

## Raamakkoord SEL TOM – Algemene Ziekenhuizen

Tussen (naam ziekenhuis)....., vertegenwoordigd door.....  
en het Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg (1) TOM vzw met zetel te Mechelen, vertegenwoordigd door Dr. Günther D’hanis (voorzitter),  
en de leden van de Raad van bestuur van het dynamisch netwerk SEL TOM vzw (**bijlage 1**) is het volgende overeengekomen:

### INHOUDSTAFEL

Artikel 1. Kwaliteitsvolle samenwerking	p.2
Artikel 2. Doelgroep	p.3
Artikel 3. Multidisciplinaire communicatie tussen beide partijen	p.3
Artikel 4. Engagements	p.4
Artikel 5. Opvolging afspraken en methode tot mogelijke verfijning	p.5
Bijlage 1. Ondertekening door leden van de raad van bestuur van SEL TOM vzw	p.7
Bijlage 2. Verwijzingen naar de wetgeving	p.8
Bijlage 3. Begripsomschrijving	p.9
Bijlage 4. Checklist complexiteit van zorg	p.11

### INLEIDING

Dit raamakkoord kadert in het streven naar een lijnoverschrijdende zorgcontinuïteit (1) voor de hulpvrager. De partners willen de **integrale zorgverlening** (1) stimuleren via: kwaliteitsvolle samenwerking en sluitende communicatie tussen de hulpvrager (1) en/of de mantelzorg (1), de eerstelijnsgezondheidszorg (1) en de ziekenhuizen. De partners gaan daarbij het engagement aan tot multidisciplinaire inspanningen.

Het raamakkoord wordt ook afgesloten vanuit de reële wederzijdse bekommernis om de begeleiding en de complexe zorg aan de hulpvrager, zijn cliëntensysteem en de zorg- en hulpverleners zowel binnen de eerstelijnsgezondheidszorg als binnen het ziekenhuis verder uit te bouwen en op elkaar af te stemmen.

In een later stadium wordt dit raamakkoord verfijnd. Onderstaande artikels lichten dit meer toe.

Het uitwerken van dit raamakkoord is geïnspireerd door:

- Het decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders.
- Het SEL-uitvoeringsbesluit i.k.v. de SEL-opdracht om samenwerkingsovereenkomsten te sluiten met de ziekenhuizen.

- De missie van SEL TOM:  
“SEL TOM wil de kwaliteit van de eerstelijnszorg versterken in de zorgregio Mechelen.  
Pluralistisch en multidisciplinair samenwerken vormt onze rode draad.  
Zowel in het werkveld als op beleidsniveau faciliteren we dynamische netwerken en innoverende initiatieven.  
De hulpvrager met zijn noden en rechten staat bij dit alles centraal.”
- De nota van cel Kwaliteit van de FOD Volksgezondheid i.v.m. het criterium ‘het ontwikkelen van een visie over transmurale zorg (1) gebaseerd op de zes dimensies van het Chronic Care Model’ binnen het contract ‘coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid’ tussen de ziekenhuizen en de FOD Volksgezondheid. In april 2015 verscheen de gids voor de ziekenhuizen rond het ontwikkelen van een visie over transmurale zorg.

Het omgaan met informatie over de sociale en familiale aspecten van de hulpvrager zal gebeuren met inachtneming van deontologische regels conform:

- het beroepsgeheim (art. 458 SWB)
- de wet op de privacy
- de wet op de patiëntenrechten

Verwijzingen naar deze documenten zijn opgenomen in **bijlage 2** van dit raamakkoord.

## **ARTIKEL 1 – KWALITEITSVOLLE SAMENWERKING**

Centraal in deze overeenkomst staat:

- De bekommernis om de zorg voor hulpvrager en zijn mantelzorgers zowel binnen de eerstelijnsgezondheidszorg als binnen het ziekenhuis:
  - het centraal stellen van de hulpvrager en zijn zelfredzaamheid tijdens het zorgproces,
  - het optimaliseren van de betrokkenheid van de familie en de mantelzorgers,
  - de totaalbenadering van de hulpvrager vanuit een holistisch oogpunt (1),
  - het waarborgen en respecteren van de persoonlijke levenssfeer, de waardigheid en de keuzevrijheid van de hulpvrager.
- Het streven naar een voortdurende kwaliteitsbewaking van de zorg en hulp;
  - 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,
  - het optimaliseren van de zorgcontinuïteit.
- Het optimaliseren van de samenwerking tussen andere professionele zorg- en hulpverleners uit de eerste-, tweede- en derde-lijn i.k.v. gezondheidszorg.

Dit vormt de basis van waaruit samenwerking in wederzijds vertrouwen groeit tussen de hulpvrager, gezondheidswerkers uit de ziekenhuizen en de eerstelijnszorgverstrekkers.

## **ARTIKEL 2 – DOELGROEP**

Dit raamakkoord is van toepassing op alle hulpvragers, met bijzondere aandacht voor hulpvragers met een complexe zorgsituatie. Om de doelgroep te verduidelijken wordt verwezen naar **bijlage 4**.

## **ARTIKEL 3 – MULTIDISCIPLINAIRE COMMUNICATIE TUSSEN BEIDE PARTIJEN**

### **Sluitende communicatie**

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

Het ziekenhuis en de eerstelijnszorgverstrekkers zullen de nodige informatie aan elkaar bezorgen, mits toestemming van de hulpvrager als de wet op de patiëntenrechten dit vereist. De ideale methode voor informatiedoorstroom kan later bepaald worden.

### **Algemeen engagement e-communicatie**

Het informatiseren van de gezondheidszorg behoort tot de uitdagingen van vandaag en morgen. In 2015 zijn er reeds verschillende mogelijkheden:

#### *e-Health*

e-Health speelt een centrale rol in de informatisering van de gezondheidszorg.

Het biedt basisdiensten aan die uniform bruikbare bouwstenen zijn voor alle applicaties met de garantie dat in alle toepassingen de gegevens op eenzelfde niveau beveiligd zijn.

Het eHealth-platform bevordert elektronische dienstverlening en informatie-uitwisseling tussen alle actoren

#### *Actieplan voor de ziekenhuizen i.v.m. Vitalink*

Vitalink leidt tot betere samenwerking, minder administratie en betere zorg voor de gebruiker.

Het is een sleutel om welzijns- en gezondheidsactoren op een vlotte manier te laten samenwerken. Als digitaal platform laat het zorgverleners toe dossiergegevens, veilig elektronisch met elkaar te delen. Ook de gebruiker krijgt toegang tot zijn gegevens.

Eénlijn.be ondersteunt de uiteindelijke implementatie van Vitalink d.m.v. pilootprojecten. Het draaiboek is gebaseerd op het Chronic Care Model. De pilootprojecten situeren zich zowel op het niveau van de hulpvrager, de zorg- en hulpverleners als de organisatie.

#### *Het e-zorgplan*

Wanneer een hulpvrager zwaar zorgbehoevend is, zijn meestal meerdere disciplines betrokken: coördinatie van zorg is aangewezen. Het e-zorgplan is een elektronisch draaiboek en communicatie-instrument voor goed georganiseerde complexe thuiszorg. Het is daarom in het bijzonder een handig hulp- en communicatiemiddel bij de overgang van de thuissituatie naar een WZC, DVC, CVK, ziekenhuis, nachthotel, ... en omgekeerd.

De sociale dienst van het ziekenhuis en de eerstelijnszorgverstrekkers gebruiken de beschikbare elektronische mogelijkheden: dit komt de inzet van beide partijen ten goede.

### **Multidisciplinair zorgoverleg**

Beide partijen zijn verantwoordelijk voor hun eigen zorgverstrekking. Toch zijn kennis van en voeling met elkaars werk essentieel. Beiden nemen de verantwoordelijkheid om een vlotte samenwerking en goede communicatie uit te bouwen.

Het multidisciplinair overleg (MDO) en psyMDO (1) heeft als doel alle zorgen, noden en verwachtingen van een hulpvrager in een complexe thuiszorgsituatie op elkaar af te stemmen. Indien nodig kan beroep gedaan worden op de door het SEL erkende organisatoren van multidisciplinair overleg: [www.thuiszorgoverlegmechelen.be](http://www.thuiszorgoverlegmechelen.be).

## **ARTIKEL 4 – ENGAGEMENTEN**

De inspanningen van zowel de eerstelijnsgezondheidszorg als het ziekenhuis kunnen gespecificeerd worden tijdens het overleg van de Transmurale adviesgroep op zorgregio-niveau Mechelen. In deze adviesgroep zijn afgevaardigden van alle betrokken disciplines vertegenwoordigd:

- Organisaties en kringen die ook aangesloten zijn bij het SEL: huisartsen, thuiszorgdiensten, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, vroedvrouwen, apothekers, ziekenfondsen, OCMW's, woon- en zorgcentra, palliatieve netwerken, psychiatrische thuiszorg, dementienetwerk,...;
- De ziekenhuizen uit de zorgregio Mechelen;
- Organisaties voor specifieke ziektebeelden zoals de LMN.

Deze adviesgroep stippelt een Transmuraal zorgpad uit en heeft een adviesfunctie naar bv. de lokale begeleidingscommissies en de operationele werking van het SEL, en vice versa.

Het Transmuraal zorgpad omvat minstens volgende onderdelen:

### **Bij opname in het ziekenhuis**

*Inspanningen leden en overlegorganisator SEL TOM, Inspanningen ziekenhuis*

### **Tijdens verblijf in het ziekenhuis**

*Inspanning leden en overlegorganisator SEL TOM, Inspanningen ziekenhuizen*

### **Bij ontslag uit het ziekenhuis**

*Inspanning leden en overlegorganisator SEL TOM, Inspanningen ziekenhuizen*

## **ARTIKEL 5 – OPVOLGING AFSPRAKEN EN METHODE TOT MOGELIJKE VERFIJNING**

De partijen komen uitdrukkelijk overeen dat dit raamakkoord de samenwerking regelt tussen alle betrokkenen.

De partijen komen overeen om dit raamakkoord via de dagelijkse praktijk verder te concretiseren en uit te werken. Om de afspraken in dit raamakkoord op te volgen en verder te verfijnen wordt een Transmurale adviesgroep opgericht, samengesteld uit alle betrokken actoren incl. de WZC. De adviesgroep komt minstens één maal per jaar samen.

Om de samenwerking te bevorderen en te bewaken stelt elke partij een vaste **vertegenwoordiger/contactpersoon** aan om de afspraken en de later toegevoegde verfijningen op te volgen.

### **Op de eerste samenkomst van de Transmurale adviesgroep wordt de werkwijze besproken:**

- Planning samenkomsten
- Vastleggen besprekingspunten
- Opmaken agenda en verslag
- Jaarlijkse evaluatie raamakkoord inclusief procesopvolging
- Adviseren betreft engagementen
- Thema-gebonden: samenwerking met interne of externe experts
- Integratie (bottom-up) van vragen/adviezen SEL-streekplatformen enerzijds, en lokale begeleidingscommissies anderzijds
- Uitstippelen Transmuraal zorgpad
- ...

### **Duur**

De samenwerking vangt aan op de datum van ondertekening van dit raamakkoord, voor de duur van één jaar. De overeenkomst wordt jaarlijks stilzwijgend verlengd voor eenzelfde periode, tenzij een der partijen schriftelijk mededeelt de samenwerking te willen beëindigen.

Opgemaakt in twee exemplaren te ....., de .....

Voor akkoord,

Namens het.....  
(ziekenhuis)

Namens SEL TOM

Algemeen directeur

Voorzitter,  
Dr. Günther D'hanis

.....

.....

Hoofdgeneesheer

Secretaris,  
Dhr. Francois Boddaert

.....

.....

**BIJLAGE 1 – ONDERTEKENING NAMENS LEDEN VAN DE RAAD VAN BESTUUR  
VAN SEL TOM**

Iedere ondergetekende ontvangt een kopie van dit raamakkoord.

Te Mechelen, de datum

Voor akkoord,

(Organisatie)

(Organisatie)

.....

.....

(Organisatie)

(Organisatie)

.....

.....

(Organisatie)

(Organisatie)

.....

.....

(Organisatie)

(Organisatie)

.....

.....

## **BIJLAGE 2 – VERWIJZINGEN NAAR DE WETGEVING MET BETREKKING TOT SEL, GDT, PATIENTENRECHTEN EN PRIVACY**

- De wet van 8 december 1992 voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens;
- 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;
- De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de hulpvrager;
- 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 uitvoeringsbesluit stelt dat het SEL ook de opdracht heeft het zorgcontinuüm mee te verzekeren door samenwerkingsovereenkomsten te sluiten met rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf. Deze hebben als doel een vlotte overgang te realiseren van de thuissituatie naar een residentiële of semi-residentiële voorziening en omgekeerd.



## **BIJLAGE 3 - BEGRIPSOMSCHRIJVING**

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

1. Complexe zorgsituatie: zorgsituatie die door minstens één van de betrokken partijen beschouwd wordt als complex. De omstandigheden bij de hulpvrager maken de situatie al dan niet complex.
2. 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;
3. 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;
4. Holistische visie: betreft de totaalbenadering van de hulpvrager, conform het bio-psychosociaal model.
5. Hulpvrager: de persoon die complexe chronische zorg nodig heeft, of zijn mantelzorger.
6. Integrale zorg: met de empowermentgedachte en kwaliteit van leven als uitgangspunt, wordt de nood aan integrale zorgbenadering versterkt. Iemand die zorg en ondersteuning nodig heeft, denkt over zijn behoefte of vraag niet na in termen van lijnen of sectoren. Integrale zorg is de zorg waarbij alle betrokkenen hun activiteiten zoveel mogelijk op elkaar af stemmen, zodat de hulpvrager alle zorg krijgt die hij nodig heeft.  
*(Cfr. Visienota, integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen, Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid Gezin.)*
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. Multidisciplinair zorgoverleg: een gecoördineerd overleg tussen alle betrokkenen (gebruiker, mantelzorger, vrijwilliger, zorg- en/of hulpverleners) bij één thuiszorghulpvrager over de concrete hulp- en zorgverlening in de thuiszorg. De interactie, samenwerking en afstemming tussen de verschillende betrokken partners staan centraal.
9. 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.
10. 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.
11. PsyMDO: multidisciplinair overleg over psychiatrische patiënten in de eerstelijnszorg, maar ook psychiatrische patiënten i.k.v. ontslag-management na een crisissituatie.

12. 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.
13. Transmurale zorg: vormen van zorg die, op de behoefte van de patiënt, verleend worden op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen generalistische en specialistische zorgverleners, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden.  
*(Cfr. FOD Volksgezondheid Directoraat Generaal Organisatie van de Gezondheidszorgvoorzieningen 2011)*
14. Zorgbemiddelaar: een persoon, aangewezen door een hulpvrager of mantelzorger, die de taken van de zorg- en hulpverleners, mantelzorgers en vrijwilligers op elkaar afstemt en op de behoeften van de hulpvrager en die de eerste contactpersoon is van de hulpvrager.
15. Zorgcontinuïteit: Het gelijktijdig of in de tijd gespreid, naadloos op elkaar aansluiten van diverse vormen van zorgverlening.  
*(Cfr. Het decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders van 3 maart 2004.)*

## **BIJLAGE 4 – DOELGROEP**

<b>Items die worden bevroegd</b>	<b>Omschrijving</b>
<b>Chronisch aspect</b>	Chronische aandoening Behoeften langdurend en zelfs blijvend
<b>Evolutie aandoening</b>	Behoeften wijzigen in de tijd en naarmate ziekte evolueert vb de zorgsituatie verandert vb de frequenties van opnames stijgen op korte termijn
<b>Biologisch aspect</b>	Medische: Lichamelijke kwetsbaarheid en/of afhankelijkheid (pijncontrole, symptoombestrijding, voorkomen van complicaties, ...)
<b>Psychologisch aspect</b>	Psychologische (nood aan informatie, emotionele steun)
<b>Sociaal aspect</b>	Sociale (hulp in het dagelijks leven, integratie in de maatschappij) Hulpmiddelen en/of aanpassingen aan de woning zijn nodig
<b>Zingeving</b>	Spirituele aard (zoektocht naar zingeving)
<b>Multi-morbiditeit</b>	Aanwezigheid van meerdere aandoeningen
<b>Complexiteit</b>	Complexe situaties: individueel- en contextafhankelijk Vb ADL-zelfstandigheid van de patiënt Vb De hulpvrager (MZ) beschikt over onvoldoende draagkracht om de situatie aan te kunnen Vb Valrisico
<b>Organisatie zorg- en hulpverlening</b> <b>Multidisciplinariteit</b>	Impact op de organisatie van de zorgverlening (vooral op de toegankelijkheid van de diensten, de coördinatie tussen zorgniveaus, ...) Vb Mate van adequate communicatie tussen verpleegkundige en de zorgvrager