De ontwikkeling van een sociale kaart en website voor LMN West-Limburg en LMN Het Klaverblad

Dr. Frédéric Cloots, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Johan Wens, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Dr. Jan Vanschoenbeek, huisarts Loksbergen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

DANKWOORD

Bij deze zou ik graag de mensen willen bedanken die mij geholpen hebben bij het verwezenlijken van mijn master thesis.

Mijn dank gaat uit naar Prof. Dr. Johan Wens omdat hij de voorlopige versies van mijn thesis steeds snel nalas en ze voorzag van nuttige commentaren. Daarnaast wens ik ook mijn co-promotor en tevens praktijkopleider Dr. Jan Vanschoenbeek te bedanken voor zijn belangrijke inbreng in dit werk en de leerrijke opleiding die hij me gedurende twee jaar geboden heeft.

Ook de inhoudelijke stuurgroep van LMN West-Limburg en LMN Het Klaverblad wil ik bedanken voor hun ondersteuning. Ook de zorgtrajectpromotoren Corine, Gitte en Jolanthe verdienen hier hun plaats voor al het werk dat ze verricht hebben.

Greta wens ik te bedanken voor het nalezen van de tekst en het verbeteren van de lay-out.

Ik wil ook graag mijn ouders, broer en vriendin bedanken voor hun onvoorwaardelijke steun. In het bijzonder mijn ouders ben ik dankbaar voor alle kansen die ze me gegeven hebben.

ABSTRACT

Achtergrond: Eén van de kerntaken van een Lokaal Multidisciplinair Netwerk (LMN) is het ondersteunen en faciliteren van communicatie tussen zorgverleners die verbonden zijn bij de zorgtrajecten. In het LMN West-Limburg en het LMN Het Klaverblad werd het idee opgevat om een sociale kaart en een website te maken.

Onderzoeksvragen: (1) Welke zorgverleners hebben momenteel een sociale kaart ter beschikking? In welke vorm? Is deze up-to-date? Wat is de kwaliteit daarvan? (2) Is er nood aan een andere sociale kaart? Welke informatie moet deze sociale kaart inhouden? (3) Welke sociale kaarten worden op dit moment door LMN's ter beschikking gesteld en wat is de kwaliteit hiervan? (4) Hoe wordt een eigen lokaal ontwikkelde sociale kaart opgebouwd, onthaald en gebruikt?

Methode: In een eerste stap werd er een literatuurstudie uitgevoerd. Er werd gezocht via MEDLINE en in de Nederlandstalige literatuur. Vervolgens werd er een enquête uitgevoerd bij verschillende groepen zorgverleners. Hierin werd gepeild naar wensen in verband met een nieuwe sociale kaart en naar de kwaliteit van de communicatie tussen de verschillende zorgverleners. Daarna werd er een instrument gemaakt in de vorm van een website met een elektronische sociale kaart om de communicatie te verbeteren. In een laatste stap werd het gebruik van deze website geëvalueerd.

Resultaten: Opvallend was dat slechts een beperkt aantal zorgverleners beschikte over een eigen sociale kaart en slechts weinigen waren hierover echt tevreden. Probleem was vooral de updating. De nood aan een nieuwe sociale kaart bleek hoog. Vooral contactgegevens, manier van contactname en specialisaties van de zorgverlener werden aangegeven als belangrijke informatie. Opmerkelijk was dat vooral de gegevens van huisartsen gegeerd waren, wat in schril contrast stond met de bereidwilligheid van de artsen om deze vrij te geven. Bovendien bleek dat de communicatie tussen de verschillende zorgverleners nog verbeterd kon worden.

De kwaliteit van de websites aangeboden door de lokale multidisciplinaire netwerken is wisselend. Ook hier is updating, naast gebruiksvriendelijkheid een probleem. De gegevens van huisartsen waren vaak niet opgenomen, hoewel dit de meest gevraagde gegevens zijn.

De ontwikkeling van een eigen website en sociale kaart voor LMN West-Limburg en LMN Het Klaverblad verliep vlot en werd goed onthaald door de gebruikers. Dit vertaalt zich in een stijgend bezoekersaantal.

Conclusie: Welke gegevens moeten opgenomen worden in de sociale kaart wordt best eerst bevraagd. Naast volledig en up-to-date moet de sociale kaart ook vlot bereikbaar zijn en moet de navigatie intuïtief verlopen. Promotie rond de sociale kaart en ondersteuning van de gebruikers is een pluspunt.

INHOUDSOPGAVE

Dankwoord 2

Abstract 3

Inleiding 6

Onderzoeksvragen 8

Zoekstrategie 9

Literatuurstudie 10

Methode 13

- Onderzoeksvraag 1 en 2 13
- Onderzoeksvraag 3 14
- Onderzoeksvraag 4 16
  - Methode opbouw database sociale kaart 16
  - Evaluatie onthaal en gebruik sociale kaart 17

Resultaten 19

- Onderzoeksvraag 1 en 2 19
  - Voormeting 19
- Onderzoeksvraag 3 23
  - Websites: informatieve deel 23
  - Websites: sociale kaart 25
- Onderzoeksvraag 4 26
  - Visgraatanalyse (Figuur 5) 26
  - De website en sociale kaart 28
  - Statistiek website 29

Discussie 31

Bijlagen 33

- Bijlage 1: Voormeting 33
- Bijlage 2: Informatieformulier voor de deelnemers - Enquête 34
- Bijlage 3: Informatieformulier voor de deelnemers - Gegevensverzameling 35
- Bijlage 4: Formulier voor schriftelijke toestemming 36
- Bijlage 5: Enquête zorgtrajectpromotoren 37
- Bijlage 6: Printscreen hoofdpagina van de website 38
- Bijlage 7: Printscreen hoofdmenu van de sociale kaart 39

Bijlage 8: Adressenlijst LMN's 40
Provincie Vlaams-Brabant en Brussel 40
Provincie Antwerpen 41
Provincie Limburg 43
Provincie West-Vlaanderen 44
Provincie Oost-Vlaanderen 45
Bijlage 9: Tijdlijn 48
Referentielijst 49

INLEIDING

De zorg in de huisartsgeneeskunde verschuift van acute naar chronische problematiek. Deze laatste vraagt een multidisciplinaire aanpak waarbij de samenwerking tussen verschillende disciplines essentieel is. Het sociale landschap in België is zodanig versnipperd en verspreid over zoveel diverse instanties dat velen het moeilijk hebben om hierin hun weg te vinden.[1] Hierbij is er dus eerst en vooral nood aan een instrument dat zorgverleners in staat stelt om andere zorgverleners te contacteren in de zorg voor een patiënt. Een sociale kaart biedt deze mogelijkheid.

In het LMN West-Limburg en het LMN Het Klaverblad[a] bestond deze sociale kaart nog niet. Ondanks verschillende eerdere pogingen was men er nog niet in geslaagd deze te ontwikkelen, ook al bleef de vraag ernaar bestaan. Eén van de opdrachten van de lokale multidisciplinaire netwerken is immers om de communicatie tussen de verschillende zorgverleners binnen de zorgtrajecten te ondersteunen en te faciliteren.[b] Op dat moment bleek het onmogelijk om op een vlotte manier een volledige lijst te krijgen van alle zorgverleners via de reeds bestaande databases zoals www.desocialekaart.be of www.goudengids.be.

Een sociale kaart biedt een overzicht van alle zorgverlenende instellingen en zorgverleners in een bepaalde regio rond een bepaald thema. Daarnaast kunnen er ook gezondheidsbevorderende privé- of gemeentelijke initiatieven in worden opgenomen. Een sociale kaart is meer dan louter een adressenbestand. Het doel is om een zorgverlener op een vlotte en makkelijke manier wegwijs te maken in het kluwen van de eerste- en tweedelijnszorg. Met dit instrument is een zorgverlener in staat om de juiste doorverwijzingen te doen en via een betere communicatie de beste zorg te garanderen voor een patiënt.

Sociale kaarten bestaan er in alle vormen en formaten. Iedere zorgverlener bezit een elementaire vorm van een sociale kaart, namelijk contactgegevens van het (vaak beperkte) netwerk van zorgverleners waarmee samengewerkt wordt. Vaak bestaan ze (nog) op papier. Met de intrede van de computer ontstonden er digitale varianten, die net als hun papieren tegenhangers, vaak onderhouden en aangevuld moesten worden door de gebruiker zelf. Al deze vormen kampen echter met hetzelfde probleem: updating is een moeizaam proces en vaak zijn ze ook niet volledig.

---

[a] LMN Het Klaverblad strekt zich uit over Houthalen-Helchteren, Halen, Herk-de-Stad en Lummen. LMN West-Limburg omvat de gemeenten Beringen, Ham, Heusden-Zolder, Leopoldsburg en Tessenderlo.

[b] Taken en doelstellingen van de lokale multidisciplinaire netwerken beschikbaar via: http://www.zorgtraject.be/NL/Professioneel/network/network02.asp

Voor de sociale kaart van LMN West-Limburg en LMN Het Klaverblad werd gekozen voor een online vorm.[c] Het voordeel hierbij is dat aanvullingen en correcties centraal kunnen gebeuren en dat elke gebruiker van op eender welke plek toegang heeft tot het databestand.

Door dit in te passen in een website was het ook mogelijk om informatie rond de zorgtrajecten beschikbaar te maken. Het ging hierbij niet enkel om informatie over hoe en wanneer men een zorgtraject kan opstarten, maar er werden ook documenten zoals verwijsbrieven en dergelijke ter beschikking gesteld. Daarnaast konden eigen accenten, projecten, opleidingen en dergelijke aan alle actoren worden doorgegeven.

Hierbij werd gepeild naar de problemen en noden bij de zorgverleners omtrent een sociale kaart. Wat gebruikten ze op dat moment? Was deze kaart up-to-date en waren ze hier tevreden over? Wat wensten ze terug te vinden en welke gegevens wilden ze zelf ter beschikking stellen. En ten laatste: hoe schatten ze zelf de kwaliteit in van hun huidige communicatie met andere zorgverleners. Nadien werd nagegaan of de nieuwe sociale kaart ook effectief gebruikt werd en of deze een meerwaarde betekende in de onderlinge communicatie.

[c] Binnen LMN West-Limburg en LMN Het Klaverblad bestond al sinds begin 2010 het idee om een sociale kaart en een website te maken. Op dat moment waren er al enkele groepen van zorgverleners in kaart gebracht, maar deze lijsten waren noch up-to-date, noch beschikbaar voor de zorgverleners. In september 2011 werd binnen de inhoudelijke stuurgroep beslist een werkgroep op te richten om een website in eigen beheer aan te maken en de sociale kaart hierin te integreren.

ONDERZOEKSVRAGEN

Bij de ontwikkeling van een sociale kaart voor LMN West-Limburg en LMN Het Klaverblad werden volgende onderzoeksvragen gesteld:

1. Welke zorgverleners hebben momenteel een sociale kaart ter beschikking? In welke vorm? Is deze up-to-date? Wat is de kwaliteit daarvan?
2. Is er nood aan een andere sociale kaart? Welke informatie moet deze sociale kaart inhouden?
3. Welke sociale kaarten worden op dit moment door LMN's ter beschikking gesteld en wat is de kwaliteit hiervan?
4. Hoe wordt een eigen lokaal ontwikkelde sociale kaart opgebouwd, onthaald en gebruikt?

ZOEKSTRATEGIE

Op de website van CEBAM werd eerst met 'Babelmesh' en 'InterActive Terminology for Europe' (IATE) geprobeerd om de Nederlandstalige term 'sociale kaart' te vertalen naar een Engelstalige MESH-term (Medical Subject Heading). Met geen van beide werd er een MESH-term gevonden. Er werd wel een vertaling gesuggereerd door IATE, namelijk 'a guide to the social services'.

Er werd met verschillende combinaties van de volgende termen gezocht via Pubmed:

1. "A guide to the social services"
2. "Referral map"
3. "Physicians, Family" [MESH]
4. "Primary health care" [MESH]
5. "Referral and Consultation" [MESH]
6. "Physicians practice patterns" [MESH]

De eerste twee termen zijn enkel vrije vertalingen. De andere zijn MESH-termen. Met deze termen werd er gezocht in de MEDLINE-database.

Daarnaast werd er ook in de Nederlandstalige literatuur gezocht. Hier werd enkel gebruik gemaakt van de term 'sociale kaart'. Er werd gezocht in de elektronische database van het 'Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde', 'Tijdschrift voor Geneeskunde', 'Minerva', 'Federaal Kennis Centrum voor de Gezondheidszorg', 'Huisarts en Wetenschap', 'Domus Medica' en 'Artsennet.nl'.

Noch in de MEDLINE-database, noch in de databases met Nederlandstalige literatuur werden er limieten toegepast. Een eerste selectie van relevante literatuur gebeurde op basis van titel en abstract. De verdere exclusie van niet relevante artikels gebeurde door nalezen van de volledige tekst. De artikels werden geselecteerd wanneer ze (1) handelden over een sociale kaart binnen de eerstelijnsgezondheidszorg en (2) het artikel geschreven was in Nederlands of Engels.

Op Pubmed werden er met diverse combinaties van bovenstaande termen vier artikels gevonden, waarvan drie Cochrane reviews. Na nalezen bleken twee reviews relevante informatie te bevatten.[2-3]

In de elektronische databases van het 'Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde', 'Tijdschrift voor Geneeskunde', 'Minerva' en het 'Federaal Kennis Centrum voor de Gezondheidszorg' konden geen relevante resultaten worden weerhouden met de term 'sociale kaart'. Op de website 'Artsennet.nl' konden met deze term 52 artikels worden gevonden. Er werden zeven artikels weerhouden na nalezen van titel en abstract. Na doorlezen van de volledige artikels bleef er nog één relevant artikel over.[4] Doorzoeken van de database van 'Huisarts en Wetenschap' leverde negentien artikels op (via de website van Bohn Stafleu van Loghum, www.bsl.nl). Na doorlezen van titel en abstract bleven er nog zeven potentieel interessante

artikels over. Na het lezen van de volledige artikels werden er twee artikels weerhouden.[5-6] Bij 'Domus Medica' werden er 44 resultaten gevonden. Na doorlezen van titel en abstract werd er nog 1 resultaat weerhouden.[7]

Via Google werden met de term 'sociale kaart' enkele interessante teksten gevonden in verband met het opstellen van een sociale kaart.[8-9] Er werden ook verschillende artikels gevonden in verband met de beoordeling van medische websites. Hiervan werd één artikel weerhouden.[10] Dit artikel werd geselecteerd omdat het ging om Nederlandse huisartsen die via een Delphi-procedure een consensus ontwikkelden over een evaluatie-instrument.

Informatie over de LMN's en de zorgtrajecten werd gevonden in het Tussentijds rapport Zorgtrajecten van het RIZIV.[11]

LITERATUURSTUDIE

Er is weinig relevante literatuur in verband met sociale kaarten terug te vinden. Dit staat in schril contrast met het grote aantal initiatieven die hierrond momenteel lopen. In de referenties van Domus Medica werd in verscheidene artikels het belang aangehaald in de context van alcoholverslaving, depressie, intrafamiliaal geweld, etc. Dit leeft niet enkel in de gezondheidszorg, maar ook in andere domeinen van onze maatschappij zoals parochies of gemeentes.[8] In Nederland werden er reeds projecten gestart om de samenwerking tussen eerste en tweede lijn te verbeteren. Het Diaboloproject in het kader van de geestelijke gezondheidszorg is hiervan een voorbeeld.[5] In dit project werden alle initiatieven die de samenwerking tussen eerste en tweede lijn bevorderden financieel ondersteund.

Uit de beperkte literatuur werden toch een aantal praktische aspecten weerhouden voor het maken van een sociale kaart. Hierbij werd een stappenplan gesuggereerd: analyse huidige situatie, opstellen van een plan, inventarisatie van gegevens, opstellen van de database en bijwerken van de gegevens.[8-9] Zo moet bij de inventarisatie van de gegevens een duidelijk doel en doelpubliek omschreven worden (wie zal de sociale kaart gebruiken en in welk kader wordt deze opgebouwd). Daarnaast moet bepaald worden welke gegevens relevant zijn. Dit vraagt een selectie van zorgverleners, diensten, geografische aflijning,... Welke gegevens zijn eventueel reeds voorhanden en welke moeten nog verzameld worden. Zijn de beschikbare gegevens correct,…

Dan stelt zich de vraag hoe deze informatie best verzameld wordt. Dit kan op veel manieren: telefonisch, via mail, fax, post, etc. Elk van deze systemen heeft zijn voor- en nadelen qua hoeveelheid van de bevraagde gegevens, responsratio, etc. Dit vraagt ook een zorgvuldig opgestelde en gestandaardiseerde vragenlijst om alle relevante gegevens te bekomen. Een te uitgebreide bevraging kan weer leiden tot een verminderde respons. Dit alles vraagt redactionele inspanningen vooraf.

De verzamelde gegevens moeten geïnventariseerd en geëvalueerd worden naar volledigheid en correctheid. Dit vraagt een belangrijke en continue inspanning. Het is niet voldoende een sociale kaart aan te maken, ze bijwerken is de grote uitdaging.

Een sociale kaart opstellen is geen evidentie. Bijvoorbeeld de SEL'S (Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg) hebben deze opdracht[d,e] al geruime tijd, maar de realisatie is niet altijd even succesvol (in opbouw, onvolledig, niet up-to-date). Er zijn heel wat problemen die kunnen optreden op verschillende vlakken. Om een efficiënte sociale kaart te ontwikkelen dienen een aantal voorwaarden vervuld te zijn.[4]

- Vlotte beschikbaarheid: bereikbaar van op zoveel mogelijk plaatsen. Een elektronische vorm geniet momenteel de voorkeur.[6-7] De nodige aandacht moet besteed worden aan een eenvoudige lay-out, waarbij alle grafische elementen overal correct worden weergegeven.
- Gebruiksvriendelijkheid: de gezochte informatie moet snel en op een eenvoudige manier te vinden zijn. Liefst op een intuïtieve en voor de hand liggende manier, zonder noodzaak aan een uitgebreide handleiding. Een goede zoekfunctie en een heldere structuur zijn hierbij voordelen.
- Volledigheid: de relevante zorggroepen moeten terug te vinden zijn.
- Updating: recente en correcte gegevens zijn hierbij primordiaal.

Indien aan deze voorwaarden niet is voldaan, zal de gebruiker zeer snel ontgoocheld afhaken. Ook dit blijkt uit het artikel van Harmsen dat de werking van een sociale kaart beschrijft.[4] Er bestond een discrepantie tussen de behoefte bij de zorgverleners en het uiteindelijke gebruik van het instrument, in dit geval een CD-rom. Initieel had 75% van de huisartsen behoefte aan een sociale kaart, maar uiteindelijk gebruikte 62% deze niet omwille van tijdsgebrek, geen behoefte of niet installeerbaar. Anderzijds gaf de zoekfunctie wisselende resultaten naargelang de trefwoorden en deze resultaten werden niet overzichtelijk weergegeven. De conclusie was ook dat betere begeleiding door een consulent die de praktijk bezoekt hierbij een meerwaarde is.

Uit de masterthesis van De Naegel uit 2010 blijkt dat de meeste huisartsen op dit moment gebruik maken van een lokale elektronische sociale kaart.[6] Sommige huisartsen werken nog met een papieren versie. Beide versies kampen echter met een probleem van updating en volledigheid. Slechts enkele huisartsen werken al met een sociale kaart online. Slechts één arts kende www.desocialekaart.be. Toch bleek de meerderheid van de artsen een sociale

[d] Het SEL heeft de opdracht om een volledig overzicht van de zorgaanbieders, verenigingen van mantelzorgers en gebruikers en de vrijwilligersorganisaties binnen zijn eigen werkgebied op te maken en regelmatig te actualiseren. Dat overzicht wordt ter beschikking gesteld, onder andere, via een website die voor iedereen toegankelijk is (Beschikbaar via: http://www.selwvl.be/ov/opdrachten.aspx)

[e] Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/archief/nieuws/509-diensten/diensten-sel/algemene-info-sel.html

kaart online te verkiezen omwille van snelheid en efficiëntie en mogelijkheid tot uitbreiding. Er werd slechts één nadeel aangehaald: niet iedereen is vertrouwd met het medium. Hoofdzaak voor de ondervraagde artsen was dat de inhoud volledig en up-to-date is. Bovendien moet de navigatie van de website eenvoudig zijn.

Het belang van een goede communicatie binnen de eerste en tussen de eerste en tweede lijn wordt door verschillende studies aangetoond. In een Cochrane review van 2008 blijkt dat de verwijzingen suboptimaal verlopen.[2] Aan de ene kant worden patiënten te lang in de eerste lijn gehouden. Aan de andere kant gebeuren er niet-zinvolle verwijzingen en is er te weinig communicatie tussen de actoren. Tot nog toe onderzocht geen enkele studie het effect van een sociale kaart op het verwijsgedrag en de communicatie tussen de verschillende zorgverleners. Anderzijds werd wel aangetoond dat een multidisciplinaire samenwerking bijdraagt tot een verbeterde diabeteszorg.[3] Een essentiële voorwaarde om multidisciplinair samen te werken is kennis van contactgegevens van andere zorgverleners en dit kan via een sociale kaart.

METHODE

Voor ieder van de vier onderzoeksvragen werd er een eigen methode gebruikt. De verschillende methodes worden hieronder per onderzoeksvraag besproken. Onderzoeksvraag 1 en 2 worden samen besproken omdat zij volgens dezelfde methode werden benaderd.

ONDERZOEKSVRAAG 1 EN 2

Vraag 1: Welke zorgverleners hebben momenteel een sociale kaart ter beschikking? In welke vorm? Is deze up-to-date? Wat is de kwaliteit daarvan?

Vraag 2: Is er nood aan een andere sociale kaart? Welke informatie moet deze sociale kaart inhouden?

Om op deze vragen een antwoord te geven werd gebruik gemaakt van een enquête, enerzijds om de huidige toestand in kaart te brengen, anderzijds om te peilen naar de nood aan een andere sociale kaart en wat deze idealiter zou moeten inhouden. De enquête bestond uit een niet-gevalideerde vragenlijst (bijlage 1).

Er werd geopteerd voor een online enquête via www.enquetemaken.be. Dit is een dienst waar gratis een enquête kan opgesteld worden, zonder over een uitgebreide computer-kennis te beschikken. Via e-mail werd getracht een zo groot mogelijke doelgroep aan te schrijven. De deelnemers werden op voorhand geselecteerd. Enerzijds werden enkel zorgverleners aangeschreven die betrokken waren bij de zorgtrajecten (apothekers, huis-artsen, diabetes-educatoren, diëtisten, podologen, kinesisten, nefrologen, endocrinologen en verpleegkundigen). Anderzijds konden enkel deze deelnemers aangeschreven worden van wie het e-mailadres beschikbaar was bij de zorgtrajectpromotoren. Er werden geen incentives voorzien.

De enquête werd verstuurd in naam van de zorgtrajectpromotoren. Er werd een éénmalig rappel verstuurd na twee weken. Beide e-mails waren vergezeld van een brief waarin duidelijk het doel van het project werd uitgelegd (bijlage 2). Daarnaast werd ook aangegeven dat de gegevensverwerking anoniem zou gebeuren en dat niemand verplicht was aan de enquête deel te nemen. De toegang tot de enquête werd beveiligd.

De inhoud van de enquête werd op voorhand voorgesteld en besproken in de inhoudelijke stuurgroep van beide lokale multidisciplinaire netwerken. De vragen bestreken 4 domeinen:

- Epidemiologische gegevens
- Huidige toestand in verband met de sociale kaart
- Wensen rond een eventuele nieuwe sociale kaart
- Kwaliteit van de communicatie tussen de zorgverleners

De gegevens werden anoniem verzameld met de software van www.enquetemaken.be. Daarna werden ze uiteraard ook anoniem verwerkt met Microsoft Excel 2010®. Met deze software werd alle beschrijvende statistiek uitgewerkt.

ONDERZOEKSVRAAG 3

Welke sociale kaarten worden op dit moment door LMN's ter beschikking gesteld en wat is de kwaliteit hiervan?

In eerste instantie werd getracht zoveel mogelijk websites via Google op te zoeken. Zo kon nagegaan worden welke websites vlot terug te vinden waren en welke niet. In tweede instantie werd deze lijst verder aangevuld via de sneeuwbalmethode, waarbij gezocht werd naar andere, nog niet opgelijste websites van LMN's. Nadien werd deze lijst ter controle vergeleken met de lijst van alle LMN's die beschikbaar was bij het RIZIV.[f]

Om de kwaliteit van deze websites te beoordelen werd er gekozen om een set van criteria te gebruiken die werd opgesteld in een Delphi-studie[g] van de Roos et al uit 2002.[10] Deze set werd gekozen omdat van de 14 basisaspecten die werden weerhouden, over 13 een volledige consensus bestond om deze op te nemen in het evaluatie-instrument (Tabel 1). Daarnaast bestond het panel van experten uit Nederlandse huisartsen. De weerhouden criteria gingen zowel over inhoudelijke, vormelijke als doelgerichte aspecten.

Deze criteria werden voor alle gevonden websites door twee reviewers onafhankelijk van elkaar bekeken (Dr. J. Vanschoenbeek, praktijkopleider en Dr. F. Cloots, huisarts-in-opleiding). Per kwaliteitsaspect waren er drie antwoorden mogelijk: ja, neen of twijfelachtig. Op voorhand werden er per criterium een aantal aandachtspunten voor de reviewers opgesteld. Om de kwaliteit van de zoekmotor na te gaan, werden drie zoektermen (rijbewijs, GFR en nierinsufficiëntie) ingegeven. Deze zoektermen werden gekozen om een zo breed mogelijke evaluatie te kunnen doen.

Na het individueel scoren kwamen beide reviewers samen om de individuele scores te vergelijken en tot een consensusscore te komen. Wanneer beiden voor een bepaalde website dezelfde score aan een bepaald criterium gaven, werd deze score aangenomen. Indien er een verschil was, werd dat bepaalde criterium opnieuw bekeken en werd erover gediscussieerd tot er een consensus bereikt werd. In die zin blijft dit een subjectieve en persoonlijke evaluatie.

---

[f] Beschikbaar via: http://www.zorgtraject.be/NL/Professioneel/network/pdf/pilotProjects.pdf

[g] Dit is een kwalitatieve onderzoeksmethode waarbij naar informatie of meningen van een panel van experten wordt gepeild zonder deze samen te brengen. Aan de verschillende panelleden wordt een lijst met vragen of stellingen gestuurd met het verzoek om schriftelijk hierop te reageren. (Bron: M. van Driel, Verklarende woordenlijst voor Evidence-Based Medicine, Minerva, 2001)

Er werden steeds twee aspecten van de verschillende websites bekeken: inhoudelijke aspecten en de kwaliteit van de sociale kaart. Beide werden gescoord met dezelfde set van criteria. Bevorderen van de kwaliteit van medisch handelen rond de zorgtrajecten gaat immers zowel over kennisinformatie als het verbeteren van de communicatie en de samenwerking tussen de verschillende actoren. Voor dit laatste zijn uiteraard contactgegevens primordiaal.

Kwaliteitsaspect	***Omschrijving***	***Aandachtspunten***
Bereikbaarheid	De website en de informatie op de website zijn bereikbaar	Vlotte toegang, hoofdzakelijk html-code (vs Java, Excel, PDF,…), eenvoudige URL, versleuteling
Recentheid	De informatie komt overeen met de huidige stand van de wetenschappelijke kennis/bewijs.	Datum laatste update, informatie up-to-date
Relevantie	De inhoud correspondeert met de informatie die het beoogt te geven.	Essentiële informatie aanwezig, informatie over beide zorgtrajecten
Gebruiksgemak	De website is gemakkelijk te gebruiken; de navigeerbaarheid en leesbaarheid van de website bevorderen de effectiviteit van de informatieoverdracht.	Vlotte navigatie, performante zoekmachine, heldere structuur van de website
Lay-out	De lay-out (opmaak) van een website is de wijze waarop de website naar de patiënt zichtbaar is. De lay-out is functioneel wat betreft vorm en structuur.	Professionele opmaak, duidelijke lettertypes, kleurgebruik
Links	Links, of hyperlinks, zijn de verbindingen tussen websites op het WWW.	Nuttige links, niet-werkende links, aantal links
Interactiviteit	De website biedt de mogelijkheid om in contact te treden met de informatieaanbieder van de website.	Contactgegevens duidelijk weergegeven, liefst e-mail, alternatief een telefoonnummer
Kans op vertekening	De informatie wordt niet objectief of niet evenwichtig weergegeven.	Informatie evenwichtig weergegeven
Compleetheid	Het deel van de relevante onderwerpen wordt voldoende in de breedte belicht en de onderwerpen worden met voldoende gedetailleerdheid behandeld.	Voldoende informatie, voldoende gedetailleerd
Nauwkeurigheid	Het waarheidsgehalte van de informatie op de website is hoog.	Correcte informatie
Toezicht van redacteuren	Een panel van deskundigen controleert de inhoud van een website.	Redactie vermeld
Bron	De bron van een website is te splitsen in een eigenaar en een auteur.	Redactie vermeld, auteur website vermeld
Onderbouwing	De informatie van de medische website wordt ondersteund door literatuur.	Bronvermelding, verwijzingen naar literatuur
Verantwoording / 'disclaimer'*	In een melding wordt verantwoording afgelegd naar de gebruiker.	Disclaimer aanwezig, inhoud

* Op basis van de Delphi-procedure als enige aspect geëxcludeerd uit het te construeren evaluatie-instrument.

TABEL 1: TABEL KWALITEITSASPECTEN

ONDERZOEKSVRAAG 4

Hoe wordt een eigen lokaal ontwikkelde sociale kaart opgebouwd, onthaald en gebruikt?

METHODE OPBOUW DATABASE SOCIALE KAART

Er werd een eigen sociale kaart in het kader van het LMN West-Limburg en het LMN Het Klaverblad aangemaakt. Doel was het realiseren van een vlot te consulteren online database. Om tot een goede opbouw te komen werd er in eerste instantie een visgraatanalyse uitgevoerd.

Vanuit het Lokaal Multidisciplinair Netwerk werd er een werkgroep opgericht om de sociale kaart vorm te geven. Deze werkgroep bestond uit twee artsen en drie zorgtrajectpromotoren, waarvan één zorgtrajectpromotor specifiek voor IT-ondersteuning werd aangeworven. Deze redactie werd ondersteund door de inhoudelijke stuurgroep van beide LMN's die gezamenlijk vergaderen. Het doel is om het beheer over te laten aan de zorgtrajectpromotoren eens de ontwikkeling van de database gefinaliseerd is.

Om zicht te krijgen op welke informatie zorgverleners wilden vrijgeven en anderzijds aan welke informatie zij behoefte hebben werd een enquête online georganiseerd. De uitnodiging was vergezeld van een formulier waarop ze hun gegevens konden invullen en tevens hun toestemming gaven om de gegevens online te publiceren (bijlage 3 en 4). In dit formulier werd duidelijk gesteld dat deze toestemming op ieder moment kon worden herroepen.

Er werd gekozen om in eerste instantie enkel gegevens van zorgverleners, betrokken bij de zorgtrajecten te verzamelen. De selectie gebeurde aan de hand van een grondige studie van andere reeds beschikbare sociale kaarten. In eerste instantie werden de gegevens van de podologen, nefrologen en endocrinologen verzameld. Deze werden naderhand uitgebreid met de gegevens van diëtisten, apothekers en diabetes-educatoren. Daarna werden de gegevens van de huisartsen toegevoegd. Als laatste komen de kinesisten aan bod, die minder direct verbonden zijn met de zorgtrajecten.

Een eerste versie van de sociale kaart bevatte enkel de basisgegevens van de zorgverleners. Met deze beperkte hoeveelheid data kon gezocht worden naar een haalbare verwerking binnen de mogelijkheden van ons team. Er werd gestart met een eenvoudige structuur in Microsoft Excel®, wat ook de mogelijkheid gaf om later grote hoeveelheden data te verwerken. Bijkomend voordeel was dat er nadien op een eenvoudige wijze gegevens gewijzigd of toegevoegd konden worden. Aanmaken is immers één, updaten minstens even belangrijk. Een andere optie was Microsoft Acces®. Dit vraagt echter meer dan de normale basiskennis van het Microsoft Officepakket. Vooral bij het beheer van de gegevens door derden had dit later tot problemen kunnen leiden.

De eerste verzamelde data waren: naam, voornaam, straat, huisnummer, postcode, stad/gemeente, telefoonnummer, e-mailadres en website. Dit vormt de basisinformatie van

iedere zorgverlener. In een eerste tabblad van de Exceltabel werd een lijst aangemaakt van alle zorgverleners. In de volgende tabbladen werd per tabblad een individuele fiche van de zorgverleners aangemaakt. Hiermee hadden we voldoende informatie om een eerste beperkte sociale kaart aan te maken. Later konden (kunnen) deze gegevens aangevuld worden met specifieke informatie zoals therapievorm, voorkeursmoment en -manier van contactname, werkgebied enz.

De bedoeling was om al deze gegevens overzichtelijk weer te geven door middel van een fiche. De inhoud hiervan bevat niet enkel contactinformatie, maar ook bijvoorbeeld specialisatie en interessegebied van de zorgverlener, doelgroep en werkgebied. Deze lijst is echter niet limitatief en voor uitbreiding vatbaar. Er werd gestreefd naar een heldere, eenvormige en overzichtelijke lay-out waarbij het gebruiksgemak primeert. Als de informatie door een uniforme lay-out steeds op dezelfde plaats terug te vinden is, verhoogt dit de snelheid in gebruik en draagt dit bij tot een professioneler uitzicht.

Er werd geopteerd voor Webdesign 5 Pro® om de Excelfiches om te zetten in html-webpagina's en zo de sociale kaart online te brengen. Serif Webdesign 5 Pro® is software die geen programmeerkennis van html vereist, maar via een intuïtieve interface en krachtige gereedschappen toelaat om gemakkelijk zelfs geavanceerde websites te ontwerpen. De voordelige prijs was daarbij een extra argument.

Er werd gekozen voor een logische opbouw van de website, waarbij op een eenvoudige manier toegang mogelijk is vanuit de hoofdpagina naar de verschillende onderdelen van de website. Een vlotte navigatie was daarbij een belangrijk aandachtspunt. Enerzijds kon er gezocht worden op een aantal criteria per zorggroep zoals gemeente, naam, voornaam, werkgebied,… Anderzijds ook via een zoekmachine met vrije zoektermen.

Voor de realisatie werden geen financiële middelen vrijgemaakt uit de werkingstoelagen, noch voor materiële ondersteuning, noch voor vergoedingen van de artsen die uiteindelijk deze website realiseerden. De tijdsinvestering was in ieder geval aanzienlijk, ook omdat dit hele proces een leercurve vraagt met vallen en opstaan. Het updaten van deze sociale kaart en de website vraagt anderzijds slechts een beperkte inspanning.

Evaluatie onthaal en gebruik sociale kaart

Het onthaal en gebruik van de sociale kaart werd geëvalueerd aan de hand van een enquête uitgevoerd door de zorgtrajectpromotoren in februari 2013 (bijlage 5). Deze enquête handelde in hoofdzaak over het gebruik van de zorgtrajecten door artsen en de sterktes en zwaktes hiervan. Daarnaast werd ook gepeild naar de steun die deze artsen ondervonden van de ontwikkelde website.

De statistieken van de website werden onafhankelijk geregistreerd door de software van One.com. Deze software houdt uitgebreide statistieken bij. De statistieken worden bijgehouden per maand. De verdere statistiek op deze ruwe gegevens werd uitgevoerd met Microsoft Excel 2010®. Wel moet vermeld worden dat de gegevens gedurende een periode

van elf dagen (van 01/02/2013 tot 11/02/2013) ontbraken omwille van een probleem bij One.com, wat de gegevens van februari uiteraard vertekent.

RESULTATEN

De resultaten zullen ook besproken worden per onderzoeksvraag. Opnieuw worden de eerste twee onderzoeksvragen samen beantwoord.

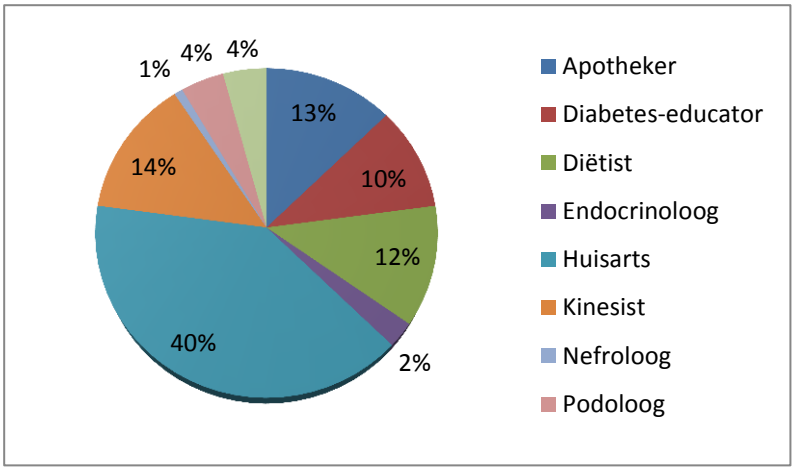
ONDERZOEKSVRAAG 1 EN 2

Vraag 1: Welke zorgverleners hebben momenteel een sociale kaart ter beschikking? In welke vorm? Is deze up-to-date? Wat is de kwaliteit daarvan?

Vraag 2: Is er nood aan een andere sociale kaart? Welke informatie moet deze sociale kaart inhouden?

VOORMETING

De enquête werd via e-mail verzonden naar in totaal 518 zorgverleners met in bijlage een document met meer informatie over het opzet. Deze enquête werd opgemaakt via www.enquetemaken.be. Volgende groepen werden aangeschreven: apothekers, huisartsen, diabetes-educatoren, diëtisten, podologen, kinesisten, nefrologen, endocrinologen en verpleegkundigen. Dit gebeurde op basis van de beschikbaarheid van hun e-mailadres bij de zorgtrajectpromotoren. De grootste groep werd gevormd door de huisartsen, gevolgd door de kinesisten en de apothekers. In absolute getallen gaven zij ook de grootste respons. Een overzicht van de verdeling van de respondenten volgens beroepsgroep wordt weergegeven in Figuur 1. Tabel 2 geeft een overzicht van de aangeschreven zorgverleners en van de responsratio. Er werd een gemiddelde responsratio van slechts 23,17% behaald. Per zorggroep ligt dit tussen de 6,67% en 55,56%. Omwille van de lage respons worden in de verder bespreking kinesisten, nefrologen, endocrinologen en verpleegkundigen niet meer vermeld. Een belangrijke reden voor de lage algemene responsratio is dat de enquête enkel online verstuurd werd. Er werden ook geen incentives voorzien om een hogere responsratio te bereiken (verloting,…).



FIGUUR 1: VERDELING RESPONDENTEN ENQUÊTE VOLGENS BEROEPSGROEP

Zorggroep	Aantal aangeschreven	Aantal respondenten	Responsratio
Apothekers	73	15	20,55%
Huisartsen	200	47	23,50%
Diabetes-educatoren	50	12	24,00%
Diëtisten	46	14	30,43%
Podologen	9	5	55,56%
Kinesisten	100	16	16,00%
Nefrologen	15	1	6,67%
Endocrinologen	14	3	21,43%
Verpleegkundigen	11	5	45,45%
Algemeen	**518**	**120**	**23,17%**

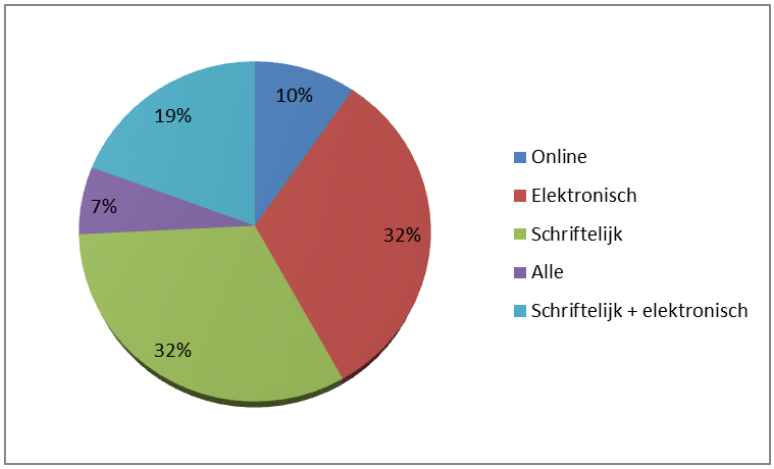
TABEL 2: OVERZICHT AANGESCHREVEN ZORGVERLENERS EN RESPONSRATIO

BESCHRIJVING VAN DE ONDERZOEKSPOPULATIE

Aan de enquête namen ongeveer evenveel vrouwen als mannen deel (52,10% vs 47,90%). Ook de gemiddelde leeftijd van de mannelijke en vrouwelijke populatie is zeer gelijkaardig (respectievelijk $44{,}54^{\pm 11{,}76}$ (gemiddelde$^{\pm SD}$) en $44{,}31^{\pm 11{,}81}$ jaar). Opmerkelijk is dat vooral jongere zorgverleners deelnamen aan het onderzoek. Deze bevinding geldt ook voor iedere zorggroep afzonderlijk. Enkel huisartsen hebben een belangrijke groep respondenten ouder dan 56 jaar.

DE SOCIALE KAART

Slechts 25,8% gaf aan een sociale kaart in de praktijk te hebben. Geen enkele ondervraagde apotheker of podoloog bleek over een sociale kaart te beschikken. De diabetes-educatoren scoren het hoogst (58,3%), gevolgd door huisartsen (40,4%).



FIGUUR 2: VERDELING VORMEN SOCIALE KAART

De meerderheid maakt gebruik van een elektronische (32%) of een papieren sociale kaart (32%), of een combinatie van beide (19%). Slechts 17% gaat online (Figuur 2). 7% gebruikt zowel een elektronische, papieren als online vorm. Huisartsen gebruiken het vaakst de elektronische vorm, gevolgd door diabetes-educatoren. Beiden zijn de enige die dit ook online doen. De andere zorggroepen gebruiken in de meeste gevallen een schriftelijke sociale kaart.

De sociale kaarten scoorden met $3{,}06^{\pm 1{,}09}$ op 5 gemiddeld voor het criterium updating. Slechts 1 op 5 huisartsen vindt zijn sociale kaart echt up-to-date (21,1% met een score hoger

dan 3 op 5). Bij de diabetes-educatoren ligt dit aantal hoger (42,85%, wat nog steeds minder dan de helft is).

De tevredenheid over de huidige sociale kaart scoorde gemiddeld, namelijk $3^{\pm 0,95}$ punten op 5. Opvallend is dat vooral de diabetes-educatoren tevreden zijn over hun sociale kaart (57,1% met een score hoger dan 3 op 5). Huisartsen stellen zich neutraal op. Toch blijkt er bij de meeste zorgverleners een nood te zijn aan een andere sociale kaart. Ruim 47% van de ondervraagden antwoorden positief op deze vraag. Vooral de huisartsen zijn vragende partij voor een nieuwe sociale kaart. Ruim 61,7% van hen gaf een score van 4 of 5 op dit criterium. Bij podologen en apothekers is de nood het laagst (respectievelijke 40% en 46,7% scoorden dit item boven 3 op 5).

Conclusie: Tevredenheid scoorde gemiddeld, maar slechts een kleine fractie is echt tevreden (boven 3 op 5, 25% van alle respondenten). Ook naar updating geeft slechts een minderheid een goede score (boven 3 op 5, 29% van alle zorgverleners). De gemiddelde score van updating voor huisartsen lag het laagst (2,84 op 5). Die van de diëtisten lag het hoogst (3,5 op 5).

INHOUD SOCIALE KAART

Een sociale kaart bevat de contactgegevens van de zorgverleners. Daarnaast hechten de respondenten ook veel belang aan de manier van contactname (56,3% van alle respondenten), specialisaties van de zorgverleners (55,46%), specifieke doelgroepen (50,83%) en het werkgebied (48,33%). Samenwerkingsverbanden (31,1%) en voorkeurs-moment van contactname (37,8%) werden algemeen als minder belangrijk aangegeven.

Ruim 60% vindt een versleuteling niet nodig, maar prefereert een open toegang tot de sociale kaart.

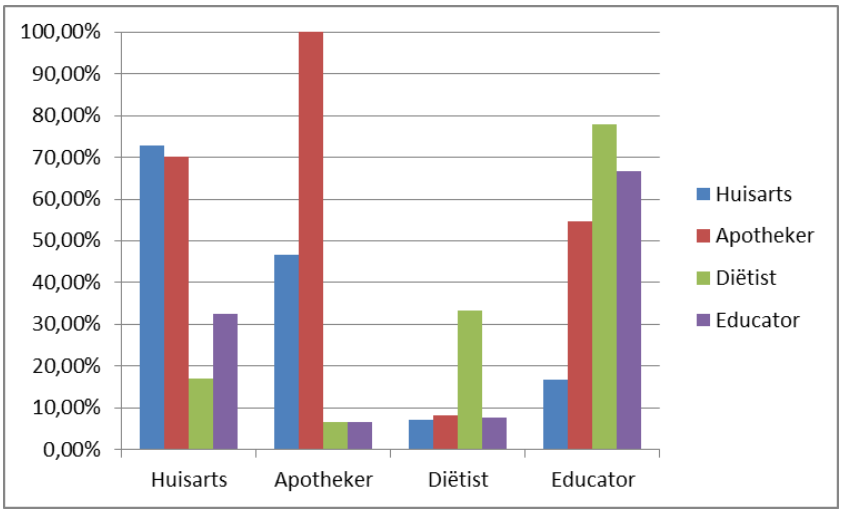
Ongeveer 41% van de ondervraagden is bereid om zijn e-mailadres vrij te geven. Deze bereidheid is groot bij de apothekers, diabetes-educatoren, diëtisten en podologen. De huisartsen zijn verdeeld. Ongeveer 20% van de huisartsen wil het e-mailadres zeker vrijgeven, terwijl een even grote groep dit zeker niet zou doen. Huisartsen zijn dan weer meer geneigd hun faxnummer vrij te geven, net als de andere zorggroepen. De overgrote meerderheid wil doorgeven op welke manier en wanneer best contact genomen wordt. Dit verschilt weinig tussen de verschillende zorggroepen.

Gegevens van huisartsen zijn het meest gegeerd door de andere zorgverleners. Hierbij scoort het e-mailadres globaal het hoogst. Meer dan 90% van de zorgverleners wensen dit te kennen. Dit staat in contrast met het lage enthousiasme van huisartsen om hun e-mailadres vrij te geven (zie boven). Voor andere zorggroepen, waar er ook een grote vraag is naar de e-mailadressen, vormt dit minder een probleem. Voor faxnummers is er momenteel nog weinig interesse. De meerderheid wenst ook het beste moment en manier van contactname te kennen. Dit vormt geen probleem aangezien de meeste zorgverleners dit ook willen vrijgeven.

Conclusie: Contactgegevens, manier van contactname en specialisaties van de zorgverleners zijn de belangrijkste gegevens die zorgverleners wensen terug te vinden op de sociale kaart. De meeste zorgverleners zijn bereid hun emailadres door te geven, bij huisartsen ligt dit gevoeliger. Dit in schril contrast tot de grote vraag naar het emailadres van huisartsen. Een versleuteling is door de meerderheid van de respondenten niet gewenst.

KWALITEIT VAN COMMUNICATIE

Om de tevredenheid over communicatie aan te geven maakten we gebruik van een vijf-punt-schaal. Hierbij werd nagegaan welk percentage deze communicatie als goed tot zeer goed beoordeelde (score van meer dan 3 op 5). Figuur 3 geeft een overzicht van de gepercipieerde kwaliteit van communicatie tussen huisartsen, apothekers, diëtisten en diabetes-educatoren. De huisarts is de centrale figuur in de zorgtrajecten. De communicatie met de andere actoren zou dus zeer goed moeten zijn. De huisartsen schatten de communicatie met verpleegkundigen en apothekers als zeer goed in. Respectievelijk 59,6% en 70,2% van de huisartsen geven een score van 4 of 5 aan de kwaliteit van de communicatie. Ook onderling scoren de huisartsen zeer goed met gemiddeld $3,98^{\pm 0,85}$ (72,7% scoort > 3). De communicatie in tegenovergestelde richting scoort minder goed. Verpleegkundigen (hoewel minder in aantal) gaven maar een score van $2,4^{\pm 0,89}$ en geen van hen gaf 4 of 5. Apothekers anderzijds scoren $3,4^{\pm 0,99}$, wat beter aansluit bij de score die de huisartsen zelf gaven over deze communicatie. Toch gaf minder dan de helft (46,7%) van de apothekers een score van 4 of 5 aan de kwaliteit van de communicatie met huisartsen.



FIGUUR 3: PERCEPTIE KWALITEIT COMMUNICATIE (% SCORE TEVREDENHEID > 3 OP 5)

Anderzijds gaven de huisartsen lage scores aan de communicatie met podologen, diëtisten en diabetes-educatoren (respectievelijk $2,0^{\pm 1,21}$, $2,4^{\pm 1,04}$ en $2,89^{\pm 1,26}$). Ook omgekeerd werd deze communicatie zwak gescoord (respectievelijk $2,4^{\pm 0,89}$, $2,5^{\pm 0,94}$ en $2,83^{\pm 0,69}$). Geen enkele podoloog gaf een score van meer dan 3. Bij de diëtisten en diabetes-educatoren was dit respectievelijk 7,1% en 16,7%.

Diëtisten en podologen scoren enkel binnen de eigen beroepsgroep goed. De score met de andere actoren is echter laag (tussen 1 en 2,8). De podologen gaven niemand buiten de verpleegkundigen een score van 4 of 5. Bij de diëtisten gebeurde dit ook in maximaal 9% van

de gevallen. Diabetes-educatoren scoren het contact met diëtisten en apothekers het hoogst (respectievelijk 77,8% en 54,5% > 3).

De communicatie binnen een zorggroep zelf verloopt nergens beter dan bij de apothekers (100% > 3). De diëtisten scoren het slechts op dit criterium (33,3% > 3).

ONDERZOEKSVRAAG 3

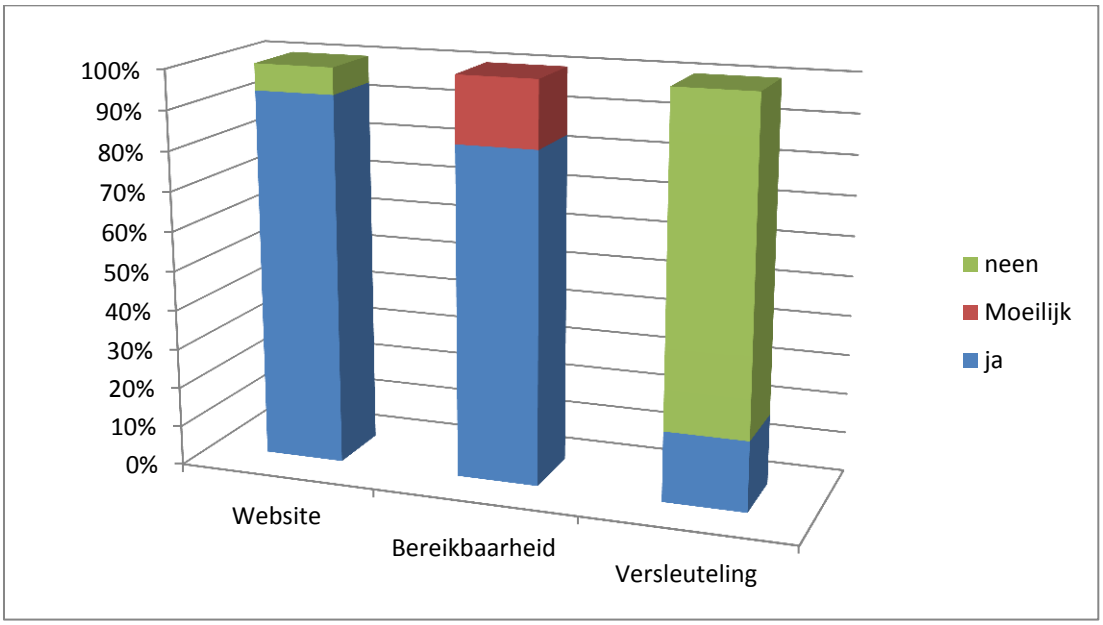
Welke sociale kaarten worden op dit moment door LMN's ter beschikking gesteld en wat is de kwaliteit hiervan?

In 2011 waren er in België 58 erkende lokale multidisciplinaire netwerken (LMN), waarvan 45 Nederlandstalig en 13 Franstalig. Volgens cijfers van het RIZIV hadden eind 2011 69% van deze LMN's een eigen website, 24% een hoofdstuk in de website van een huisartsenkring.[11] Van de 45 Nederlandstalige LMN's konden op 1 maart 2013 via Google 20 websites worden teruggevonden. Via de sneeuwbalmethode werden er nog zeven websites gevonden in de links op deze websites. Hiervan zijn er 22 websites in eigen beheer en maken er vijf een onderdeel uit van een website van een huisartsenkring. LMN's bundelen vaak hun energie om gezamenlijk een website te maken. Dit maakt dat in Vlaanderen van 42 van de 45 LMN's een website kan teruggevonden worden (93%). Om een zicht te krijgen op de kwaliteit van de inhoud en vorm van deze websites werd hiervan een analyse gemaakt.

WEBSITES: INFORMATIEVE DEEL

BESCHIKBAARHEID

Op 1 maart 2013 waren tweeënveertig websites van de Vlaamse LMN's detecteerbaar (93%). Vierendertig hiervan waren vlot bereikbaar. Zeven konden echter moeilijk terug gevonden worden. Acht websites waren versleuteld. (Figuur 4)



FIGUUR 4: AANTAL WEBSITES, BEREIKBAARHEID EN VERSLEUTELING

INHOUDELIJKE EVALUATIE

Van deze 27 bereikbare websites vermelden vijf geen doelstellingen en bij drie websites is de informatie erg beperkt. Aanwijzingen voor regelmatige updating zijn slechts op 15 plaatsen terug te vinden.

Het gebruiksgemak hangt af van de snelheid waarmee informatie kan teruggevonden worden. Bij 19 van de 27 werd dit als goed, bij 6 als onvoldoende en bij 2 als twijfelachtig gescoord. Een zoekmotor is op 16 websites aanwezig. De kwaliteit hiervan werd bepaald aan de hand van het aantal hits bij invoeren van de volgende termen: rijbewijs, GFR en nierinsufficiëntie. De resultaten hiervan wisselen sterk cfr. Tabel 3.

Functie zoekmachine			
	Rijbewijs	**GFR**	**Nierinsufficiëntie**
Zorgtrajecten Brabant	1	1	14
Zorgzoeker.be (LMN Brussel)	4	0	23
LMN Halle en omgeving	-	-	-
LMN Pajottenland	0	1	133
LMN Dijle en Nete	-	-	-
LMN Regio Mortsel	2	3	10
LMN Pallieterland	9	10	18
LMN Schelde-Rupel	4	9	15
LMN Zuiderkempen	-	-	-
LMN Antwerpen Centrum - LMN Huisartsenkring Berchem	2	1	7
LMN Deurne-Borgerhout	-	-	-
Huisartsenkring Prometheus	0	1	2
LMN West-Limburg - LMN Het Klaverblad	12	3	20
LMN Maas en Kempen	2	3	16
LMN Sint-Truiden, Borgloon en omgeving	0	1	24
LMN Maasland Zuid	-	-	-
LMN Zuid-Oost Limburg - LMN Bilzen	-	-	-
LMN Noord-Limburg	0	1	5
LMN Brugge – Oostende - Houtland	2	2	22
LMN Centraal West-Vlaanderen	3	*	10
LMN Zuid West-Vlaanderen	3	*	10
Zorgtraject Oost-Vlaanderen	-	-	-
LMN Aalst - LMN Groot-Lede	-	-	-
Lokaal multidisciplinair netwerk Lokeren-Lochristi	-	-	-
Lokaal multidisciplinair netwerk Ninove-Geraardsbergen	-	-	-
LMN Dendermonde	-	-	-
LMN Gent	2	3	42

* Minimaal 5 letters

TABEL 3: RESULTATEN ZOEKMACHINE (AANTAL HITS PER INGEGEVEN TREFWOORD)

Vormelijke evaluatie

Qua lay-out ogen twintig op de zevenentwintig professioneel. Bij zeven is dit eerder een basaal design. Externe links komen weliswaar in vijfentwintig websites voor, maar niet alle links zijn even relevant en in vier gevallen werden er meerdere niet functionerende links teruggevonden. Dit is een indicator voor de manier waarop deze websites onderhouden worden. In twee gevallen werden er geen contactgegevens vermeld op de website. Er waren geen aanwijzingen voor commerciële beïnvloeding. Naar compleetheid (voldoende informatie aanwezig) en nauwkeurigheid (oa recente wijzigingen in criteria zorgtrajecten) toe, scoren respectievelijk achttien en eenentwintig websites goed. Toezicht door een redactie is slechts in veertien gevallen aanwezig en een disclaimer slechts in vijf gevallen. Onderbouwing via literatuur is niet het directe doel van deze websites en als dusdanig dan ook niet aanwezig. Ook de bronvermelding is maar op één website aanwezig omdat de meeste websites verwijzen naar www.zorgtrajecten.be.

Samengevat is de kwaliteit van deze websites erg wisselend. Aandachtspunten blijven zeker de updating van de websites, bronvermelding, redactionele verantwoordelijkheid en disclaimer.

Websites: sociale kaart

Beschikbaarheid

Op 1 maart 2013 beschikte slechts één van de zevenentwintig websites niet over een sociale kaart. Eén website was op verschillende momenten tijdens de analyse niet bereikbaar (éénmaal gehacked, regelmatig offline). Twee sociale kaarten waren beveiligd. Uiteindelijk konden we 25 websites evalueren.

Inhoudelijke evaluatie

Het doel van een sociale kaart is om de communicatie tussen hulpverleners te faciliteren, wat op veertien plaatsen ook vermeld werd. In de 25 beoordeelde sociale kaarten werden diëtisten (25), diabetes-educatoren (25), podologen (25) en specialisten (19) opgenomen. Specialisten omvatten endocrinologen, nefrologen en oftalmologen. Verrassend was dat huisartsen, die een centrale rol in de zorgtrajecten vervullen en claimen, slechts in vijftien sociale kaarten werden opgenomen. Apothekers scoren nog lager (13). Tabakologen (5), kinesisten (4), psychologen (3), verpleegkundigen (3) en logopedisten (2) sluiten de rij af.

Vormelijke evaluatie

De informatie wordt meestal in html (20) aangeboden, in drie gevallen in PDF en in twee gevallen in Excel. De lay-out is in twintig op vijfentwintig websites behoorlijk. De informatie wordt in 24 gevallen aangeboden in (lange) lijsten, waarvan het gebruiksgemak echter sterk varieert. In 18 gevallen is dit in html, in drie gevallen in pdf en in twee gevallen in Excel. Websites die hun sociale kaart in html aanbieden, maken in 11 van de 18 gevallen gebruik van een filterfunctie die het zoeken vergemakkelijkt. Bij een pdf- of Excelbestand is alle informatie op één blad beschikbaar, maar dit is minder handig in gebruik bij grotere

bestanden. Individuele fiches zijn slechts in 13 van de 25 gevallen aanwezig. Een zoekmotor die dit alles faciliteert is in vijftien websites terug te vinden. Meestal laat deze toe te zoeken op discipline, familienaam en postcode. De minderheid kan ook op werkingsgebied zoeken.

Slechts in zeven gevallen vonden we bewijzen van updating. Op elf plaatsen was er een mogelijkheid tot interactie.

CONCLUSIE

Verrassend is de lage score voor huisartsen in de sociale kaart. Hij is immers niet alleen de gebruiker, maar ook het aanspreekpunt voor andere zorgverleners. Gebruiksvriendelijkheid en updating blijven belangrijke aandachtspunten.

Onze voorkeur gaat uit naar een html-fiche per individuele zorgverlener, waarbij kan gezocht worden op naam, voornaam, woonplaats, werkgebied.

ONDERZOEKSVRAAG 4

Hoe wordt een eigen lokaal ontwikkelde sociale kaart opgebouwd, onthaald en gebruikt?

VISGRAATANALYSE (FIGUUR 5)

Om tot een goede opbouw te komen van de website werd een visgraatanalyse uitgevoerd. Hieruit bleek dat een aantal obstakels in de weg stonden. Deze konden gerangschikt worden in vier domeinen: menselijke factoren, organisatie, middelen en externe factoren.

MENSELIJKE FACTOREN

Zorgverleners moeten bereid zijn hun gegevens vrij te geven en te bepalen over welke gegevens het dan gaat, rekening houdend met de privacy (wetgeving). Anderzijds vraagt dit ook een groep mensen die het concept willen uitwerken, de knowhow bezitten en de tijd willen vrijmaken om dit waar te maken. Daarnaast moeten zij ook bepalen welke zorgverleners moeten opgenomen worden in de sociale kaart. Met andere woorden, dit is het werk van een redactie.

ORGANISATIE

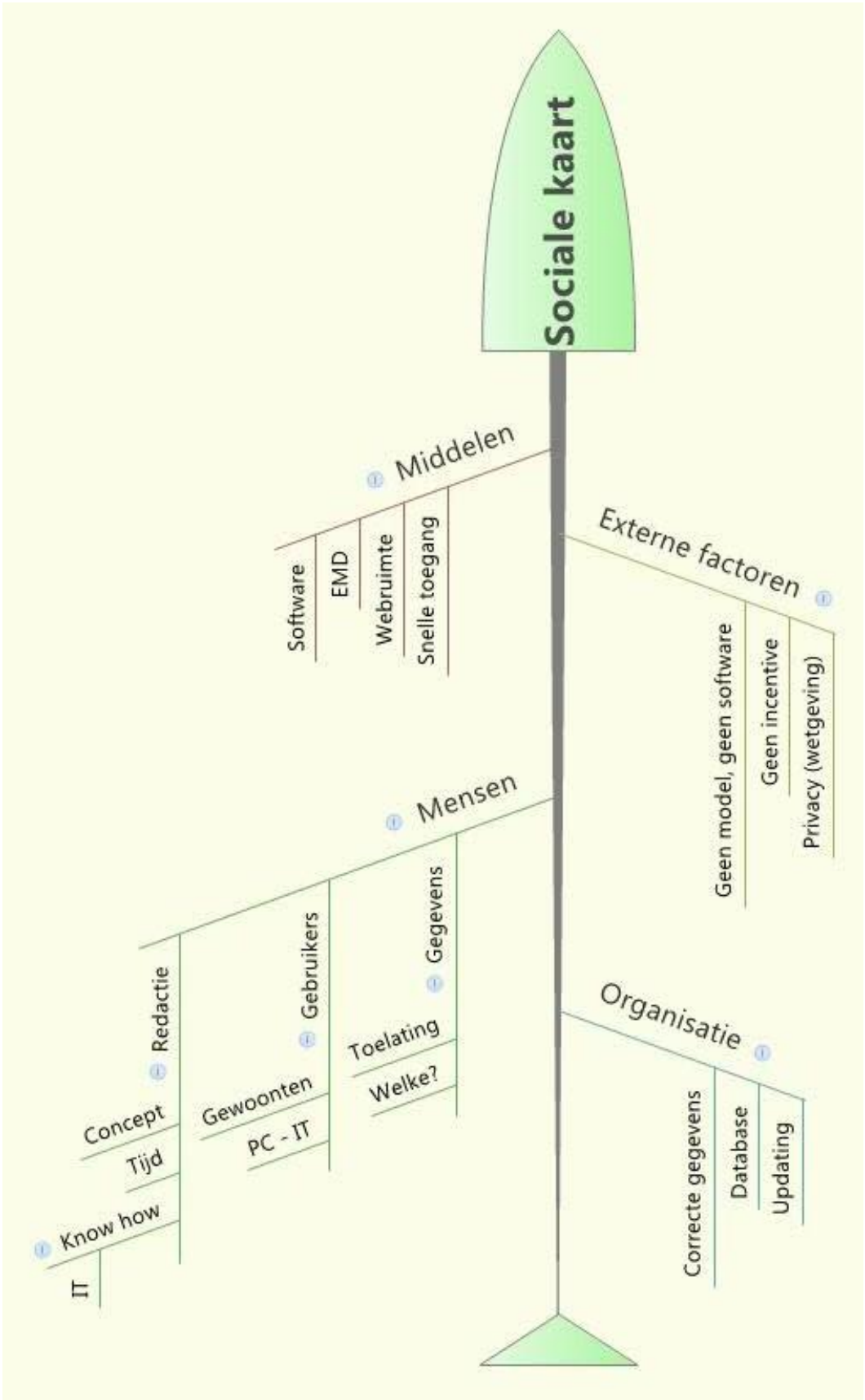
Dit vraagt het verzamelen van correcte en recente gegevens die geordend worden in een gestructureerde database en continu geüpdatet worden.

MIDDELEN

Er is nood aan een webruimte met een snelle toegang tot een vlot te consulteren database. Dit ontbreekt op dit moment in de meeste Elektronische Medische Dossiers en moet door iedere praktijk individueel worden aangemaakt.

EXTERNE FACTOREN

Er is geen model, sjabloon of software voorhanden. Er worden hiervoor ook geen incentives aangeboden.



FIGUUR 5: VISGRAATANALYSE OPBOUW SOCIALE KAART

De website en sociale kaart

De website (www.lmnwk.be) die werd gemaakt voor beide LMN's samen is opgebouwd uit twee delen: enerzijds een inhoudelijk deel met informatie over de zorgtrajecten en anderzijds een deel met de sociale kaart.

Inhoudelijke deel

Het inhoudelijke deel, opgesteld met inbreng van de gezamenlijke inhoudelijke stuurgroep, bevat verschillende elementen: zorgtrajecten, IT/EMD, agenda en nieuwsbrief.

Het onderdeel over de zorgtrajecten is het meest uitgebreide deel. Het bevat zowel algemene als specifieke informatie over de zorgtrajecten, en als bijkomend topic werd ook obesitas toegevoegd. Vermits de informatie snel consulteerbaar moest zijn werd dit opgedeeld in kleine stukken die bereikbaar zijn via een index. Anderzijds worden er ook praktische tools ter beschikking gesteld van de gebruikers, o.a. stappenplannen, relevante documenten en verwijsbrieven voor ieder zorgtraject.

Onder het topic IT/EMD werd informatie betreffende de verschillende softwarepakketten opgenomen. Deze werd opgesteld door de zorgtrajectpromotoren.

De agenda bestaat uit vier onderdelen: één agenda voor ieder LMN, een agenda voor bijscholingen in verband met IT en een agenda met interessante navormingen. hiermee is het mogelijk op een vlotte manier alle initiatieven van de LMN's bekend te maken bij de zorgverleners.

Ten laatste bevat het onderdeel nieuwsbrief een overzicht van alle nieuwsbrieven van de LMN's. Ook dit is een plaats waar snel belangrijke informatie kan doorgestuurd worden vanuit de LMN's naar de zorgverleners.

Een schermafdruk van de hoofdpagina van de website werd opgenomen als bijlage 6.

Sociale kaart

In de sociale kaart werden zorgverleners opgenomen die gerelateerd zijn met de zorgtrajecten (Tabel 4). Daarnaast werden ook de gegevens van de mutualiteiten toegevoegd. Ten slotte bevat de sociale kaart ook een link naar de pagina met sportmogelijkheden van enkele gemeentes.

Apothekers
Diabetes-educatoren
Diëtisten
Endocrinologen
Huisartsen
Nefrologen
Podologen

TABEL 4: ZORGVERLENERS

De gebruiker van de website kan een zorgverlener zoeken via een zoekmachine, waarin alle mogelijke trefwoorden kunnen worden ingevoerd. Hiernaast kunnen alle zorgverleners ook per beroeps-categorie op naam en gemeente teruggevonden worden. Diëtisten, diabetes-educatoren en podologen werden bovendien op voornaam gerangschikt. Apothekers werden ook geordend op de naam van de apotheek, de ziekenhuisspecialisten op naam van het ziekenhuis. De diabetes-educatoren ten slotte werden ook gerangschikt op werkgebied.

Een schermafdruk van het hoofdmenu van de sociale kaart werd opgenomen als bijlage 7.

STATISTIEK WEBSITE

Sinds het online brengen van de website in juli 2012 tot 31 maart 2013 is er een stijgende evolutie in het aantal bezoeken per dag (Figuur 6). Gedurende de eerste vier maanden werd de website gemiddeld slechts $6{,}5^{\pm 2{,}08}$ keer bezocht. In de laatste vijf maanden ligt dit hoger met $25{,}4^{\pm 4{,}67}$ bezoeken per dag. December 2012 scoorde het hoogst met gemiddeld 32 bezoeken per dag met een maximum van 53 bezoeken. De cijfers waren lager in februari (deels ten gevolge van de gebrekkige registratie op one.com). De bezoekers bekeken gemiddeld $77^{\pm 22{,}05}$ pagina's per dag. Tabel 5 geeft een overzicht van de statistieken van december 2012.

In totaal werd de website tot 31 maart 2013 reeds 4767 keer bezocht. Er werden 21511 pagina's bekeken met 60792 hits. Dit komt neer op 12,75 hits en 4,51 pagina's per bezoek. Gemiddeld bleef men meer dan 2 minuten op de website. Figuur 7 toont het aantal bezoeken per maand en het aantal pagina's dat per maand bekeken werd.

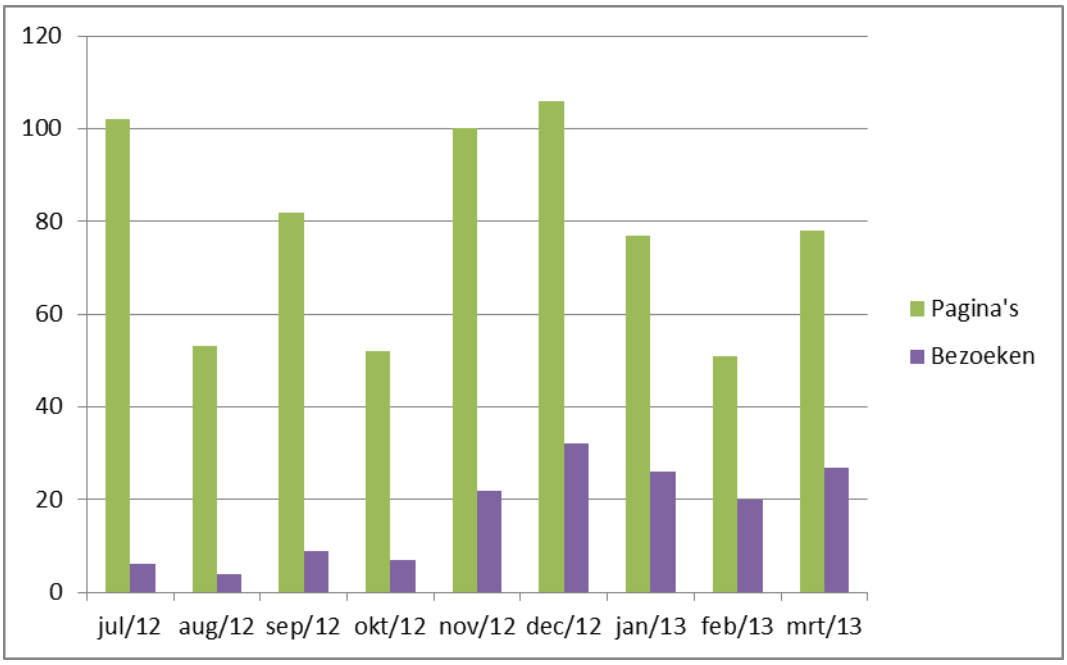
De belangrijkste activiteit op de website vond plaats tussen 8u en 21u. De meest bezochte pagina's waren uiteraard de hoofdpagina (715 hits), gevolgd door pagina's gerelateerd aan de sociale kaart (489 hits). Daarna volgen enkele pagina's in verband met de zorgtrajecten (102 hits).

Samenvatting		
Total Hits	10830	
Total Files	4780	
Total Pages	3307	
Total Visits	1009	
Transfered KBytes	159605	
Total Hosts	132	
	avg	**max**
Hits per Day	349	2428
Files per Day	154	674
Pages per Day	106	462
Visits per Day	32	53
Transfered Kbytes per Day	5149	26918
Time per visit	0:00:33	---
Pages per visit	3.28	---
Duration per page	0:00:12	---
Cache Hit ratio	51.78%	---

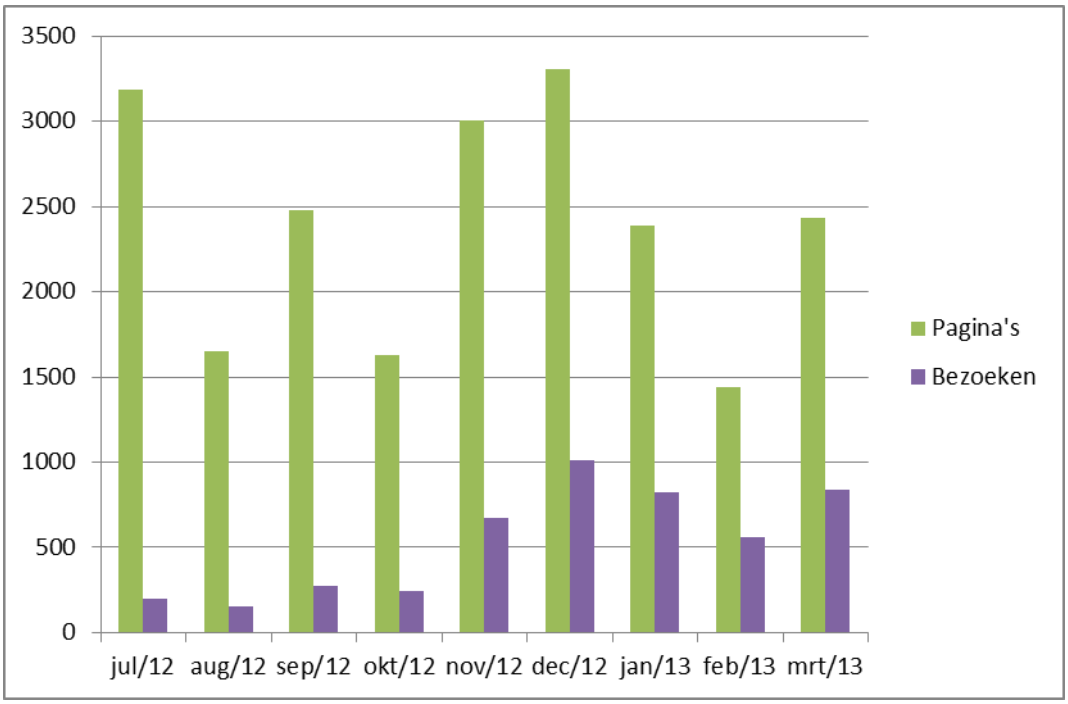
TABEL 5: STATISTIEK DECEMBER 2012

De meeste gebruikers van de website werden niet verwezen door een zoekmachine (2620 hits), maar vonden rechtstreeks de weg. Google was de belangrijkste verwijzer met 50 hits, wat verwaarloosbaar is ten opzichte van het totaal aantal hits. Andere zoekmachines verwezen slechts 7 personen. De meeste bezoekers van de website kwamen op de website via de hoofdpagina (14,64% van alle bezoekers). In de zoekmachines werden verschillende termen ingegeven die leidden naar de website. De belangrijkste was "lmnwk.be". Andere zoektermen verwezen naar specifieke zorgverleners, waarbij de zoekterm veelal naam en discipline bevatte.

In een recente enquête van de zorgtrajectpromotoren in februari 2013 met een beperkte respons bleek 75% van de respondenten vlot hun weg te vinden op de sociale kaart en deze te hanteren. Mogelijke bias is dat het hier waarschijnlijk de meest actieve en gemotiveerde collegae betrof.



FIGUUR 6: DAGELIJKS AANTAL BEZOEKEN EN AANTAL BEKEKEN PAGINA'S TOT 31 MAART 2013



FIGUUR 7: MAANDELIJKS AANTAL BEZOEKEN EN AANTAL BEKEKEN PAGINA'S TOT 31 MAART 2013

DISCUSSIE

Het doel van deze studie was enerzijds om te peilen naar het huidige gebruik van sociale kaarten en de eventuele nood aan een nieuwe sociale kaart. Anderzijds werd een nieuwe online sociale kaart ontwikkeld en geïmplementeerd in de regio West-Limburg. Dit was geïntegreerd in een website. Er werd nagegaan hoe deze in de praktijk onthaald werd.

Opvallend was dat slechts een beperkt aantal zorgverleners beschikte over een eigen sociale kaart en slechts een klein percentage was hierover echt tevreden. Probleem was vooral de updating en de nood aan een nieuwe sociale kaart bleek hoog. Bij de vraag welke gegevens hierbij belangrijk waren kwamen volgende items naar voren: contactgegevens, manier van contactname en specialisaties van de zorgverlener. Opmerkelijk was dat vooral de gegevens van huisartsen gegeerd waren, wat in schril contrast stond met de bereidwilligheid van de artsen om deze vrij te geven. Bovendien bleek dat de communicatie tussen de verschillende zorgverleners nog verbeterd kon worden.

De kwaliteit van de websites aangeboden door de lokale multidisciplinaire netwerken is wisselend. Ook hier is updating, naast gebruiksvriendelijkheid een probleem. De gegevens van huisartsen waren vaak niet opgenomen, hoewel dit de meest gevraagde gegevens zijn en huisartsen een sleutelrol spelen in de zorgtrajecten.

De ontwikkeling van een eigen website en sociale kaart voor LMN West-Limburg en LMN Het Klaverblad verliep vlot en werd goed onthaald door de gebruikers. Dit vertaalt zich in een stijgend bezoekersaantal.

Enkele kritische bedenkingen bij dit project. Er werd geen gebruik gemaakt van gevalideerde vragenlijsten. Daarnaast werden niet alle zorgverleners bereikt, enkel diegenen met een beschikbaar e-mailadres. De responsratio was over het algemeen laag (23,17%). Bovendien waren de respondenten waarschijnlijk meer dan gemiddeld geïnteresseerd. Tenslotte is het absoluut aantal zorgverleners niet voldoende hoog om representatief te zijn op Vlaams niveau.

Een sociale kaart is een belangrijke tool om de communicatie tussen de verschillende zorgverleners te verbeteren en zo tot een betere zorg voor de patiënt te komen. Er wordt best rekening gehouden met een aantal punten bij het ontwikkelen van een sociale kaart om succes te garanderen. Ten eerste moeten de juiste zorgverleners en gegevens opgenomen worden. Deze gegevens moeten zorgvuldig uitgekozen worden. In het beste geval wordt eerst bevraagd welke informatie door de potentiële gebruikers van de sociale kaart gewenst is. Daarnaast worden deze gegevens zo volledig mogelijk bevraagd met een formulier dat, in samenspraak met de doelgroep, tot stand werd gebracht.

Ten tweede dient de sociale kaart ook vlot bereikbaar zijn en dient de navigatie gebruiksvriendelijk zijn. Dit kan bereikt worden door deze online te publiceren. Dit gebeurt best in een formaat dat door de meeste pc’s kan weergegeven worden en vlot hanteerbaar

is. Formaten zoals PDF en Excel zijn hiervoor minder geschikt dan html. Ook de implementatie van een zoekmachine is een meerwaarde. De mogelijkheid om manueel te zoeken op verschillende criteria (werkgebied, naam, voornaam, stad,…) maakt een vlotte navigatie mogelijk. Ook het gebruik van uniforme fiches op de website vergroot het gebruiksgemak. Toch blijkt dat in heel wat websites van LMN's hier nog werk te verrichten is.

Ten derde is het essentieel dat de sociale kaart volledig en up-to-date gehouden wordt en dat de informatie op de website onder controle staat van een redactie. De updating gebeurt best centraal. Om dit proces te vereenvoudigen wordt hierbij de medewerking van de zorgverleners gevraagd. Zij worden verzocht contact op te nemen wanneer hun gegevens veranderen. Een centrale controle van alle gegevens behoort tot het takenpakket van de zorgtrajectpromotoren.

Ten vierde moeten zorgverleners op de hoogte gebracht worden van de nieuwe sociale kaart. Eventueel dienen zij begeleid te worden in het gebruik hiervan. In het kader van dit onderzoek gebeurde dit door de zorgtrajectpromotoren.

Ten vijfde blijft dit alles toch een grote inzet vragen. Enerzijds voor het verzamelen en publiceren van gegevens, maar zeker ook om ze volledig en up-to-date te houden. Dit is geen vanzelfsprekend proces.

Opvallend is hoe weinig wetenschappelijke informatie rond de impact van sociale kaarten beschikbaar is. Een interessant onderzoeksproject zou zijn om na te gaan welk effect een performante sociale kaart heeft op de communicatie tussen de zorgverleners. Het stijgend gebruik van de sociale kaart op deze website geeft toch een idee van de nood eraan. Een nameting binnen enkele jaren onder de gebruikers van deze sociale kaart kan leren of de communicatie tussen de zorgverleners effectief als beter wordt ervaren.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: VOORMETING

Vraag 1 : Leeftijd:

Vraag 2 : Geslacht

Vraag 3 : Tot welke beroepsgroep behoort u?

Vraag 4 : Is er een sociale kaart in uw praktijk?

Vraag 5 : Is deze sociale kaart:

Vraag 6 : Is deze sociale kaart up-to-date?

Vraag 7 : Hoe tevreden bent u over uw sociale kaart?

Vraag 8 : Heeft u nood aan een (andere) sociale kaart?

Vraag 9 : Welke gegevens zijn hier belangrijk? Duidt aan wat voor u nuttig en belangrijk is:

Vraag 10 : Moet deze sociale kaart versleuteld worden?

Vraag 11 : Ik ben bereid mijn e-mailadres vrij te geven:

Vraag 12 : Ik ben bereid mijn faxnummer vrij te geven:

Vraag 13 : Ik ben bereid door te geven hoe men best contact opneemt.

Vraag 14 : Ik ben bereid door te geven wanneer men best contact opneemt.

Vraag 15 : Ik wens het e-mailadres van volgende zorgverleners te kennen.

Vraag 16 : Ik wens het faxnummer van volgende zorgverleners te kennen.

Vraag 17 : Ik zou graag willen weten op welke manier ik best contact neem met:

Vraag 18 : Ik zou graag willen weten wanneer ik best contact neem met:

Vraag 19 : Hoe vlot verloopt de communicatie met huisartsen momenteel?

Vraag 20 : Hoe vlot verloopt de communicatie met kinesisten momenteel?

Vraag 21 : Hoe vlot verloopt de communicatie met apothekers momenteel?

Vraag 22 : Hoe vlot verloopt de communicatie met diabetes-educatoren momenteel?

Vraag 23 : Hoe vlot verloopt de communicatie met diëtisten momenteel?

Vraag 24 : Hoe vlot verloopt de communicatie met podologen momenteel?

Vraag 25 : Hoe vlot verloopt de communicatie met verpleegkundigen momenteel?

Vraag 26 : Aanvullende suggesties en commentaren:

BIJLAGE 2: INFORMATIEFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS - ENQUÊTE

Beste deelnemer

Het **doel** van dit project is de ontwikkeling van een sociale kaart voor het Lokaal Multidisciplinair Netwerk West-Limburg en Het Klaverblad. Een bundeling van de gegevens van verschillende zorgverleners uit een bepaalde regio is een belangrijk instrument in de multidisciplinaire begeleiding van een patiënt. Dit geldt zeker voor jonge startende zorgverleners die nog niet de kans kregen een zorgnetwerk uit te bouwen. Ook voor meer ervaren zorgverleners echter is een sociale kaart een nuttig instrument. Het is meer dan gewoon een adressenbestand. Het is een instrument dat zorgverlening efficiënter maakt, zorgverleners met de juiste zorgverleners in contact brengt en de zorg rond een patiënt verbetert.

Deze sociale kaart vormt een onderdeel van de LMN **website**, die ook nuttige informatie bevat zoals een agenda, informatie over de zorgtrajecten, nieuws vanuit het LMN, nuttige tools, links, documenten, lokale initiatieven en samenwerkingsvormen, enz .

Rond de ontwikkeling van de sociale kaart en de website zullen er ook twee **enquêtes** plaatsvinden: een voormeting en een nameting. Deze zullen online aan de zorgverleners beschikbaar gesteld worden. In de voormeting peilen we naar de verwachtingen in verband met de sociale kaart en de website. Na een bepaalde tijd zal er een tweede enquête nagaan waar de zorgverleners nog mogelijkheden tot verbeteren zien of hiaten vinden. Aan de hand van deze enquête zal de aangeboden informatie aangepast worden.

Alle gegevens zullen door Dr. Frédéric Cloots verwerkt worden. De gegevens worden volledig **anoniem** verzameld met de software van www.enquetemaken.be. De verdere verwerking is uiteraard ook volledig anoniem. Op geen enkele manier kan nagegaan worden wie de enquête al invulde en wie niet.

In de **eerste enquête** gaan we na hoeveel personen al een sociale kaart hebben, of ze er tevreden over zijn en of ze up-to-date is. Dit zal gebeuren per zorggroep, per geslacht en per leeftijd. We peilen ook of er nood is aan een nieuwe sociale kaart en welke gegevens belangrijk geacht worden om op de sociale kaart te verschijnen. Tenslotte peilen we naar hoe vlot de samenwerking tussen de verschillende zorggroepen op dit moment verloopt.

In de **tweede enquête** zal nagegaan worden of de (nieuwe) sociale kaart gebruikt wordt, en of men hierover tevreden is. Ook dit zal gebeuren per zorggroep, per geslacht en per leeftijd. We peilen ook of de communicatie tussen de zorgverleners hiermee verbeterd is. Tenslotte peilen we naar mogelijke aanpassingen.

Indien u meer informatie wenst rond dit project kan u zich altijd wenden tot één van de zorgtrajectpromotoren.

Met vriendelijke groeten,

LMN West-Limburg en Het Klaverblad

BIJLAGE 3: INFORMATIEFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS - GEGEVENSVERZAMELING

Beste deelnemer

Het **doel** van dit project is de ontwikkeling van een sociale kaart voor het Lokaal Multidisciplinair Netwerk West-Limburg en Het Klaverblad. Een bundeling van de gegevens van verschillende zorgverleners uit een bepaalde regio is een belangrijk instrument in de multidisciplinaire begeleiding van een patiënt. Dit geldt zeker voor jonge startende zorgverleners die nog niet de kans kregen een zorgnetwerk uit te bouwen. Ook voor meer ervaren zorgverleners echter is een sociale kaart een nuttig instrument. Het is meer dan gewoon een adressenbestand. Het is een instrument dat zorgverlening efficiënter maakt, zorgverleners met de juiste zorgverleners in contact brengt en de zorg rond een patiënt verbetert.

Daarnaast zal er ook een **website** gemaakt worden om de sociale kaart op een vlotte manier toegankelijk te maken voor iedereen. Op de website zal er nuttige informatie te vinden zijn zoals een agenda, informatie over de zorgtrajecten en nieuws vanuit het LMN West-Limburg en Het Klaverblad. Verder zullen er ook nuttige tools, links en documenten op de website te vinden zijn. Ook lokale initiatieven en samenwerkingsvormen zullen in de website opgenomen worden.

Om dit hele project op poten te zetten hebben we uiteraard de **gegevens** nodig van de zorgverleners uit de regio die het LMN West-Limburg en Het Klaverblad bestrijkt. Deze informatie zal via e-mail en indien nodig schriftelijk verzameld worden. De informatie wordt geordend in fiches, aangepast aan de groepen zorgverleners. Iedere zorgverlener is uiteraard vrij te kiezen welke informatie hij wil invullen en dus ook beschikbaar wil maken via de sociale kaart. Iedere zorgverlener kan er ook voor kiezen zijn gegevens niet door te geven. De gegevens zoals opgenomen in de sociale kaart zijn op ieder moment door de zorgverlener aan te passen of te verwijderen, wanneer dit bekend gemaakt wordt aan één van de zorgtrajectpromotoren. Op reguliere basis zullen zij contact opnemen om te vragen of de betrokkenen akkoord zijn met de informatie op de fiche, en of ze deze verder willen ter beschikking stellen.

De zorgverleners die hun gegevens wensen te laten **publiceren** op de sociale kaart sturen deze e-mail met bijlagen terug naar de zorgtrajectpromotoren. De gegevens zullen uit geen enkele andere bron aangevuld worden. Enkel de gegevens die door de zorgverlener zelf vrij gegeven worden zullen verschijnen op de sociale kaart. De zorgtrajectpromotoren ordenen de geleverde gegevens na ontvangst in een tabel. Van daar uit wordt er voor iedere zorgverlener een fiche aangemaakt, die vervolgens op de site gepubliceerd wordt. Het staat de zorgverlener vrij op ieder moment deze fiches te laten verwijderen of de gegevens op de fiche te laten aanpassen (bijvoorbeeld bij adreswijziging,…). Een eenvoudige e-mail naar de zorgtrajectpromotoren volstaat hiervoor. De zorgtrajectpromotoren brengen de wijzigingen dan zo snel mogelijk aan.

Naast de zorgtrajectpromotoren, Dr. Jan Vanschoenbeek (praktijkopleider) en Dr. Frédéric Cloots (HAIO - projectleider) kan niemand de gegevens aanpassen of verwijderen. Indien u meer informatie wenst rond dit project kan u zich altijd wenden tot één van de zorgtrajectpromotoren.

Met vriendelijke groeten,

LMN West-Limburg en Het Klaverblad

BIJLAGE 4: FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING

Naam: .....

Adres: .....

Ik, ondergetekende, geef na het lezen van het informatieformulier toestemming aan het LMN West-Limburg en Het Klaverblad om mijn gegevens, zoals ik deze in de fiche heb doorgegeven, op te nemen in de sociale kaart en deze beschikbaar te maken via de website van het LMN West-Limburg en Het Klaverblad.

Ik weet dat het te allen tijde mogelijk is uit dit project te stappen en mijn gegevens te laten verwijderen van de website en de databases van het LMN, zonder enige invloed op de samenwerking met het LMN. Ik weet ook dat ik mijn gegevens steeds kan laten corrigeren op eenvoudig verzoek.

Datum:

Handtekening deelnemer

.....

BIJLAGE 5: ENQUÊTE ZORGTRAJECTPROMOTOREN

1. Het opstarten van een zorgtraject diabetes biedt kansen voor een betere diabeteszorg in mijn huisartsenpraktijk.
2. Ik heb het moeilijk met de regelgeving
3. Ik heb het moeilijk met de administratieve belasting
4. Ik heb het moeilijk met de tijdsinvestering die nodig is om de patiënt goed in te lichten en te motiveren
5. Ik werk al samen met een of meerdere diabeteseducatoren
6. De samenwerking met de educator voldoet aan mijn verwachtingen
7. Ik werk graag samen met een vaste educator zodat wij een team kunnen vormen
8. Ik vind de vrije keuze van patiënt belangrijk en werk samen met alle educatoren
9. Ik vind de beschikbare educatoren voor mijn zorgtrajectpatiënt vlot terug op de website van het LMN www.lmnwk.be
10. De communicatie met de educator verloopt voor mij best telefonisch
11. De communicatie met de educator verloopt voor mij best via e-mail
12. De educator kan de zorgtrajectpatiënt die opstarteducatie heeft gehad alvast de nodige en correcte voorschriften voor opvolgeducatie meegeven zodat ik ze enkel moet ondertekenen
13. Ik ontvang de educator graag af en toe op afspraak op mijn praktijk om samen patiënten te bespreken
14. Ik wil graag dat de educator de opvolgeducatie bij mij op de praktijk geeft
15. Wij kunnen dit moment dan gebruiken om de patiënt kort te bespreken
16. Ik vind het nuttig om mijn kandidaat zorgtrajectpatiënt vóór de opstart al te kunnen verwijzen naar een educator zodat deze de inhoud en het nut van het zorgtraject kan uitleggen en mij kan ondersteunen bij de administratieve documenten
17. Ik heb behoefte om met een educator te kunnen samenwerken in een vroegere fase van de ziekte, lang voor patiënten in aanmerking komen voor het huidig zorgtraject
18. De samenwerking met de endocrinologen rond het zorgtraject Diabetes verloopt in het algemeen vlot
19. De endocrinoloog geeft via zijn verslagen feedback op mijn verwijsbrief en/of bloeduitslagen
20. Ik kan de endocrinoloog vlot contacteren voor bijkomend advies en onderling overleg als ik dit nodig vind
21. Een bijkomend overleg huisartsen-endocrinologen op LMN niveau vind ik nuttig om duidelijkere afspraken te maken over hoe wij vlot kunnen samenwerken rond de zorgtrajectpatiënten en rond diabetes in het algemeen
22. Ik bezorg de endocrinoloog vier keer per jaar een kopie van de bloeduitslagen van mijn zorgtrajectpatiënten
23. Doorgeven van bloeduitslagen verloopt vlot, rechtstreeks via mijn labo
24. Als ik een patiënt verwijs naar de endocrinoloog met de vraag voor een zorgtraject dan wordt dit steeds gerespecteerd en komt de patiënt dus niet terecht in de conventie zonder dat er eerst met mij als huisarts overlegd wordt

LMNWK

Lokale multidisciplinaire netwerken West Limburg & het Klaverblad



vorige pagina

Zoeken

L.M.N. WEST-LIMBURG

- Zorgtrajecten
- FAQ
- Sociale kaart
- IT/EMD
- Agenda
- Nieuwsbrief
- Contact
- - Corine
- - Gitte
- - Jolanthe

Beste collega, beste bezoeker,

Wij heten u van harte welkom op de website van het Lokaal Multidisciplinair Netwerk West-Limburg en het Lokaal Multidisciplinair Netwerk Het Klaverblad.
Om de zorgverleners te ondersteunen bij het aangaan van zorgtrajecten hebben de huisartsenkringen en de GDT's (Geïntegreerde dienst voor thuisverzorging) met steun van het RIZIV Lokale Multidisciplinaire Netwerken (LMN) opgericht.
De LMN's en de zorgtrajecten maken deel uit van een proces van zorgvernieuwing. Het uitgangspunt van deze zorgvernieuwing is het structureren van de eerste lijn en het bevorderen van multidisciplinaire samenwerking om zo de kwaliteit van chronische zorg te optimaliseren.

LMN West-Limburg en LMN Het Klaverblad werken nauw samen. LMN Het Klaverblad strekt zich uit over Houthalen-Helchteren, Halen, Herk-de-Stad en Lummen. LMN West-Limburg omvat de gemeenten Beringen, Ham, Heusden-Zolder, Leopoldsburg en Tessenderlo.

Deze website heeft u heel wat te bieden. Enerzijds kunt u hier praktische informatie terug vinden in verband met de zorgtrajecten diabetes Type 2 en chronische nierinsufficiëntie. Daarnaast vindt u hier ook nuttige tools en links, maar ook verwijsbrieven en dergelijke meer.
Anderzijds kunt u via deze website ook vlot andere zorgverleners in uw buurt opzoeken via de sociale kaart. U vindt naast hun adres- en contactgegevens ook nog een verscheidenheid aan andere nuttige informatie rond deze zorgverlener.
Onze website is voortdurend in evolutie. Onze database wordt voortdurend bijgewerkt. Uw opmerkingen zijn dan ook meer dan welkom.

Om de werking van onze 2 LMN's uit te bouwen en u te ondersteunen met de zorgtrajecten zijn er drie zorgtrajectpromotoren aangesteld: Corine Reulens (ZTP IT Coach), Gitte Van Wilderode (LMN Het Klaverblad) en Jolanthe Sagaer (LMN West Limburg). U kunt bij hen terecht voor al uw vragen, opmerkingen, ervaringen omtrent de zorgtrajecten of de lokale multidisciplinaire samenwerking.



Vanuit het RIZIV is er ook een specifieke website ontworpen met nuttige informatie:
www.zorgtraject.be

Met vriendelijke groeten,
LMN West-Limburg en LMN Het Klaverblad

Laatste update: 08/04/2013

Contact: Corine Reulens - Gitte Van Wilderode - Jolanthe Sagaer - feedback sociale kaart - feedback website

LMNWK

Lokale multidisciplinaire netwerken West Limburg & het Klaverblad



vorige pagina

Sociale kaart

L.M.N. WEST-LIMBURG

- Zorgtrajecten
- FAQ
- Sociale kaart
- IT/EMD
- Agenda
- Nieuwsbrief
- Contact
  - Corine
  - Gitte
  - Jolanthe

Beroepen

- Apothekers
- Artsen
  - huisartsen
  - endocrinologen
  - nefrologen
- Diëtisten
- Educatoren
- Podologen
- Zorgtrajectpromotoren

Mutualiteiten

- CM Limburg
- De Voorzorg
- Liberale mutualiteit Limburg
- Onafhankelijk Ziekenfonds
- Euromut - Onafhankelijk Ziekenfonds
- Partena - Onafhankelijk Ziekenfonds Vlaanderen
- Vlaams en Neutraal Ziekenfonds
- Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen
- Hulpkas voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering
- Kas der Geneeskundige Verzorging van de NMBS Holding

Beweegmogelijkheden

- Beringen
- Heusden

Disclaimer:
Ondanks alle inspanningen kan het LMN West-Limburg en LMN Het Klaverblad niet garanderen dat de informatie op deze website op elk moment actueel, juist en volledig is. U kunt uw gegevens echter steeds doorgeven aan de zorgtrajectpromotoren (zie contactgegevens onderaan de pagina). Wijzigingen die doorgegeven worden aan de zorgtrajectpromotoren, worden zo snel mogelijk aangepast. LMN West-Limburg en LMN Het Klaverblad is niet verantwoordelijk voor de informatie op deze website en kan niet aansprakelijk gesteld worden voor eventuele nadelige gevolgen van eventuele onjuistheid of onvolledigheid van de gegevens op deze website. Aan de gegevens op deze website kunnen geen rechten ontleend worden.
Indien u nog niet op de sociale kaart vermeld staat, of indien uw gegevens niet meer correct zijn, kunt u dit steeds doorgeven via deze link.

Contact: Corine Reulens - Gitte Van Wilderode - Jolanthe Sagaer - feedback sociale kaart - feedback website

BIJLAGE 8: ADRESSENLIJST LMN'S

PROVINCIE VLAAMS-BRABANT EN BRUSSEL

LMN AMALOD	Van Nieuwenhove Sonja	HELA2 (Huis eerste lijn Asse), Stationsstraat 73, 1730 Asse Tel: 02 308 02 09 GSM: 0472 73 15 16 E-mail: ztp.amalo@hotmail.com Website: www.zorgtrajecten-brabant.be
LMN Brussel	Nathalie Antonis Evelyn Van Cleynenbreugel	Huis voor Gezondheid, Lakensestraat 76 bus 7, 1000 Brussel Tel: 02 412 31 63 E-mail: nathalie@huisvoorgezondheid.be Huis voor Gezondheid, Lakensestraat 76 bus 7, 1000 Brussel Tel: 02 412 31 63 E-mail: evelyn@huisvoorgezondheid.be Website: www.zorgtrajectbrussel.be
LMN Druivenstreek	Vliegen Kristien	MCH Wezembeek-Oppem, Hardstraat 12, 1780 Wezembeek-Oppem GSM: 0474/96.60.68 Website: www.zorgtrajecten-brabant.be
LMN Groot Leuven	Steutelings Annemie Dehoux Ilse	MCH Leuven, Maria Theresiastraat 63A, 3000 Leuven Tel: 016 31 01 00 (onthaal) GSM: 0474 62 79 23 E-mail: annemie_steutelings@mchlvwo.be MCH Leuven, Maria Theresiastraat 63A, 3000 Leuven Tel: 016 31 01 00 (onthaal) GSM: 0471 34 04 70 E-mail: ilse_dehoux@mchlvwo.be Website: www.zorgtrajecten-brabant.be
LMN Hageland	Verschueren Katrien	Langdorpsesteenweg 129, 3200 Aarschot Tel: 016 55 19 15 GSM: 0474 62 79 17 E-mail: katrien_verschueren@mchlvwo.be Website: www.lmnhageland.be

LMN Halle en omgeving	Annelies Molein	Medisch Huis, Alsembergsesteenweg 89, 1501 Buizingen Tel: 02 360 18 10 GSM: 0474 20 58 40 E-mail: zorgtrajecten@telenet.be Website: www.diabeteswerkgroep.be
LMN Harno	Messely Isabelle	'Huis van de HARNO', Vlaanderenstraat 43, 1800 Vilvoorde GSM: 0474 96 48 65 E-mail: isabelle_messely@mchlvwo.be Website: www.zorgtrajecten-brabant.be
LMN Tienen/Landen	Vanvelthoven Margo	Gilainstraat 116, 3300 Tienen GSM: 0474 62 79 30 E-mail: margo_vanvelthoven@mchlvwo.be Website: www.zorgtrajecten-brabant.be
LMN Pajottenland	Jo Borloo	Tel: 054 24 50 87 GSM: 0474 38 61 05 E-mail: ztp.pajottenland@hotmail.com Website: www.lmn-pajottenland.be

PROVINCIE ANTWERPEN

LMN Antwerpen Centrum	Biemans Frederieke Van Geystelen Vina	Lange Leemstraat 187, 2018 Antwerpen GSM: 0495 79 74 90 E-mail: frederieke@chronischezorgantwerpenberchem.be Lange Leemstraat 187, 2018 Antwerpen GSM: 0498 97 24 98 E-mail: vina@chronischezorgantwerpenberchem.be Website: www.chronischezorgantwerpenberchem.be
LMN Antwerpen Noord	Caremans Britt	Lange Bremstraat 70, 2170 Merksem GSM: 0473 93 73 31 E-mail: britt.caremans@hwpantwerpen.be
LMN Deurne-Borgerhout	Van Gorp Lieselot	Herentalsebaan 71-77, 2100 Deurne Tel: 03 320 89 79 GSM: 0479 89 19 07 E-mail: zorgpromotor.hkdb@skynet.be Website: www.lmn-deurne-borgerhout.be

LMN Dijle en Nete	Lammens Evelien	Bleekstraat 11/104, 2800 Mechelen GSM: 0484 65 67 50 E-mail: zorgtraject@dijlenete.be Website: www.dijlenete.be
LMN Huisartsenkring Berchem	Biemans Frederieke Van Geystelen Vina	Lange Leemstraat 187, 2018 Antwerpen GSM: 0495 79 74 90 E-mail: frederieke@chronischezorgantwerpenberchem.be Lange Leemstraat 187, 2018 Antwerpen GSM: 0498 97 24 98 E-mail: vina@chronischezorgantwerpenberchem.be Website: www.chronischezorgantwerpenberchem.be
LMN Merksem – Schoten	Drijbooms Marleen	Lange Bremstraat 70, 2170 Merksem Tel: 03 296 13 01 GSM: 0474 50 86 03 E-mail: marleen.drijbooms@hwpantwerpen.be
LMN regio Mortsel	Macharis Joke	Mechelsesteenweg 315F 2550 Kontich GSM: 0474 43 77 43 E-mail: joke.macharis@lmnregiomortsel.be Website: www.lmnregiomortsel.be
LMN Pallieterland	Van De Wouwer Ann	p/a Antwerpsesteenweg 59-61, 2500 Lier GSM: 0489 00 78 78 E-mail: secretariaat@hpovzw.be Website: www.hpovzw.be
LMN Schelde - Rupel	Van den Bossche Esther	Zorgpunt N16, Rijksweg 8, 2870 Puurs GSM: 0474 59 73 72 E-mail: info@lmn-schelde-rupel.be E-mail 2: esthervandenbossche@lmn-schelde-rupel.be Website: www.lmn-schelde-rupel.be
LMN regio Turnhout	Cox Greet	Huisartsenvereniging regio Turnhout vzw, Campus Blairon 410, 2300 Turnhout Tel: 014 65 45 92 GSM: 0496 10 39 77 E-mail: greet.cox@hvrt.be Website: www.hvrt.be

LMN Zuiderkempen	Druyts Ingrid	WelzijnsZorg Kempen, Dr. Van de Perrestraat 218a, 2440 Geel Tel: 014 57 42 73 GSM: 0475 53 04 84 E-mail: ingrid.druyts@iok.be Website: www.zortrajectzuiderkempen.be

PROVINCIE LIMBURG

LMN Apollo	De Block Sarah	GSM: 0476 72 85 30 E-mail: sarah.de.block1@gmail.com Website: www.huisartsenprometheus.be
LMN Herkenrode	Vannoppen Hilde	Residentie Herkenrode, Harpstraat 3/2, 3500 Hasselt GSM: 0479 90 23 81 E-mail: zorgtrajectpromotor@herkenrodehuisartsen.be
LMN Klaverblad	Van Wilderode Gitte Reulens Corine	Koolmijnlaan 86, 3580 Beringen GSM: 0479 13 71 57 E-mail: gitte.vanwilderode@lmnwk.be Koolmijnlaan 86, 3580 Beringen GSM: 0474 10 64 07 E-mail: corine.reulens@lmnwk.be Website: www.lmnwk.be
LMN Maas en Kempen	Van Esser Tine	Dekkersstraat 2, 3960 Bree GSM: 0475 66 03 23 E-mail: zorgtrajectmaasenkempen@gmail.com Website: www.lmnmaasenkempen.be
LMN Maasland Zuid	Nicole Doumen	MCHM, Koning Albertlaan 35/3, 3630 Maasmechelen GSM: 0489 00 86 77 E-mail: zorgtraject@gmail.com Website: www.zorgtrajectmaaslandzuid.be
LMN Noord-Limburg	Vliegen Hilde	p/a Binnensingel 44, 3920 Lommel GSM: 0468 17 57 24 E-mail: hilde@zorgtrajectnoordlimburg.be Website: www.zorgtrajectnoordlimburg.be

LMN Sint-Truiden - Borgloon	Marchal Yannick	Rummenweg 2, 3800 Sint-Truiden GSM: 0476 34 92 99 E-mail: marchalyannick@gmail.com Website: www.lmn-stbo.be
LMN West-Limburg	Sagaer Jolanthe Reulens Corine	Koolmijnlaan 86, 3580 Beringen GSM: 0476 34 92 99 E-mail: jolanthe.sagaer@lmnwk.be Koolmijnlaan 86, 3580 Beringen GSM: 0474 10 64 07 E-mail: corine.reulens@lmnwk.be Website: www.lmnwk.be
LMN Zuid-Oost Limburg	Frans Annemieke Michielsen Annelies	Hospitaalstraat 15, 3740 Bilzen Tel: 089 32 26 25 GSM: 0478 29 02 25 E-mail: ztp@lmn-zuidoostlimburg.be E-mail 2 : secretariat@lmn-zuidoostlimburg.be Website: http://www.lmnzuidoostlimburg.be

PROVINCIE WEST-VLAANDEREN

LMN Brugge – Oostende - Houtland	Vermeire Annabel Roels Michelle	HABO, Prof. Dr. J. Sebrechtstraat 1, 8000 Brugge GSM: 0488 87 94 85 E-mail: annabel@zorgtrajectboh.be HABO, Prof. Dr. J. Sebrechtstraat 1, 8000 Brugge GSM: 0485 22 44 77 E-mail: michelle@zorgtrajectboh.be Website: www.zorgtrajectboh.be
LMN Centraal-Midden-West-Vlaanderen	Corteel Sofie Moernaut Jolien (vervangt Sarah Vanhee tot 01/04/2013)	H. Spilleboutdreef 34, 8800 Roeselare Tel: 051 20 82 07 GSM: 0478 71 77 35 E-mail: sofie.corteel@lmn-cwv.be H. Spilleboutdreef 34, 8800 Roeselare Tel: 051 20 82 07 GSM: 0474 59 79 64 E-mail: jolien.moernaut@lmn-cwv.be Website: www.lmn-cwv.be

LMN Zuid-West-Vlaanderen	Desmet Stefanie	Koning Albertstraat 8, 8500 Kortrijk Tel: 056 21 15 35 GSM: 0474 58 55 06 E-mail: lmnzwvl@skynet.be Website: www.lmn-zwv.be

PROVINCIE OOST-VLAANDEREN

LMN Aalst	Van Espen Stephanie Vandamme Petra	Leopoldlaan 134/2, 9300 Aalst Tel: 053 41 97 24 E-mail: stephanie.van.espen@zorgtrajectenaalst.be E-mail 2: ztpaalst@gmail.com Leopoldlaan 134/2, 9300 Aalst Tel: 053 41 97 24 E-mail: petravandamme.lmn@gmail.com E-mail 2: ztpaalst@gmail.com Website: www.zortrajectenaalst.be
LMN Dendermonde	De Fluiter Kirsty	Leopold II laan 19, 9200 Dendermonde Tel: 052 21 14 00 GSM: 0473 37 20 65 Fax: 052 21 37 00 E-mail: zorgtrajecten@vehamed.be Website: www.vehamed.be/lmn
LMN "Gent: Samen in zorg"	Beddeleem Eline Alleman Lore	Baudelokaai 7, 9000 Gent Tel: 09 335 24 83 GSM: 0486 25 62 29 E-mail: zorgtraject@hvg.be Baudelokaai 7, 9600 Gent Tel: 09 335 24 85 E-mail: zorgtrajectmedewerker@hvg.be Website: www.lmn-sameninzorg.be
LMN Groot-Lede	Van Espen Stephanie	Leopoldlaan 134/2, 9300 Aalst Tel: 053 41 97 24 E-mail: stephanie.van.espen@zorgtrajectenaalst.be E-mail 2: ztpaalst@gmail.com

	Vandamme Petra	Leopoldlaan 134/2, 9300 Aalst Tel: 053 41 97 24 E-mail: petravandamme.lmn@gmail.com E-mail 2: ztpaalst@gmail.com Website: www.zortrajectenaalst.be
LMN Lokeren – Lochristi	Mosselmans Carine	GSM: 0474 61 05 23 E-mail: zorgtrajecten@lokerenlochristi.be Website: www.lokerenlochristi.be
LMN Ninove - Geraardsbergen	Pletinckx Maud	Gasthuisstraat 4, 9500 Geraardsbergen GSM: 0497 42 43 15 E-mail: maud.pletinckx@gmail.com E-mail 2: info@lmn-ninove-geraardsbergen.be Website:www.lmn-ninove-geraardsbergen.be
LMN Oost-Meetjesland	Pynaert Ilse Van Houte Barbara	Visstraat 14, 9900 Eeklo Tel: 09 376 70 52 GSM: 0473/94 83 52 E-mail: ilse.pynaert@omehak.be Visstraat 14, 9900 Eeklo Tel: 09 376 70 52 GSM: 0474 50 05 96 E-mail: barbara.vanhoute@wemehak.be Website: www.zorgtrajectenovl.be
LMN Panacea	De Clercq Els	Tenbossestraat 50, 9660 Brakel GSM: 0474 09 85 53 Fax: 055 42 66 80 E-mail: ztp.elsdeclercq@skynet.be Website: www.zorgtrajectenovl.be
LMN Ronse	De Clercq Els	Tenbossestraat 50, 9660 Brakel GSM: 0474 09 85 53 Fax: 055 42 66 80 E-mail: ztp.elsdeclercq@skynet.be Website: www.zorgtrajectenovl.be
LMN Vlaamse Ardennen	Dimitri Gaethofs	GSM: 0494 37 92 95 E-mail: dimitri.gaethofs@medici.be Website: www.zorgtrajectenovl.be

LMN Waasland	Michaël Maenhout	Gasthuisstraat 5, 9140 Temse GSM: 0499 75 82 31 E-mail: ztp@huisartsenkoepelwaasland.be Website: www.zorgtrajectenovl.be
LMN West-Meetjesland	Pynaert Ilse Van Houte Barbara	Visstraat 14, 9900 Eeklo Tel: 09 376 70 52 GSM: 0473/94 83 52 E-mail: ilse.pynaert@omehak.be Visstraat 14, 9900 Eeklo Tel: 09 376 70 52 GSM: 0474 50 05 96 E-mail: Barbara.vanhoute@wemehak.be Website: www.zorgtrajectenovl.be
LMN Wetteren – Wichelen – Laarne	Van Hevele Liselotte	GSM: 0491 25 52 82 E-mail: liselotte.vanhevele@hotmail.com Website: www.zorgtrajectenovl.be

BIJLAGE 9: TIJDLIJN

1. 09/2011: Vergadering met de zorgtrajectpromotoren (ZTP) rond de uitbouw van een website (inhoud, rubrieken,…). en sociale kaart (welke zorggroepen). Er werd een taakverdeling afgesproken.
2. 10/2011: De ZTP gingen van start met het verzamelen van de informatie van zorgverleners. Deels ging het om informatie die reeds uit vorige bevragingen verkregen was.
3. 10/2011: Verzamelen van informatie rond de zorgtrajecten en vergelijking tussen andere reeds gerealiseerde websites/sociale kaarten door LMN's. Aanmaak van een voorontwerp voor een fiche en opstellen van een document ter informatie voor de zorgverleners en vraag voor toestemming tot het verkrijgen van de gegevens.
4. 11/2011: Contact met de privacy commissie om na te gaan aan welke voorwaarden moest voldaan worden.
5. 11/2011: Overleg over het formaat om de gegevens bij te houden door de zorgtrajectpromotoren. Regelmatig overleg met de ZTP om dit proces op te volgen. Aanmaak van een centrale lijst met koppeling aan afzonderlijke fiches per zorgverlener en gerangschikt per zorggroep.
6. 12/2011: Afspraken om één enkele recente centrale lijst te gebruiken (ivm problemen met synchronisatie met verschillende lijsten).
7. 01/2012: Opvolgen en afspraken maken rond het uniform bijhouden van de Excel-lijsten.
8. 02/2012: Start aanmaak fiches op basis van de Excellijsten. Verdere afspraken rond layout en inhoud. Integratie informatie zorgtrajecten in een website.
9. 03/2012: Overleg hoe de fiches overzichtelijk weer te geven en zoekfuncties.
10. 04/2012: Opmaak van overzichtsbladen volgens de afspraken.
11. 07/2012: In juli 2012 werd de website online gebracht.
12. 07/2012: Overleg met de kinesisten in verband met een aangepaste fiche. Uitbreiding van de sociale kaart met deze beroepsgroep wordt voorbereid.
13. 07/2012: Inhoudelijk nazicht informatie in verband met de zorgtrajecten en correcties naar aanleiding van suggesties.
14. 09/2012: Inhoudelijke controle sociale kaart. Mailing aan de zorgverleners om hun gegevens na te kijken en eventueel wijzigingen door te sturen naar de ZTP.
15. 10/2012: Aanpassing van de overzichtsbladen: ordenen op postcode is minder handig dan op gemeente.
16. 11/2012: Toevoegen van werkgebieden aan de lijsten met diabetes-educatoren en diëtisten.
17. 11/2012: Aanpassing van de overzichtsbladen: zoeken op werkgebied werd toegevoegd.
18. 12/2012: Verzamelen van de gegevens van de kinesisten. Dit deel is het eerste stuk dat zelfstandig overgenomen wordt door de ZTP.
19. 12/2012: Bevraging van de huisartsen (nameting).
20. 12/2012: Regelmatige overleg met ZTP (IT-specialist) om het beheer van de sociale kaart op termijn over te dragen.
21. 01/2013: Zoekfuncties toegevoegd aan de website: zowel een zoekfunctie voor de website zelf, als voor de sociale kaart.

REFERENTIELIJST

1. Rochtus K., Pongers R., Schalenbourg B. et al. Sociale Landkaart - Informatiewijzer federale en Vlaamse voorzieningen. Brugge: Uitgeverij Vanden Broele; 2009. p. 1077
2. Akbari A., Mayhew A., Al-Alawi M. et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; Issue 4: 1-58
3. Renders CM, Valk GD, Griffin SJ et al. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. Chochrane Database of Systematic Reviews 2000; Issue 4: 1-140
4. Harmsen M. Zoek de hulpverlener – Sociale kaart moet compleet en werkbaar zijn. Medisch contact 2005; 60 (26): 1134-1135
5. AS. GGZ in de eerste en tweede lijn: Initiatieven tot samenwerking. Huisarts en Wetenschap 2001; 13: 638-638
6. Dijkstra R. Www.spreekuurassistent.nl bevordert internetgebruik: Alle informatie voor huisartsen op één website, Huisarts en Wetenschap 2006; 49: 137-138
7. De Naegel J. De sociale kaart in de huisartsenpraktijk – Een explorerend onderzoek. K.U. Leuven; 2010. p. 37
8. Bosman J. Sociale kaart: het opsporen en in kaart brengen van sociale gegevens, "Oriëntatiecursus diakonie" en "Caritas vandaag" 2012. Beschikbaar via: http://www.rkdiaconie.nl/uploadedDocs/Makenvaneensocialekaartdef.pdf Geraadpleegd 2013 april 22
9. Soaaids.nl, Richtlijnen voor het maken van een (regionale) sociale kaart – soa/hiv-bestrijding, Basispakket soa/hiv-bestrijding voor de Medische Opvang Asielzoekers 2003. Beschikbaar via: www.soaaids.nl/documenten/moa-socialekaart.doc Geraadpleegd 2013 april 22
10. De Roos M, Brouwer HJ, Assendelft WJJ. Beoordelingscriteria voor websites met gezondheidsinformatie, Huisarts en Wetenschap 2002; 45: 290-293
11. RIZIV, Tussentijds rapport Zorgtrajecten 1/6/2009 – 31/12/2011, 2012. p. 13