

Samenwerkingsovereenkomst SEL Zorgnetwerk Zenneland – Regionaal ziekenhuis Sint-Maria Halle

INLEIDING

Deze samenwerkingsovereenkomst is een inspanningsverbintenis die kadert in het streven naar een lijnoverschrijdende, naadloze zorgcontinuïteit voor de patiënt via het maken van goede multidisciplinaire afspraken, een sluitende communicatie en een kwaliteitsvolle samenwerking tussen de patiënt en/of de mantelzorg, de eerstelijnsgezondheidszorg, de woonzorgcentra, de rust- en verzorgingstehuizen, de dagverzorgingscentra, de centra voor kortverblijf en het ziekenhuis. Deze overeenkomst heeft tot doel een vlotte overgang te realiseren van de thuissituatie of residentiële of semiresidentiële voorziening naar het ziekenhuis en omgekeerd.

Centraal hierin staat:

- de bekommernis om de zorg voor de patiënt, zijn mantelzorgers en de zorg- en hulpverleners zowel binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, de woonzorgcentra, de rust- en verzorgingstehuizen, de dagverzorgingscentra, de centra voor kortverblijf als binnen het ziekenhuis;
- het streven naar een voortdurende kwaliteitsbewaking van de zorg en hulp;
- het respecteren van de persoonlijke levenssfeer, de waardigheid en de keuzevrijheid van de patiënt;
- het erkennen en respecteren van de deskundigheid van alle betrokken hulp- en zorgverleners;
- de erkenning van het subsidiariteitsprincipe en het getrapte zorgmodel in de samenwerking.

PREAMBULE

We verwijzen naar de wetgeving met betrekking tot SEL, GDT, ziekenhuis, patiëntenrechten en privacy:

- de wet van 8 december 1992 voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens;
- de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt;

- het decreet van 23 mei 2003 en wijziging betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking en programmatie van gezondheidszorgvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen;
- het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders;
- het Koninklijk Besluit van 13 februari 2001 ter uitvoering van de Wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens;
- het Koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging;
- het Koninklijk besluit en wijziging van 14 mei 2003 tot vaststelling van de verstrekkingen omschreven in artikel 34, eerste lid, 13°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
- de Verordening van 28 juli 2003 tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- het Besluit van de Vlaamse Regering van 19 december 2008 betreffende de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg;
- het Ministerieel besluit van 18 november 2005 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden waarin een tegemoetkoming kan worden toegekend voor de verstrekkingen omschreven art. 34, eerste lid, 13°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.
- het woonzorgdecreet van 13 maart 2009.
- het Koninklijk Besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.
- het Koninklijk Besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen.
- de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen.
- het Koninklijk Besluit van 15 juli 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisfunctie van palliatieve zorg moet voldoen om te worden erkend.
- het Koninklijk Besluit van 15 juli 2004 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's "cardiale pathologie" moeten voldoen om erkend te worden.
- het Koninklijk Besluit van 21 maart 2003 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's "oncologie" moeten voldoen om erkend te worden.

- het Koninklijk Besluit van 13 juli 2006 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor kinderen moet voldoen om erkend te worden.
- het Koninklijk Besluit van 29 januari 2007 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt moet voldoen om erkend te worden.

Er wordt tussen, vertegenwoordigd door, en het Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL) met zetel te, vertegenwoordigd door , het volgende overeengekomen:

ARTIKEL 1. BEGRIPSOMSCHRIJVING

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

- 1°** Eerstelijnsgezondheidszorg: zorg aangeboden door zorgverstrekkers in dat segment van de gezondheids- en welzijnszorg en waarop gebruikers een beroep doen voor eerste deskundige opvang, behandeling of meer continue begeleiding van gezondheidsproblemen, al dan niet na verwijzing door een andere zorgaanbieder of door een organisatie, dienst of persoon met een meer gespecialiseerd zorgaanbod, alsook zorg aangeboden door zorgverstrekkers in een woonzorgcentrum, een rust- en verzorgingstehuis, een dagverzorgingscentrum of een centrum voor kortverblijf;
- 2°** GDT: Geïntegreerde Dienst voor Thuisverzorging: een dienst erkend overeenkomstig het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging;
- 3°** SEL: samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg: een door de Vlaamse Regering erkend samenwerkingsverband van vertegenwoordigers van zorgaanbieders en eventueel van vertegenwoordigers van mantelzorgers of vrijwilligers, dat gericht is op de optimalisatie van de zorg binnen een geografisch afgebakend werkgebied als vermeld in artikel 2, 11° van het Eerstelijnsdecreet;
- 4°** Eerstelijnszorgverstrekker: elke zorg- en hulpverlener binnen de welzijns- en gezondheidszorg werkzaam in de eerstelijnsgezondheidszorg, evenals personen die professioneel zorgen of diensten verlenen in een woonzorgcentrum, een rust- en verzorgingstehuis, een dagverzorgingscentrum of een centrum voor kortverblijf;
- 5°** Zorgbemiddelaar: een persoon, aangewezen door een gebruiker of mantelzorger in het kader van een multidisciplinair zorgoverleg, die de taken van de zorg- en hulpverleners, mantelzorgers en vrijwilligers op elkaar afstemt en op de behoeften van de patiënt of cliënt en die de vertrouwenspersoon is van de patiënt;
- 6°** Contactpersoon: de sleutelfiguur in de coördinatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en bij ontslag uit het ziekenhuis;
- 7°** Mantelzorger: een persoon die vanuit een sociale en emotionele band één of meerdere personen, niet beroepshalve maar meer dan occasioneel, helpt en ondersteunt in het dagelijkse leven wanneer de zelfzorg ontoereikend blijkt;
- 8°** Overlegorganisator: een persoon die het multidisciplinair overleg ondersteunt in complexe thuiszorgsituaties bij zwaar zorgbehoevende personen op vraag van de zorgbemiddelaar, de familie of

een andere betrokken zorgverlener. Hij zorgt voor de praktische voorbereiding van het overleg, zit het overleg voor en biedt de nodige administratieve ondersteuning;

9° Multidisciplinair zorgoverleg: een gecoördineerd overleg tussen alle betrokkenen (gebruiker, mantelzorger, vrijwilliger, zorg- en/of hulpverleners) bij één thuiszorgcliënt over de concrete hulp- en zorgverlening in de thuiszorg. De interactie, samenwerking en afstemming tussen de verschillende betrokken partners staan centraal.

10° Organisatie van multidisciplinair zorgoverleg: het samenbrengen van zorg- en hulpverleners van verschillende disciplines, het bieden van praktische en administratieve ondersteuning bij dat overleg en het bewaken van de voortgangscontrole van dat overleg;

11° Complexe zorgsituatie: zorgsituatie met een verhoogde zorgnood en/of sociaal complexe situaties waarbij de continuïteit aan zorg in het gedrang is;

12° E-zorgplan: de elektronische webapplicatie bereikbaar via de url <http://www.e-zorgplan.be> die toelaat multidisciplinaire zorgafspraken vast te leggen en beveiligde communicatie over de zorg rond een patiënt mogelijk maakt.

13° E-health: het elektronische platform van de federale overheid dat georganiseerde, onderlinge elektronische dienstverlening en informatie-uitwisseling bevordert en ondersteunt tussen alle actoren in de gezondheidszorg.

ARTIKEL 2. DOELSTELLING

De partijen zijn ervan overtuigd dat, met het oog op de realisatie van een kwalitatieve gezondheidszorg, een transmurale zorgcontinuïteit centraal staat.

Door het maken van wederzijdse afspraken wil deze overeenkomst de integrale zorgverlening rond de patiënt, waarbij principieel geen patiënt wordt uitgesloten, stimuleren door:

1. het centraal stellen van de patiënt en zijn zelfredzaamheid tijdens het zorgproces,
2. het optimaliseren van de betrokkenheid van de familie en de mantelzorgers,
3. het benaderen van de patiënt vanuit het bio-psycho-sociaal model,
4. het waarborgen van de keuzevrijheid van de patiënt,
5. het optimaliseren van de samenwerking tussen andere professionele zorg- en hulpverleners uit de eerste-, tweede- en derdelijnsgezondheidszorg,
6. het optimaliseren van transmurale communicatie door een efficiënte inzet van de beschikbare middelen en een wederzijdse afstemming omtrent de inhoud.
7. Het aanscherpen van het wederzijds vertrouwen en de gedeelde verantwoordelijkheid tussen de gezondheidswerkers uit het ziekenhuis, de eerstelijnszorgverstrekkers en de patiënt.

Het ziekenhuis en de eerstelijnszorgverstrekkers zullen de vereiste informatie aan elkaar bezorgen, mits toestemming van de patiënt als de wet op de patiëntenrechten dit vereist.

ARTIKEL 3

De betrokken partijen hebben kennis van, voeling met en respect voor elkaar.

Het ziekenhuis is verantwoordelijk voor de zorgverstrekking binnen het ziekenhuis;

Het ziekenhuis heeft aandacht voor de gezondheidstoestand, sociale toestand en zelfredzaam vermogen van de patiënten. De ontslagbegeleiding wordt afgestemd op maat van de patiënt. Er wordt

een voorwaardenscheppende, bemiddelende en ondersteunende rol opgenomen, ten einde de adequate zorg te initiëren.

De eerstelijnszorgverstrekkers zijn verantwoordelijk voor de zorgverstrekking binnen het thuis- of thuisvervangend milieu;

Aangaande de sociale zorgnoden neemt de eerstelijnsgezondheidszorg een rol op in de preventie en de nazorg. Naar het ziekenhuis vervullen zij in dit kader een belangrijke signaalfunctie. De doelstelling hierbij is een (her)opname in het ziekenhuis waaraan sociale aspecten aan de oorzaak liggen, te vermijden.

De patiënt staat centraal en vormt samen met zijn mantelzorgnetwerk een volwaardige zorgpartner. Het opnemen van een actieve rol in de zorgcoördinatie door deze zorgpartner wordt gestimuleerd en ondersteund door de professionele zorg- en hulpverleners.

ARTIKEL 4. DOELGROEP

Onderstaande afspraken zijn van toepassing voor alle patiënten, met een bijzondere aandacht voor patiënten met een complexe zorgsituatie.

ARTIKEL 5. TAAKAFSPRAKEN

OPNAME IN HET ZIEKENHUIS

Bij een ziekenhuisopname dragen de eerstelijnszorgverstrekkers van een patiënt informatie over aan het ziekenhuis en andersom.

De partijen komen overeen dat met betrekking tot een opname in het ziekenhuis, de volgende taken worden uitgevoerd:

1. Taken eerstelijnszorgverstrekkers:

- 1.1. De patiënt en/of contactpersoon stimuleren om bij een opname het ziekenhuis te informeren wie zijn eerstelijnszorgverstrekkers zijn en problemen ivm woonsituatie, zorgnetwerk, financiën, administratieve en familiale aangelegenheden te melden.
- 1.2. De verwijzende arts maakt bij een opname een gestructureerde verwijscommunicatie op (verwijsbrief) voor de behandelende arts van het ziekenhuis. Deze verwijscommunicatie bevat minimaal een overzicht van de huidige problematiek en reden van verwijzing, de relevante antecedenten en allergieën, een overzicht van de actuele thuismedicatie en de sociale context (minimaal de naam en telefoonnummer van de contactpersoon, de vermelding of er zich een probleem voordoet in de thuissituatie en de levenseindebeslissingen die genomen werden door de pt.)
- 1.3. De eerstelijnszorgverstrekkers nemen contact op met een medewerker van de sociale dienst in situaties waarbij zich een verhoogde zorgnood voordoet.

- 1.4. Indien er een e-zorgplan bestaat van de patiënt, geeft de eerste lijn de sociale dienst van het ziekenhuis tijdelijk inzagerecht in het e-zorgplan.
- 1.5. Indien het een patiënt uit een WZC betreft, worden in het verwijsformulier de elementen gespecificeerd zoals vastgelegd in de begeleidingscommissie waarvan in bijlage een uniform verwijsformulier terug te vinden is.

2. Taken zorg- en hulpverleners van het ziekenhuis:

- 2.1. Via de dagelijkse overzichtsrapporten brengt de dienst IT van het ziekenhuis de huisarts op de hoogte bij opname in het ziekenhuis.
- 2.2. Indien nodig neemt de behandelende geneesheer van het ziekenhuis (telefonisch) contact op met de huisarts om gegevens uit te wisselen.
- 2.2. Indien de patiënt geen huisarts heeft, moedigt de behandelende arts de patiënt aan een huisarts te kiezen.
- 2.3. De patiënt en contactpersoon worden minimaal via een ziekenhuisbrochure gestimuleerd om de eerstelijnszorgactoren te verwittigen van hun ziekenhuisopname.

VERBLIJF IN HET ZIEKENHUIS

De partijen komen overeen dat met betrekking tot het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis, de volgende taken worden uitgevoerd:

1. Taken zorg- en hulpverleners van het ziekenhuis:

- 1.1. Het ziekenhuis start vanaf de opname de ontslagvoorbereiding op. Indien er zich na de sociale screening een verhoogde sociale zorgnood voordoet, onderneemt de sociale dienst de gepaste sociale interventie in kader van de ontslagvoorbereiding.
- 1.2. Bij een opname bezorgt de huisarts een overzicht van de actuele thuismedicatie. De behandelende ziekenhuisarts houdt zoveel als mogelijk rekening met deze thuismedicatie in functie van de gezondheidstoestand van de patiënt. Ter controle kan het ziekenhuis aan de patiënt vragen om de thuismedicatie mee te nemen naar het ziekenhuis. Bij een ongeplande opname levert de huisarts indien mogelijk een overzicht van de actuele thuismedicatie. Het ziekenhuis zal aan de patiënt of de contactpersoon een overzicht van de thuismedicatie opvragen. Indien nodig neemt de behandelende arts contact op met de huisarts of de huisapotheek in zoverre er een therapeutische relatie bestaat.
- 1.3. Tijdens een opname respecteert de behandelende arts het getrapte zorgmodel door voor de behandeling van eerstelijnszorgaspecten daadwerkelijk door te verwijzen naar de eerstelijnsgezondheidszorg. De behandelende arts vermijdt zoveel mogelijk in niet-acute situaties een horizontale doorverwijzing voor klachten die geen verwantschap hebben met de pathologie bij opname of doorverwijzing. De patiënt wordt preferentiëel eerst doorverwezen naar de huisarts,

tenzij anders gewenst door de patiënt. Bij pathologieën die wel verwantschap hebben met de klacht bij doorverwijzing kan horizontale doorverwijzing wel, mits controle van reeds uitgevoerde onderzoeken en consulten uit het verleden zodoende onnuttige onderzoeken te herhalen en kostenbesparend te werken. Via de gestructureerde verwijscommunicatie geeft de huisarts de antecedenten weer die een startbasis vormen voor de verdere behandeling en waarmee de behandelende arts rekening houdt. De huisarts kan indien hij/zij dit nodig acht de behandelende arts contacteren om tot overeenstemming te komen mbt de sociale oriëntatie en het beoogde behandelplan.

- 1.4. Indien het een patiënt uit een WZC betreft, kan de hoofdverpleegkundige van het WZC indien wenselijk voor het WZC, wekelijks afstemmen met de hoofdverpleegkundige van de betreffende ziekenhuisafdeling om het tijdstip van ontslag en andere relevante zaken te bespreken.
- 1.5. Bij overlijden van de patiënt wordt naast de familie, ook het rusthuis (indien van toepassing) en de huisarts ingelicht door het ziekenhuis. Indien het overlijden in het weekend gebeurt, zal de huisarts hiervan op de hoogte gesteld worden op de eerst volgende maandag door het ziekenhuis. (Preferentieel zal de specialist de huisarts zelf op de hoogte brengen.)

1. Taken sociale dienst van het ziekenhuis en zorgbemiddelaar bij patiënten die een e-zorgplan hebben:

De sociale dienst van het ziekenhuis en de zorgbemiddelaar kunnen elkaar via het e-zorgplan op de hoogte brengen van die gebeurtenissen omtrent de patiënt, die belangrijk zijn voor de opvolging en organisatie van de zorg voor de patiënt.

ONTSLAG UIT HET ZIEKENHUIS

De partijen komen overeen dat met betrekking tot de ontslagvoorbereiding, de volgende taken worden uitgevoerd:

1. Taken zorg- en hulpverleners uit het ziekenhuis:

- 1.1. In de voorbereiding van het ontslag wordt door de sociale dienst van het ziekenhuis aan de patiënt en familie informatie geboden over de sociale kaart en de sociale en financiële rechten en dit op een neutrale en objectieve wijze, rekening houdend met de economisch-financiële context van de patiënt.
- 1.2. Reeds van bij de opname in het ziekenhuis wordt door het ziekenhuis aandacht besteed aan mogelijk aan te vragen hulpmiddelen, nodige zorg- en hulpverlening, tegemoetkomingen en de mogelijke risico's bij de terugkeer naar het thuis- of thuisvervangend milieu, en worden hiervoor duidelijke afspraken gemaakt met de eerstelijnszorgverstrekkers en de nodige maatregelen getroffen.
- 1.3. De verantwoordelijke van het ontslagmanagement streeft ernaar om de patiënt/contactpersoon 24u voor het ontslag te verwittigen. De patiënt/contactpersoon wordt gestimuleerd om zijn huisarts hierover te berichten zodat er een afspraak gemaakt kan worden ivm de nazorg. Indien

de patiënt op een vrijdag wordt ontslaan, wordt de huisarts 's ochtends telefonisch op de hoogte gesteld door het ziekenhuis.

Indien het een patiënt betreft waarvoor omwille van de continuïteit aan zorg thuiszorg nodig is, dan zoekt de sociale dienst van het ziekenhuis, in samenspraak met de behandelende arts, samen met de patiënt naar de gepaste oplossing.

Indien het een patiënt betreft die reeds thuiszorg ontving, dan wordt de patiënt / contactpersoon gestimuleerd om contact op te nemen met deze hulpverleners zodat de zorgverlening kan heropstarten

Indien het nieuwe zorgverlening betreft in de thuiszorg wordt afhankelijk van het zelfvermogen van de patiënt en de gezondheidssituatie de gepaste sociale interventie ondernomen. Gaande van informeren, ondersteunen, begeleiden, bemiddelen,...

Indien er omwille van wachtlijsten bij de thuiszorg en/of residentiële zorg, de zorg niet onmiddellijk beschikbaar is in de thuissituatie en indien het voor de patiënt en of mantelzorger niet haalbaar is om zonder of met onvolledige zorg naar huis terug te keren, wordt er met de patiënt bekeken wat de mogelijke oplossingen zijn. (bv inwonen bij de mantelzorger, kortverblijf, hersteloord, verlengd verblijf in het ziekenhuis,...).

- 1.4. Voor patiënten die reeds voor de hospitalisatie verbleven in een woonzorgcentrum, wordt ernaar gestreefd dat een medewerker van de verpleegafdeling 24u voor het ontslag contact opneemt met de hoofdverpleegkundige van het WZC om de terugkeer mee te delen.

Voor patiënten waarvoor een terugkeer naar de thuissituatie niet langer haalbaar is, zoekt de sociale dienst in samenspraak met de patiënt, de mantelzorgers en de behandelende arts naar de meest gepaste residentiële woonvorm in functie van de wachttijden. De opnamedatum wordt met het woonzorgcentrum besproken en vastgelegd.

Voor patiënten die naar een woonzorgcentrum of een kortverblijf gaan, bezorgt de verpleging van de afdeling de nodige informatie ivm de verdere zorgverlening via een transferformulier met de topics zoals vastgelegd tijdens de begeleidingscommissie. Deze communicatie wordt aan de patiënt meegegeven.

- 1.5. Bij het ontslag streeft de behandelende arts uit het ziekenhuis ernaar, tenzij dit om therapeutische redenen wenselijk is, om dezelfde medicatie voor te schrijven zoals vermeldt via de verwijscommunicatie van de huisarts.

- 1.6. Bij het ontslag worden aan de patiënt/contactpersoon de volgende documenten overhandigd: Medicatievoorschriften, BF-attesten, voorschriften voor verzorgingsmateriaal (stomazorg, wondzorg,...), voorschrift voor kinesitherapie, voorschrift voor thuisverpleging, attest voor werkverlet, attest voor hospitalisatieverzekering, informatie voor de verdere nazorg, afspraak voor na-controle in kader van de verdere opvolging, aanvraag controle RX (indien van toepassing).

Via E-communicatie wordt een definitieve ontslagbrief aan de huisarts overgemaakt binnen een redelijke termijn. Een voorlopig verslag wordt binnen de 48u aan de huisarts bezorgd, ook via E-communicatie.

2. Taken eerstelijnszorgverstrekkers:

- 2.1. De eerstelijnszorgverstrekkers streven ernaar om de gemaakte afspraken, hierboven gestipuleerd, op te volgen.

2.2. In de eerstelijns verzorgt de huisarts het medisch beleid van de patiënt. Hij/ zij houdt rekening met de contextuele factoren en het zelfredzaam vermogen van de patiënt en stemt met de patiënt/contactpersoon verder af wat nodig is om de continuïteit aan zorg te garanderen en een heropname omwille van de afwezigheid/ niet beschikbaar zijn van thuiszorg te vermijden.

3. Taken sociale dienst van het ziekenhuis en overlegorganisator in geval van zorgoverleg bij complexe situaties:

3.1. De sociale dienst van het ziekenhuis zal:

- De patiënt en/of zijn familie informeren over de mogelijkheid van het organiseren van een zorgoverleg bij ontslag.
- De patiënt en/of zijn familie maximaal voorbereiden op het zorgoverleg met oog op een vlot verloop.
- De overlegorganisator tijdig contacteren en zo gedetailleerd mogelijk de relevante informatie doorgeven.

3.2 De overlegorganisator organiseert het zorgoverleg tussen de patiënt en/of zijn familie en zijn betrokken zorg- en hulpverleners in het ziekenhuis (voor ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis).

ARTIKEL 6. ELEKTRONISCHE COMMUNICATIE

In het kader van een sluitende communicatie, verbinden het ziekenhuis en de eerstelijnsgezondheidszorg zich ertoe om de mogelijkheden te bestuderen om:

- De standaarden van eHealth te implementeren.
- De terminologie op elkaar af te stemmen.
- Gebruik te maken van de basisdiensten van eHealth.
- Aan te sluiten op het Hub-Metahub systeem.

Het ziekenhuis verbindt zich ertoe om de mogelijkheden te bestuderen om artsen te stimuleren om:

- Alle informatie vermeld in artikel 5 elektronisch te versturen vanuit de behandelende ziekenhuisdienst of -zorgverstreker naar de eerstelijnszorgverstreker.
- Het ziekenhuissysteem toe te laten om alle informatie van de eerstelijnszorgverstrekkers elektronisch en geautomatiseerd apart te kunnen bezorgen aan elke specialist-arts.
- Het ziekenhuissysteem toe te laten om alle informatie van de eerstelijnszorgverstrekkers elektronisch en geautomatiseerd te ontvangen op departementsniveau als de zorgverstreker dit wenst (spoed, anesthesie,...).
- Zich te verbinden tot het Push-systeem (berichten worden naar de zorgverstrekkers verstuurd) en af te zien van het Pull-systeem (zorgverstrekkers moeten zelf hun berichten ophalen op het ziekenhuisportaal).

Na melding van de 1ste lijn betreffende de aanwezigheid van een e-zorgplan, streeft het ziekenhuis ernaar om de communicatie te voeren via het e-zorgplan.

Dubbels van alle protocols worden elektronisch doorgestuurd naar de huisarts, met uitzondering van de dienst IZ.'

ARTIKEL 7.

Beide partijen zullen de afspraken nakomen die in deze overeenkomst zijn vervat, met bijzondere aandacht voor de in art. 4 vernoemde doelgroep.

Beide partijen zorgen voor de nodige sensibilisatie, vorming en informatieverstrekking om de samenwerking tussen het ziekenhuis en de eerstelijnsgezondheidszorg zo effectief en efficiënt mogelijk te maken, zodat dit ten goede komt aan de kwaliteit van zorg.

Voor de opvolging van deze overeenkomst zal een begeleidingscommissie worden samengesteld uit vertegenwoordigers van zowel de eerstelijnsgezondheidszorg als de ziekenhuizen.

De partijen komen overeen om deze samenwerkingsovereenkomst via de dagelijkse praktijk verder te concretiseren en uit te werken. Om afspraken in deze samenwerkingsovereenkomst op te volgen, wordt een begeleidingscommissie opgericht, samengesteld uit alle betrokken actoren, die minstens één maal per jaar samenkomt.

De begeleidingscommissie werkt een meldingsprocedure uit met een duidelijk meldpunt en een plan van aanpak om deze werkpunten in de toekomst te verbeteren.

Om de samenwerking te promoten en te bewaken stelt elke partij een contactpersoon aan om de in deze samenwerkingsovereenkomst gemaakte afspraken op te volgen.

Beide contactpersonen zetelen in een op te richten begeleidingscel. De begeleidingscel legt de agendapunten voor de begeleidingscommissie vast, nodigt de leden van de begeleidingscommissie uit, inclusief eventueel interne of externe experts, maakt de planning op voor de verschillende begeleidingscommissies, zorgt voor de verslaggeving van het overleg en verzorgt de procesopvolging van deze overeenkomst.

In de lokale begeleidingscommissies tussen eerstelijnszorgverstrekkers en het ziekenhuis wordt de samenwerkingsovereenkomst minstens jaarlijks geëvalueerd en wordt in het kader van deze evaluatie een jaaractieplan voor het daaropvolgende werkjaar opgesteld.

Deze overeenkomst geldt voor onbepaalde duur en is door beide partijen opzegbaar per aangetekend schrijven, mits een opzegtermijn van 6 maanden.

Opgemaakt in twee exemplaren te Halle, op 26 juni 2015.

Namens het AZ Sint Maria Ziekenhuis Halle

Namens SEL Zorgnetwerk Zenneland

Algemeen directeur
Dr. Bart Van Daele

Voorzitter
Dr. Johan Luyckfasseel

Hoofdarts
Dr. Elke Haest

Voorzitter Medische Raad
Dr. Olivier Lesceu