg van LOGO Oost-Brabant
- de deelname aan het plenair overleg biedt de mogelijkheid om ook nieuwe contacten te leggen of bestaan de contacten te onderhouden met medewerkers van de openbare besturen van de gemeenten van het LMN en contactpersonen van andere organisaties in de gezondheidszorg in de regio

Geplande acties:

- de ztp neemt contact op met de medewerkers van het LOGO om de mogelijkheden om een beroep te doen op de diëtisten waar het LOGO mee samenwerkt te verduidelijken
- er zal aan het LOGO de mogelijkheid geboden worden om hun folders en andere materialen ter beschikking te leggen in het huis voor chronische zorg
- de ztp neemt verder deel aan het plenair overleg

De samenwerking tussen de huisartsen en het diabetesteam van het AZ Diest verbetert

- er zijn al vele jaren aanslepende en terugkerende problemen in de samenwerking tussen een aantal specialisten van het AZ Diest en de huisartsen uit de regio
- er werd eind 2010 al een sneuvelnota opgesteld over de samenwerking tussen het diabetesteam van het AZ Diest en LMN Hageland, LMN West-Limburg, LMN Klaverblad in het kader van het zorgtraject diabetes. Deze tekst moet nog formeel goedgekeurd worden door de betrokken partijen

-er is bij alle betrokkenen een duidelijke wens om de samenwerking te verbeteren

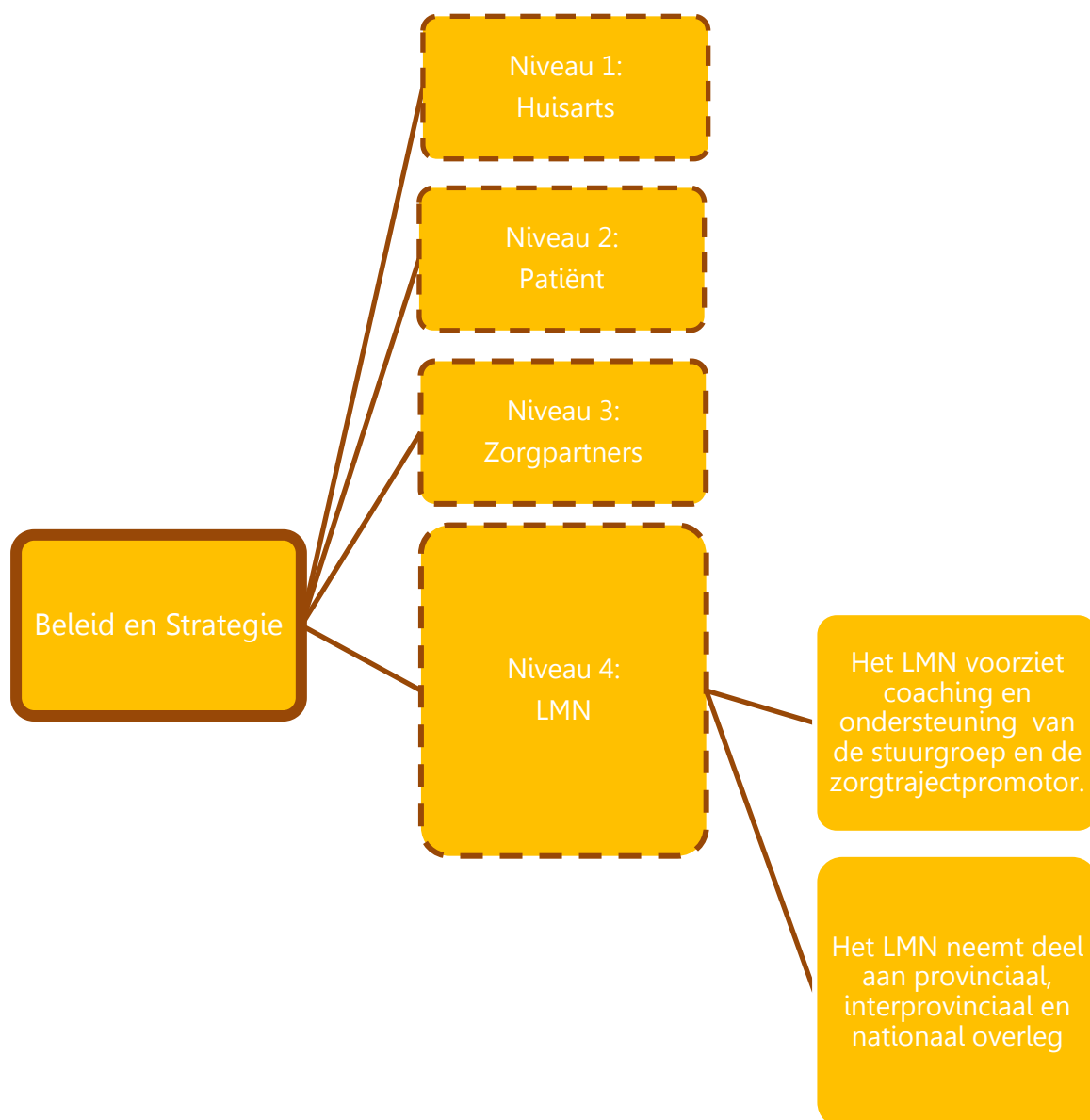
Geplande acties:

-de sneuvelnota wordt gefinaliseerd

-er is 2x/jaar overleg tussen het diabetesteam van het AZ Diest en de ztp

-vanaf het najaar van 2011 zal er regelmatig een sessie gepland worden waarin de huisartsen terecht kunnen bij Dr. Annaert en Dr. Van Aken in het AZ Diest om casussen te bespreken (die aangebracht worden door de huisartsen)

4.2.5 Niveau LMN



Het LMN voorziet coaching en ondersteuning van de stuurgroep en de ztp

- Het is belangrijk dat de verschillende leden van de stuurgroep dezelfde doelstellingen nastreven.
- De ztp heeft eveneens coaching nodig. Ze wordt in het kader hiervan ondersteund, gestuurd en geëvalueerd door de stuurgroep, de voorzitter van de Raad van Bestuur en een persoonlijke begeleider vanuit het ACHG (Carine Van den Broeke). Deze persoonlijke begeleider helpt de ztp om het operationele luik meer vorm te geven.
- De stuurgroep komt samen om de voortgang van het project te evalueren en indien nodig bij te sturen.
- De deelname van de ztp aan navormingen, bijscholingen en andere permanente vorming wordt besproken met de stuurgroep.
- De netwerkdagen die door VINO (Vlaams Initiatief Netwerk Ondersteuning) georganiseerd worden, bieden de kans om contacten te leggen en ervaringen uit te wisselen met andere stuurgroepen en ztp'en. Er zal bovendien telkens ingegaan worden op interessante thema's die actueel zijn voor de LMN'en.

Geplande acties:

- De ztp volgt in 2011 minimaal 1, en in 2012 minimaal 2 bijscholingen per jaar ter bevordering van het LMN en of haar professionele vaardigheden.
- De ztp en de stuurgroep worden in 2011 en 2012 verder ondersteund door het coaching team van de KU.Leuven.
- 2 stuurgroepleden en de ztp nemen deel aan de netwerkdagen van VINO (per netwerkdag af te spreken welke stuurgroepleden)

Het LMN neemt deel aan provinciaal, interprovinciaal en nationaal overleg

- De ztp neemt in naam van het LMN deel aan alle provinciale overlegvergaderingen die relevant zijn voor het LMN. De ztp blijft op deze manier op de hoogte van de stand van zaken en de activiteiten in de andere Vlaams-Brabantse LMN'en.
- De ztp neemt ook deel aan regionaal of interprovinciaal overleg dat relevant is voor de verdere uitbouw van het LMN. Hier horen de contacten bij met de naburige regio's, en ook de eventuele deelname aan thema-gerelateerde werkgroepen.
- In afspraak met de andere Vlaams-Brabantse LMN'en vertegenwoordigt de ztp van LMN Hageland de provincie Vlaams-Brabant op de vergaderingen van VINO (samen met de ztp van LMN Pajottenland). VINO is een ondersteuningsinitiatief, het richt zich op de Lokale Multidisciplinaire Netwerken die binnen het kader van de zorgtrajecten overall in Vlaanderen opgestart zijn om de huisarts te helpen bij de belangrijke overgang naar chronische zorg(re)organisatie in de dagelijkse praktijk.
- Het Riziv voorziet om 2 keer per jaar alle ztp'en van België uit te nodigen om een algemene stand van zaken op te maken en samen in te gaan op knelpunten en vragen uit het werkveld.
- Het LMN krijgt op deze manier alle informatie die zinvol is voor de verdere uitbouw.

Geplande acties:

- De ztp neemt deel aan de teamvergaderingen in het ACHG in Leuven (Noord- en Oost- Vlaam-Brabant) (2x/maand)

- De ztp neemt deel aan het 'Brabant-Brussel-Overleg' (BBO) (maandelijks)
- De ztp neemt deel aan de vergaderingen van VINO (tweemaandelijks)
- De ztp neemt deel aan de nationale overlegmomenten op het Riziv (2x/jaar)
- De ztp plant regelmatig overleg met de collega's in de naburige regio's die tot een andere provincie horen (LMN Dijle en Nete, LMN Zuiderkempem, LMN West-Limburg, LMN Klaverblad).

4.3 Domein: Medewerkers

4.3.1. Zorgtrajectpromotor

De toelage van het RIZIV voorzag in de aanwerving van een zorgtrajectpromotor.

Bij aanvang van het project in december 2009 werd dan ook door het LMN Hageland met behulp van de rekruteringsdienst van het MCH Leuven (Medisch Centrum voor Huisartsen) een ztp aangesteld; op 1 maart 2010 startte Katrien Verschueren als ztp voor het LMN Hageland.

Katrien Verschueren is licentiate pedagogische wetenschappen, optie orthopedagogiek (1997, Universiteit Gent), en werkte van 1997 tot begin 2010 als orthopedagoge in Oostrem vzw in Herent. Ze heeft daarnaast uitgebreide ervaring in het jeugdwerk (scouts, speelpleinwerking, Centrum Informatieve Spelen), en heeft ook een aantal jaren lesgegeven aan opvoeders in spe (VSPW Lovenjoel en CVO SSH Leuven)

4.3.2 Takenpakket

De ztp heeft als primaire opdracht de geplande acties in het beleidsplan tot uitvoer te brengen en te coördineren, om zo de gestelde doelstellingen te bereiken.

Het blijft daarnaast belangrijk om de huisartsen te informeren en te ondersteunen bij de implementatie van de zorgtrajecten. Dit gebeurt d.m.v. laagdrempelige informatiekkanalen die men vanuit de praktijk kan consulteren, zoals: een website, informatiebundels, stappenplannen,...

Naast de basis informatieverstrekking wordt er door de ztp ook een navormingsprogramma opgesteld i.f.v de noden in het werkveld. Daarnaast worden er ook sjablonen en formulieren ter beschikking gesteld die de huisarts nodig heeft bij de uitvoering van het zorgtraject.

In verband met de uitbouw van het LMN heeft de ztp de opdracht om alle zorgpartners te benaderen, te consulteren en te betrekken in het opzetten van een netwerk rond de chronische zorgverlening.

Daarbij is het essentieel dat de diverse zorgpartners in kaart worden gebracht en dat hun rol binnen de zorgtrajecten wordt gedefinieerd. De sociale kaart omvat de contactgegevens van alle betrokken partijen in het kader van de zorgtrajecten en is consulteerbaar op de website van het LMN.

Verder participeert de ztp aan verschillende overkoepelende overlegstructuren, zoals: het provinciaal overleg, regionaal ztp-overleg, LOGO Oost-Brabant, GOAL, VINO, enz.. ...Deze engagementen worden opgenomen met het oog op een betere afstemming van de verschillende eerstelijnsinitiatieven en hebben als primair doel de zorgtrajecten tot een vaste waarde te maken in de eerstelijns zorgverlening.

De ztp maakt elk jaar een uitgebreid activiteitenverslag voor het Riziv. Er moet ook een financieel jaarverslag opgemaakt worden, hiervoor ligt de eindverantwoordelijkheid bij de huisartsenkring (HAK Hagewacht).

De ztp wordt ondersteund, gestuurd en geëvalueerd door de stuurgroep (met extra ondersteuning door de coaches van de K.U.Leuven).

4.3.3. Opleiding en coaching

Ter ondersteuning van de ztp werd er in het najaar 2009 geopteerd om in te stappen in een coachingprogramma onder leiding van drie personen werkzaam aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de K.U. Leuven¹⁰.

Deze coaching richt zich tot drie niveaus: de ztp, de stuurgroep en het team ztp'en van Noord- en Oost-Vlaams-Brabant.

De coaching van de ztp krijgt ondermeer vorm in one- to- one coachinggesprekken die op regelmatige tijdstippen werden gehouden. Daarnaast wordt de ztp ook ondersteund bij het uitwerken van het beleidsplan.

Voor de strategische stuurgroep werd gekozen voor een aantal coachingsessies waarbij er gewerkt wordt met een aantal denkoefeningen en brainstormsessies om de verschillende verwachtingen en persoonlijke doelstellingen op één lijn te krijgen.

Op die manier ontwikkelde zich een sterk team met een klare kijk en een duidelijk doel voor ogen: het op de kaart zetten van het LMN Hageland en het realiseren van een significante kwaliteitsverbetering in de chronische zorg.

¹⁰ Jan Heyrman, Carine Van Den Broeke en Liesbeth Borgermans

4.4 Domein: Middelen:

Budget 2011-2012

Het jaarbedrag van de financiering wordt gemoduleerd in functie van het aantal inwoners van het werkingsgebied dat het netwerk bestrijkt. Voor het LMN Hageland bedraagt dit per jaar € 93.000 (werkingsgebied 75.000 tot 185.999 inwoners).

De kost verbonden aan de tewerkstelling van de ztp (loonkost) werd door het RIZIV vastgelegd op minstens 60% van de financiering. De overige middelen worden aangewend voor de dagelijkse werking van het LMN en de billijke vergoeding voor de leden van de stuurgroep.

Er wordt jaarlijks een begroting opgemaakt (voor het komende jaar) en een financieel verslag voor het Riziv (over het afgelopen jaar). Dit gebeurt in samenwerking met de penningmeester van HAK Hagewacht (Dr. Gilberte Coenen) en de directeur van het MCH (Jan Willems).

4.5 Domein: Processen en concrete acties

Dit domein is opgebouwd uit 2 prioritaire acties gerelateerd aan de hoger genoemde strategische doelstellingen op vier niveaus huisarts, patiënt, zorgpartners en het LMN.

4.5.1. Afname van een enquête bij alle huisartsen van het LMN

In september 2011 zal er per mail een enquête verstuurd worden naar al de huisartsen, met de vraag om ze ingevuld terug te sturen naar de ztp. Er zijn drie grote topics: de zorgtrajecten / het LMN / het gebruik van het EMD

De vragenlijst zal peilen naar:

- het aantal zorgtrajecten dat de huisarts al heeft afgesloten
- de nood aan ondersteuning hierbij
- de problemen die eventueel ervaren worden ivm de zorgtrajecten
- de vertrouwdheid van de respondent met het LMN en de ztp
- het EMD-softwarepakket en het gebruik ervan
- de nood aan navorming over het gebruik van het EMD in het kader van de zorgtrajecten en chronische zorg

Om een zo groot mogelijke respons te bereiken, wordt er de nodige energie gestoken in het opstellen van de vragenlijst. Aangezien er ook in de andere LMN'en van Noord- en Oost-Vlaams-Brabant een gelijkaardige bevraging zal gebeuren, worden de krachten zoveel mogelijk gebundeld en wordt er dus intensief samengewerkt tussen de verschillende ztp'en (met ook hier weer de ondersteuning van Carine Van den Broeke van het ACHG in Leuven). De ztp bezorgt eind juli een voorstel van vragenlijst aan de stuurgroepleden, met de vraag naar feedback. De vragenlijst zal gefinaliseerd worden op de stuurgroepvergadering van 6 september 2011.

Er zal in de vragenlijst ook gevraagd worden naar een aantal basisgegevens (solo, dus, groep / leeftijd / naam) om diepere analyse en eventueel individuele ondersteuning mogelijk te maken

Wie de lijst nog niet ingevuld terugstuurt, krijgt na twee weken een herinnering per mail. Een maand na de eerste verzending wordt de bevraging afgesloten en begint de verwerking van de ingevulde vragenlijsten door de ztp. De resultaten zullen voorgesteld worden aan de stuurgroep en aan de raden van bestuur, met een voorstel om in te spelen op de conclusies uit de verwerking.

4.5.2. Oprichting van een huis voor chronische zorg in LMN Hageland

Eén van de concrete acties die we willen ondernemen om deze visie in de praktijk waar te maken, is de oprichting van een 'huis voor chronische zorg', waarmee we

- een herkenbare, bereikbare en laagdrempelige lokatie aanbieden aan patiënten zodat de "eerstelij" een duidelijker begrip wordt voor hen, waar ze

gemakkelijk kunnen consulteren bij ondersteunende disciplines op verwijzing van hun huisarts

-voor de huisarts een eenvoudig, vlot herkenbaar steunpunt aanbieden, waar niet alleen de ztp bereikbaar is maar ook het team van andere zorgverleners die in steun voor hem beschikbaar zijn. En dit niet alleen voor de zorgtrajecten, maar ook voor andere chronische pathologieën

- een meerwaarde in de teamwerking willen realiseren (door als steunteam op dezelfde locatie te werken), in de vorm van betere afstemming, vlottere samenwerking, hechtere groepsvorming. Tegelijk willen we daarmee een grote vereenvoudiging doorvoering in de te grote diversiteit van het samenwerkingsaanbod in onze regio.

-als huisarts een stap voorwaarts zetten om zelf de profilering van de teamwerking in onze regio in handen nemen, inbegrepen de keuze van medewerkers op basis van samenwerkingsafspraken die wij zelf bepalen.

-het ankerpunt aanbieden voor andere zorgverleners en organisaties van zorgverleners in onze regio, indien zij samenwerking met huisartsen zoeken, ook in verband met andere chronische zorgprojecten zoals de art.107 projecten in de geestelijke gezondheidszorg, nieuwe projecten rond palliatieve zorg, rond dementering,...

De oprichting van een 'huis voor chronische zorg' geeft meer uitstraling en bekendheid aan het LMN, en biedt bovendien de mogelijkheid om op een gestructureerde, overdachte en efficiënte manier in te spelen op een aantal vaststellingen:

-er worden te weinig patiënten met een zorgtraject diabetes doorverwezen naar een educator in de eerste lijn, en de samenwerking nadien is te los en te separaat van elkaar

-ook diabetespatiënten die (nog) niet in aanmerking komen voor een zorgtraject hebben nood aan educatie, en hieromtrent willen we als huisarts zelf bepalen wanneer we deze samenwerking nodig hebben en wanneer deze een meerwaarde is.

-er zetten te weinig patiënten de stap om naar een diëtist te gaan, en huisartsen verwijzen te weinig door (zowel bij diabetes als bij CNI).

Samenwerkingsmodellen kunnen maar gesimplificeerd en geïntensiveerd worden als er een georganiseerde planning en een sturing kan gebeuren

-de diabeteseducatoren in de eerste lijn verdienen zeer weinig aan de educaties bij de patiënt thuis, omdat ze veel tijd steken in administratie en verplaatsingen. Een huis chronische zorg waar ze kunnen consulteren zou de organisatie voor hen heel wat vergemakkelijken

-er is een cultuuromslag nodig bij de huisartsen in het LMN. Ze moeten hun praktijkvoering en hun manier van samenwerken aanpassen aan het veranderende zorglandschap, om hun centrale positie in de chronische zorg te kunnen waarmaken op een kwalitatief hoogstaande manier. Maar de vormen moet eenvoudig, duidelijk en gestructureerd zijn, het aanbod moet op het lijf van de huisarts worden geschreven.

-het is niet haalbaar om rond elke chronische patiënt een ander multidisciplinair team op poten te zetten. Er moet een beperkter aantal van

ondersteunende zorgverleners komen, die dan als een team georganiseerd worden, en zo gemakkelijker aanspreekbaar zijn voor de huisarts

- het is niet haalbaar om voor elke patient telkens een individuele begeleiding te voorzien. Groepseducatie, reeksen patiënten voordrachten, informatiestands en brochures kunnen maar worden georganiseerd in een bestaand huis, dat hieromtrent bekend is en daarvoor wordt aangesproken

Het kan gezien worden als een nieuwe taak voor de ztp, in haar opdracht om de huisarts te ondersteunen bij de chronische zorg, om de aangepaste organisatie van dit chronisch zorgteam te realiseren, en de teamcoördinatie op zich te nemen. Het "huis voor chronische zorg" zal dus aan de volgende vereisten moeten voldoen

- een voor patiënten, zorgverleners en huisartsen herkenbare en accepteerbare locatie vormen, verbonden met de "eerstelij" zelf
- tenminste een werkruimte bieden voor de ztp, mogelijks met administratieve aanvulling
- tenminste één consultatieruimte omvatten die door verschillende zorgverleners (die voor de huisarts in steun zijn bij diens chronische zorg) flexibel kan worden gebruikt
- tenminste een kleine en misschien ook een middelgrote vergaderruimte aanbieden die flexibel beschikbaar is voor overleg tussen teamleden, tussen huisartsen en zorgverleners, en voor kleine groepswerking ook met patiënten .

Om te voorkomen dat patiënten zich te ver moeten verplaatsen (en daardoor afhaken), voorzien we ook een aanbod op lokaties in de andere gemeenten van het LMN (in aanvang 1 of 2 dagen per maand per gemeente, volgorde: Scherpenheuvel-Zichem, Tremelo, Tielt-Winge, Diest, Begijnendijk, Bekkevoort). Er wordt contact opgenomen met de verschillende stadsbesturen / OCMW's om de mogelijkheden na te gaan (en na te vragen of er enige steun/inbreng mogelijk is vanuit de gemeenten).

Financiering

Aangezien de ideeën voor de oprichting van een huis voor chronische zorg nog in een heel vroege fase zitten, is het nog niet mogelijk om een volledige begroting op papier te zetten.

Te verwachten kosten: huur / verwarming, electriciteit, water / onderhoud / inrichting / vergoeding educatoren, diëtisten,... bij groepssessies? / website?? Of online afspraken systeem? / promo / drukwerken /

We zijn aan het uitzoeken welke mogelijkheden er zijn om de werking financieel te ondersteunen waar nodig.

- In de begroting van het LMN is een bedrag voorzien voor huurkosten (die er nu niet zijn), en de werkingskosten bieden ook nog andere mogelijkheden
- De zorgverleners die patiënten zien, staan eventueel een percentje van hun inkomsten af (zo gebeurt het in andere regio's)

- De ziekenhuizen waar mee samengewerkt wordt? (bijvoorbeeld: gratis of zeer goedkoop ruimte ter beschikking stellen)
- Steun van de stadsbesturen van de gemeenten in het LMN? (bijvoorbeeld: gratis ruimte ter beschikking stellen, aanbod mee bekend maken bij bevolking)
- Sponsoring? (voor materiaal, staaltjes, documentatie,... Niet op drukwerken en dergelijke, alle firma's zelfde mogelijkheid bieden.)
- De huisartsenkringen van het LMN? (bijvoorbeeld: drukwerken om het aanbod bekend te maken bij de huisartsen, en via hen bij de patiënten)
- Het LOGO Oost-Brabant werkt samen met een aantal diëtisten, die winkeloefeningen en/infosessies geven voor diverse doelgroepen (en daarvoor betaald worden door het LOGO). Het LMN kan hier eventueel gebruik van maken.
- Door de aanvraag van een diabetespas, kan ook een patiënt zonder zorgtraject twee keer per jaar op consultatie bij een diëtiste tegen terugbetalingstarief. We willen het gebruik hiervan stimuleren.

Te zetten stappen (in 2011):

- er is reeds een eerste overleg geweest met Dr. Frank Martens, de medisch directeur van het RZ Heilig Hart Tienen / Medisch Centrum Aarschot in verband met een mogelijke samenwerking (in concreto: het ter beschikking stellen van lokalen en infrastructuur, eventueel ook financiële ondersteuning)
- er wordt in navolging van dit (positieve) gesprek een brief gestuurd naar Koen Vancraeynest (algemeen directeur), prof. Dr. Stefaan Van Lierde (voorzitter van de medische raad) en Dr. Frank Martens om onze vraag officieel te maken en ze op de agenda van de raad van bestuur van het RZ Tienen te plaatsen
- één van de gebouwen op de campus MCA komt vrij vanaf 1 januari 2012; in dit gebouw zou ruimte ter beschikking gesteld kunnen worden van het LMN
- de modaliteiten van de eventuele samenwerking moeten nog verder besproken worden
- er zal door de ztp contact opgenomen worden met het stadsbestuur van Aarschot (schepen van welzijn Els Vinckx) om na te gaan op welke manier de stad Aarschot dit initiatief wil en kan ondersteunen
- de ztp zal ook in 2011 al contact opnemen met het stadsbestuur van Scherpenheuvel-Zichem om na te gaan welke mogelijkheid er is om een lokaal ter beschikking te krijgen voor de uitbouw van het aanbod van het LMN ter plekke (Marie-Jeanne Hendrickx is schepen van welzijn en voorzitter van de OCMW-raad)
- de ztp neemt contact op met de educatoren en diëtisten die in het LMN in de eerste lijn werken om na te gaan wie van hen wil ingeschakeld worden in de werking van het huis voor chronische zorg en/of de satellietlocaties in de andere gemeenten

4.6 Domein: Resultaten

De implementatie van de zorgtrajecten diabetes en nierinsufficiëntie zal worden gemeten aan de hand van verschillende outcomeparameters:

Meetbare parameters:

- 1) Aantal afgesloten zorgtrajecten diabetes en nierinsufficiëntie in LMN Hageland (gemiddelde, spreiding);
→ Wordt gemeten d.m.v. de cijfergegevens die we krijgen van de ziekenhuizen, en d.m.v. de enquête bij de huisartsen (voor en na). Doel: elke huisarts moet een ZTJ DM2 en een ZTJ CNI afgesloten hebben tegen eind juni 2012, en het totaal aantal afgesloten zorgtrajecten stijgt tegen dan met 25%.
- 2) Tevredenheid van de huisartsen met de aangeboden ondersteuning van de ztp, de hulpmiddelen en de navormingen;
→ Wordt gemeten d.m.v. de enquête. Doel: 2/3^e van de huisartsen moet tevreden zijn.
- 3) Kwaliteit van de samenwerkingsrelaties tussen de specialisten en de huisartsen (wederzijdse beoordeling)
- 4) Kwaliteit van de samenwerkingsrelaties tussen de ztp en de zorgpartners (wederzijdse beoordeling)

Niet meetbare parameters:

- 1) Aantal hits op de website www.zorgtrajecten-brabant.be
Dit aantal hits is een overzicht van Noord- en Oost Vlaams-Brabant en dus niet meetbaar voor LMN Hageland.
- 2) Tevredenheid van de patiënt met de educatie zoals aangeboden door de diabeteseducatoren;
- 3) Tevredenheid van de patiënt met het dieetadvies zoals aangeboden door de diëtisten;